

С.И. Головкин, Б.М. Лясин, Д.Г. Гибадуллин, Г.Н. Красавин, В.Б. Баковский

Кемеровская государственная медицинская академия,

Детская городская клиническая больница № 5,

г. Кемерово

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СТОП

В статье представлены результаты хирургического лечения деформаций стоп у 61 больного в возрасте от 3 до 14 лет. Наиболее эффективной оказалась операция артродеза по методу Ducroquet-Launau.

Ключевые слова: деформация стоп, хирургическое лечение, дети.

The article presents results of surgical treatment of foot deformity at 61 patients in the age of from 3 till 14 years. The most effective is surgery of arthrodesis Ducroquet-Launau method.

Key words: foot deformity, surgical treatment, children.

Рецидивы после традиционных оперативных методов лечения тяжелых форм врожденной косолапости, плоско-вальгусных и паралитических деформаций стоп указывают на то, что данная проблема в настоящее время полностью не решена [2]. Проблема заключается еще и в том, что распространенные у взрослых операции на стопах в педиатрической хирургии не всегда приемлемы, а такие методы, как резекционные вмешательства, у детей просто противопоказаны.

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов лечения тяжелых деформаций стоп на основе выбора наиболее эффективных оперативных методов лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализу подвергнуты результаты хирургического лечения 61 ребенка в возрасте от 3 до 14 лет. В основном, это дети с рецидивными деформациями стоп после операций на сухожильно-связочном аппарате. Первоначально больные лечились в г. Кемерово (24,6 %), других городах Кузбасса (49,2 %) и соседних областях (26,2 %). По тяжести деформация стоп соответствовала средней и тяжелой степени. Операции выполнены на 68 стопах. Нозологические формы и виды оперативного лечения представлены в таблице.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Лечение рецидивных форм косолапости у детей в возрасте 3-4,5 лет с использованием активных хирургических технологий было продиктовано тем, что коррекция ортопедической обуви не решала проблемы стойкого улучшения качества жизни детей. Операции на костях стопы в этом возрасте не показаны, а повторные вмешательства на сухожиль-

но-связочном аппарате с удлинением передней и задней большеберцовых мышц, общего сгибателя пальцев и сгибателя первого пальца не приносят желаемого результата. Поэтому хирургический аспект лечения заключался в рассечении капсулярно-связочного аппарата Шопарова и Лисфранкова суставов и, по показаниям, подошвенного апоневроза и сухожилия мышцы, отводящей 1 палец, с фиксацией стопы дистракционно-компрессионным аппаратом. Выведение стопы проводили с минимальной гиперкоррекцией с темпом по 0,5 см в сутки. Аппарат снимали на 10-14 неделе, далее, в течение 2 месяцев, стопу фиксировали в гипсовой повязке.

Результаты лечения свидетельствуют о том, что компоненты рецидивной деформации устраняются в относительно короткие сроки. Однако частичная потеря коррекции возникает через 3-4 года с момента повторной операции. На первое место по числу осложнений выходит рецидив приведения переднего отдела стопы. Результаты лечения больных по данной методике оцениваем как удовлетворительные. Вероятность последующих артродезирующих операций в этой группе больных велика.

Первоначально лечение паралитической косолапости и плосковальгусной деформаций стоп проводили посредством V-образной остеотомии с уровнем сечения пяточной кости ниже подтаранного сустава и по шейке таранной кости. Операция малотравматичная. Варусный компонент пяточной кости легко устраняется. Однако приведение переднего отдела стопы исправляется с большими техническими трудностями. Более того, в ближайшие шесть месяцев приведение стопы прогрессирует, и у большинства оперированных полностью рецидивирует.

Наш опыт лечения свидетельствует о том, что V-образные остеотомии не эффективны при тяжелых деформациях стоп. Принцип V-образной остеотомии может быть использован при минимальной степени отклонения пяточной кости (5°-10°) для хирургичес-

кой коррекции укорочений переднего отдела стопы, когда другие способы оперативного лечения технически невыполнимы.

