Методическое пособие для преподавателей

Практическое занятие № 7

1. **Тема занятия: «Врожденная косолапость, врожденная мышечная кривошея».**
2. **Цель занятия:** Изучить клинические симптомы и раннюю диагностику врожденной косолапости, врожденной мышечной кривошеи, врачебную тактику и общие принципы лечения.
3. **Задачи:**

- сформировать у студентовчеткое понимание этиологии, клиники, диагностики и принципов лечения врожденной косолапости и врожденной мышечной кривошеи у детей;

- формировать у студентов потребности и мотивы профессионального развития, умения проводить анализ отдельных симптомов косолапости и кривошеи, синтез разнообразных данных клинического и лабораторного обследования больных;

* обучить студентов умению собирать анамнез ребенка с ортопедической патологией (акушерский, наследственный и пр.);
* овладеть навыками клинического обследования больного с врожденной косолапостью и врожденной мышечной кривошеей;
* добиться усвоения на уровне воспроизведения методов консервативного лечения врожденной косолапости и кривошеи;
* научить умению решать типовые клинические задачи по диагностике и лечению данной патологии.

После изучения темы студент должен **ЗНАТЬ:**

* «группы риска» по развитию диспластической патологии
* этиологии врожденной косолапости и мышечной кривошеи
* клинические симптомы врожденной косолапости
* ранние симптомы врожденной мышечной кривошеи у новорожденных, возможности пренательной диагностики.
* основные симптомы врожденной мышечной кривошеи у детей старшего возраста.
* дифференциальную диагностику различных видов кривошеи.
* принципы консервативного и оперативного лечения врожденной косолапости и мышечной кривошеи.

После изучения темы студент должен **УМЕТЬ:**

* проводить осмотр здорового грудного ребенка для выявления ортопедической патологии
* выявить основные симптомы врожденной косолапости (эквинус, аддукция, супинация).
* выявить симптомы врожденной мышечной кривошеи у новорожденного, поставить диагноз кривошеи у ребенка старше 1 года.

После изучения темы студент должен **ИМЕТЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ**

* о принципах лечения данной патологии в различных возрастных группах.

1. **Методика проведения теоретической части занятия.**

**4.1. Контроль учебной дисциплины:** проверка присутствия студентов, посещаемость лекций, предыдущих занятий, наличие академической задолженности.

**4.2. Формулировка темы и цели занятия. Актуальность и практическая значимость изучаемой темы.**

Частота встречаемости истинной мышечной кривошеи не так высока. Наиболее часто педиатры имеют место с так называемым привычным положением головы. Ранняя диагностика и раннее начало консервативного лечения кривошеи помогают избежать оперативной коррекции в 100% случаев. Диагностика косолапости не представляет трудностей, однако залогом успеха является раннее начало лечения.

4.3.Обсуждение вопросов, возникших у студентов при подготовке к занятию. Преподавателю необходимо дифференцированно подходить к вопросам студентов и отсеивать те, что связаны с недобросовестной подготовкой к занятию.

**4.4. Контроль самостоятельной работы студентов во внеучебное время (СРС ВУВ).** Проверяются письменные домашние задания: рефераты, таблицы, схемы и пр.

**4.5. Входной контроль (как правило, тестовый письменный контроль).** Определяет степень индивидуальной и групповой степени готовности студентов к занятию. (тестовые задания прилагаются).

**4.6. Теоретический разбор материала.** Разбираются основные вопросы по теме занятия (аннотированные вопросы представлены в учебном пособии для самостоятельной работы студентов). На теоретической части занятия максимально используются средства наглядности: таблицы, слайды, рентгенограммы, муляжи, модели лечебного оборудования и пр.

В этой части занятия используются активные и интерактивные методы обучения: решение учебно-педагогических задач, дискуссии, метод мозгового штурма, эвристические беседы, анализ конкретных ситуаций.

Разбираются конкретные примеры (истории болезни или выписки), обсуждается правильность оказания медицинской помощи конкретному пациенту на всех этапах диагностики и лечения согласно стандартам.

После перерыва теоретическая часть занятия прерывается. В зависимости от того, где проводится занятие (в ортопедическом отделении или на амбулаторном приеме детского ортопеда), студенты идут к курируемым больным или на прием.

