



[www.vto-journal.ru](http://www.vto-journal.ru)

## Материалы Всероссийской научно-практической конференции

### «Актуальные вопросы реабилитации больных с последствиями травм, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и головного мозга»

**А.В. Арсеньев,**  
СПбГБУЗ ВЦДОиТ «Огонек», г. Санкт-Петербург

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗНОЙ ДЛИНОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Р**азная длина нижних конечностей – одна из наиболее распространенных ортопедических проблем у детей и подростков (от 20 до 60% среди детского населения), которая приводит к значимым биомеханическим изменениям опорно-двигательного аппарата. Причиной разницы в длине конечностей может быть целый ряд врожденных и приобретенных факторов. Следует выделить прогрессирующую и непрогрессирующую формы этого дефекта.

Прогрессирующая форма возникает при нарушении нормального функционирования ростковой зоны сегмента нижней конечности (повреждение зоны роста вследствие перелома, воспалительного процесса, новообразования, локальные диспластические изменения метаэпифизарной зоны и др. причины). Это приводит к отставанию сегмента в росте. Постоянно увеличивающаяся при этом разница может достигать существенного значения и вызвать необходимость оперативной коррекции.

Более благоприятным вариантом является непрогрессирующая форма данного патологического состояния. Чаще всего асимметричный рост нижних конечностей был временно спровоцирован травмой или воспалительным процессом в непосредственной близости от ростковой зоны. Указанные «раздражители» стимулируют ее функциональную активность и, как следствие, – более интенсивный рост заинтересованного сегмента. После ликвидации «очага раздражения» ростковые зоны противоположных конечностей находятся в одинаковых условиях, а возникающая при этом разница редко достигает 1–2 см и, как правило, не прогрессирует.

Сложившаяся тактика ведения пациентов с неравенством длины ног заключается в пассивном «выжидании» и приспособлении пациента к имеющемуся дефекту при помощи специальной обуви, ортопедических стелек, вкладышей и т. д. При достижении разницы в 3–4 и более см встает вопрос об оперативном лечении.

Нами была разработана и внедрена в практику система комплексного консервативного ведения пациентов детского возраста с такой патологией, в основе которой – оригинальный метод лечения разной длины ног (патент РФ № 2212258, 2001 год). Двенадцатилетний опыт курации позволил определить максимально информативные методы диагностики и оптимальное их применение. Предлагаемый диагностический алгоритм можно разделить на несколько этапов: **1.** определение наличия дефекта (решение задачи: клинический метод обследования с использованием метрических приспособлений, рентгенографическое обследование конечностей или их сегментов); **2.** определение клинко-биомеханической значимости дефекта (решение задачи: клинический метод обследования, метод компьютерной оптической топографии, рентгенография, компьютерное обследование на комплексе по типу ТЕКСКАН); **3.** определение причины возникновения дефекта и прогноз (решение задачи: рентгенография, УЗИ ростковых зон, МРТ, сцинтиграфия); **4.** определение оптимального размера необходимой компенсации (решение задачи: метод компьютерной оптической топографии); **5.** динамическое наблюдение за пациентом (решение задачи: клинический метод диагностики,



компьютерная оптическая топография, УЗИ ростковых зон).

Применение перечисленных методов диагностики дает всестороннее объективное

представление о каждом больном, позволяет проводить лечение каждого пациента с учетом его индивидуальных особенностей, определять прогноз заболевания.