Как видно из таблицы, наибольшее число операций при тяжелых деформациях стоп выполняли с помощью двухсуставного артродеза [1].

Методика операции не отличалась от классического описания. Предварительно монтировали аппарат внешней фиксации из деталей комплекта Илизарова. Компоновка аппарата допускает наличие шарнирных узлов. Важным техническим моментом является надежная фиксация таранной кости. Во время операции проводим одномоментную репозицию пяточной кости и моделируем пяточно-кубовидное и таранно-ладьевидное сочленение. Монтаж аппарата завершаем созданием умеренной гиперкоррекции переднего отдела стопы.

Срок фиксации в аппарате — от 2,5 до 3 месяцев с последующим наложением циркулярной гипсовой повязки до момента клинической и рентгенологической картины состоявшегося артродеза.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения показали, что методика двухсуставного артродеза не

приводит к нарушению роста стопы. Артродез оказался эффективным у 85 % больных с тяжелой степенью деформации и у 95 % больных со среднетяжелой степенью заболевания стопы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, хирургическая реабилитация детей с тяжелыми заболеваниями стоп не исключает индивидуальных хирургических подходов в лечении. Однако наиболее эффективным оперативным методом является операция двухсуставного артродеза, который можно считать операцией выбора при тяжелых рецидивных деформациях стоп у детей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бойчев, Б. Оперативная ортопедия и травматология /Б. Бойчев, Б. Конфорти, К. Чоканов. — М., 1962. — 832 с.
2. Ульзибат, В.Б. Возможности коррекции деформаций стоп у детей в амбулаторных условиях по методу В.Б. Ульзибата /В.Б. Ульзибат, С.В. Шишов, И.В. Назаров //Патология крупных суставов и другие актуальные вопросы травматологии и ортопедии. — Ижевск, 1998. — С. 233-234.

Таблица
Виды оперативных вмешательств при тяжелых формах деформации стоп

Нозология	Характер операций	Количество оперированных больных		Количество операций	
		абс.	отн.	абс.	отн.
Рецидивирующая косолапость в возрасте от 3 до 4,5 лет	Рассечение суставных капсул с коррекцией в аппарате внешней фиксации	4	6,6	4	5,8
Паралитическая косолапость	V-образная остеотомия стопы при варусном отклонении пяточной кости в 20°	10	16,5	11	16,3
Эквино-поло-варусная стопа	Двойной артродез стопы по Duerquet-Launau	21	34,4	22	32,4
Плоско-вальгусная (стопа-качалка)	Двойной артродез стопы по Duerquet-Launau	21	34,4	24	35,3
Приведенная стопа	Раскрытие суставов по внутреннему краю стопы по Codivilla	3	4,9	4	5,8
Полая стопа	V-образная остеотомия	1	1,6	2	2,9
Расщепленная стопа	Продольная резекция среднего отдела стопы и сближение плюсневых костей	1	1,6	1	1,5
Всего:		61	100	68	100

* * *

(Продолжение. Начало см. на стр. 25, 29)

Подобные маркетинговые стратегии производят впечатление лишь потому, что речь идет о здоровье. "Во всем остальном, - говорит Франко Белле, бывший научных консультант, - лекарство - как булочка. К нему применяются те же маркетинговые методы, что и к товарам широкого потребления". По сути, еще 30 лет назад философ-"еретик" Иван Ильич в "Медицинском возмездии" говорил о "парадоксальном вреде медицинской системы, которая не знает пределов" и описывал общество-клинику с гражданами-пациентами. Многие болезни, к сожалению, реальны, мучительны, смертельны. Вместе с тем, утверждает Мойнихен, очень часто проблемы со здоровьем у человека настолько незначительные или проходящие, что лучше не обращать на них внимания.

Источник: Inopressa.ru