**5. Методика проведения практической части занятия.** Студенты под контролем преподавателя ведут амбулаторный прием в ортопедическом кабинете детского травмпункта, оформляют амбулаторные карты, направления на рентгенологическое обследование, на физиолечение, лечебную физкультуру и т.д.

**5.1. Обучение студентов методике сбора анамнеза.** Один из студентов в присутствии всей группы собирает у мамы сведения о течении беременности, родов, состоянии ребенка после выписки из родильного дома, генетический анамнез – наличие в роду ортопедической патологии. Необходимо определить последовательность и целенаправленность вопросов.

После сбора анамнеза проводится объективное обследование больного.

**5.2. Обучение студентов методике объективного обследования больного.** Обследование необходимо начинать с общего осмотра больного, лишь затем переходить к выявлению признаков врожденной мышечной кривошеи и патологической установки стоп.

Первые признаки заболевания проявляются к концу 2-й – в начале 3-й недели утолщением веретенообразной формы средней или нижней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы, что является следствием интернатального её повреждения с кровоизлиянием и отеком на патологическом фоне. Это утолщение плотной или плотноэластической консистенции, легко смещается вместе с мышцей, без признаков воспаления, безболезненное. Четко контурируемое утолщение достигает максимума к 5-6 неделе, а в последующем уменьшается постепенно и исчезает к 4-8 мес жизни ребенка. В области исчезнувшего утолщения остается уплотнение мышцы (рубец), снижается её эластичность, наблюдается отставание в росте по сравнению с одноименной мышцей противоположной стороны. Фиксированное сближение точек прикрепления кивательной мышцы формирует наклон головы (поражена ключичная ножка мышцы) в пораженную сторону и одновременно поворот её в противоположную (поражена грудинная ножка мышцы). Движения в шейном отделе позвоночника ограничены. С ростом ребенка появляется асимметрия и гемигипоплазия лицевого скелета. Размер лица пораженной стороны уменьшается вертикально и увеличивается горизонтально: глазная щель сужена, контур щеки и носогубной складки сглаживается, приподнимается угол рта. Стремление к вертикальному положению головы компенсируется высоким стоянием надплечья и лопатки, вторичным сколиозом в шейном и грудном отделах позвоночника.

Возникновение деформации большинство исследователей связывают с воздействием эндогенных и экзогенных патологических факторов (сращение амниона с поверхностью зародыша и давление амниотических тяжей, пуповины, мускулатуры матки; токсикоз беременности, вирусная инфекция, токсоплазмоз, токсические воздействия, авитаминоз и др.) на эмбриогенез и ранний фетальный период развития плода. Установлено влияние наследственности.

Врожденная косолапость проявляется изменениями суставных поверхностей костей голеностопного сустава, особенно таранной, суставной сумки и связочного аппарата, сухожилий и мышц - их укорочение, недоразвитие, смещение точек прикрепления.

Рождаемость детей с врожденной косолапостью составляет 0.1 - 0.4%, при этом в 10 - 30 % случаев наблюдается сочетание с врожденным вывихом бедра, кривошеей, синдактилией, незаращением твердого и мягкого неба.

**К л и н и к а и д и а г н о с т и к а.** Неправильное положение стопы у ребенка определяется с момента рождения. Деформация при врожденной косолапости состоит из следующих компонентов: подошвенного сгибания стопы (реs equinus), супинации - поворота подошвенной поверхности кнутри с опусканием наружного края (pes varus), приведение переднего отдела (pes adductus) с увеличением продольного свода стопы (pes excavatus.) С возрастом ребенка деформация увеличивается, появляется гипотрофия мышц голени, внутренняя торсия костей голени, гипертрофия наружной лодыжки, выстояние головки таранной кости с наружно-тыльной стороны стопы, резкое уменьшение внутренней лодыжки, варусное отклонение пальцев стопы. В связи с деформацией стопы дети начинают поздно ходить. Характерна походка с опорой на тыльно-наружную поверхность стопы, при односторонней деформации - хромота, при двусторонней - походка мелкими шажками, переваливающаяся у детей 1.5 - 2 лет, у детей старшего возраста - с перешагиванием через противоположную деформированную стопу. К 7 - 9 годам дети начинают жаловаться на быструю утомляемость и боль во время ходьбы. Снабжение их ортопедической обувью крайне затруднительно.

В зависимости от возможности произвести пассивную коррекцию деформации стопы различают следующие степени врожденной косолапости: I степень (легкая) - компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия; II степень (средней тяжести) - движения в голеностопном суставе ограничены, определяется при коррекции пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению некоторых компонентов деформации; III степень (тяжелая) - движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками не удается.

Представленную типичную форму врожденной косолапости следует дифференцировать от атипичных при артрогрипозе, амниотической перетяжки голени, spina bifida aperta при миелодисплазии.

При артрогрипозе наряду с деформацией стопы по типу косолапости с рождения наблюдаются контрактуры и деформации коленных, тазобедренных суставов, нередко с вывихом бедра, сгибательные контрактуры верхней конечности, чаще лучезапястного сустава.

Амниотические перетяжки формируются при сращении амниона с различными частями плода, вызывая нередко спонтанные ампутации конечностей или образуя, в частности в области голени, глубокие циркулярные втяжения и деформации дистального отдела (на голени по типу косолапости) с функциональными и трофическими нарушениями.

Во время практической части занятия студенты, кроме приема больных, работают в перевязочной, гипсовальной, где помогают врачу снимать и накладывать гипсовые повязки, шины и пр. При наличии времени посещают кабинет лечебной физкультуры, массажный и физиотерапевтический кабинеты.

После практической части решаются клинические задачи и подводится итог проведенного занятия.

6. Методика оценки знаний студентов.

Общая оценка знаний и умений каждого студента складывается из следующих оценок:

а) домашнее задание;

б) входной тестовый контроль

в) оценка за ответ на теоретической части занятия

г) оценка за обследование больного (у части студентов группы);

д) оценка за решение клинической задачи.

7. Методика организации самостоятельной работы студентов во внеучебное время по теме: «Врожденная косолапость, врожденная мышечная кривошея».

**7.1.** При подготовке к занятию студент должен найти ответы на вопросы, представленные в учебном пособии для студентов, ответить на опубликованные в том же пособии тестовые задания и клинические задачи.

**7.2.** Для успешного овладения практическими навыками и умениями по диагностике врожденной кривошеи и косолапости студент должен повторить методику обследования новорожденного и ребенка грудного возраста из курса пропедевтики детских болезней.

**7.3.** В начале цикла студентам предлагаются темы рефератов по разделу «Детская ортопедия» с их последующим заслушиванием и оценкой.

8. Приложение:

8.1. Хронокарта занятия «Врожденная косолапость, врожденная мышечная кривошея» (4 академических часа).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование этапа | Время в мин. |
| 1. | Организационные вопросы: проверка присутствия, успеваемость, дисциплина, внешний вид и пр. | 5 |
| 2. | Тема, цель, актуальность, ответы на вопросы студентов | 10 |
| 3. | Проверка домашнего задания, рефератов | 20 |
| 4. | Входной тестовый контроль | 10 |
| 5. | Теоретический разбор материала | 45 |
| 6. | Перерыв | 15 |
| 7. | Практическая часть: прием больных, работа в перевязочной, гипсовальной и пр. | 70 |
| 8. | Заключительный контроль, подведение итогов | 20 |
| 9. | Итого: | 195 |

8.2. Материальное обеспечение занятия:

* занятие проводится либо в учебной комнате травматолого-ортопедического отделения стационара, либо в ортопедическом кабинете детского травмпункта
* практическая часть занятия сочетается с приемом ортопедических больных
* учебные таблицы (методика обследования, клинические признаки врожденной косолапости, мышечной кривошеи);
* образцы лечебного оборудования (ортез для лечения косолапости, учебный видеофильм по методике Понсети)
* видеомагнитофон и телевизор для просмотра учебных видеофильмов;
* ноутбук и ЖК-экран для просмотра СD-версии учебника, фрагментов операций;

8.3. Вопросы для самоподготовки студентов к практическому занятию.

1. Клинические симптомы врожденной косолапости
2. Сроки и методы консервативного лечения
3. Сроки и методы оперативного лечения
4. Клиника и диагностика врожденной мышечной кривошеи у новорожденных
5. Консервативное лечение новорожденных
6. Клинические симптомы кривошеи после 1 года
7. Показания к оперативному лечению кривошеи