

ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ СТОП С ВЕРТИКАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ТАРАННОЙ КОСТИ

А.В. Донской

Ярославская государственная медицинская академия,
Ярославль, Российская Федерация

Вертикальное положение таранной кости является врождённой аномалией развития и характеризуется плоско-вальгусной деформацией стопы в крайней степени её выраженности. Определяющими в выборе тактики лечения являются: степень выраженности и ригидность деформации, возраст пациента.

Пациенты и методы. В Ярославле опыт лечения данной патологии за 10 лет составляет 14 пациентов (23 стопы). Возраст варьировал от 1 месяца до 13 лет. Пациентам младшей возрастной группы (до 3-х лет) посредством гипсовых повязок передний отдел стопы выводился в положение плантофлексии и варуса. В результате данных манипуляций восстанавливались правильные анатомические соотношения в суставе Шопара, после этого таранно-ладьевидный сустав транскутанно фиксировался спицей Киршнера. Заключительным этапом выполнялось полное чрескожное пересечение Ахиллова сухожилия. Далее накладывалась последняя гипсовая повязка на 4 недели, после которой стопа приобретала правильную форму. Для профилактики требовалось ношение брейсов.

Пациентам в возрасте 4-5 лет выполнялось открытое вправление таранной кости по методике Kumar, Cowell и Ramsey. Операция осуществлялась из доступов: продольного на уровне сустава Шопара и наружного параахиллярного. Для профилактики рецидива требовалась пересадка части сухожилия передней большеберцовой мышцы на шейку таранной кости для удержания таранной кости в правильном положении.

Пациентам 6-12 лет вправление таранной кости производилось по технике Grice-Green: артрориз подтаранного сустава биодеградируемым имплантатом (получен отличный ближайший результат).

Пациентам старше 12 лет выполнялись 3-х суставные артротомии с фиксацией губчатыми канюлированными винтами, позволившими двигаться с опорой на конечность спустя 4 недели.

Закключение. Инвазивность выполняемых операций в коррекции вертикального положения таранной кости снизилась за счет техники консервативного вправления таранной кости этапным гипсованием у детей в возрасте младше 3-х лет. Мы возлагаем большие надежды на появившиеся на российском рынке имплантаты для артроризов подтаранного сустава, которые просты по технике исполнения и снижают объем операций.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКВИНУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У ДЕТЕЙ С ДЦП

В.Н. Дьякова, А.А. Малыхин, С.Г. Рябоконеv

Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Необходимость применения оперативных методов лечения возникает у 12-70% больных с детским церебральным параличом (ДЦП) с эквинусной установкой стоп. Раннее оперативное вмешательство позволяет у этих больных в возрасте 6-8 лет в 60% случаев обойтись единственной операцией и прервать цепь развития вторичных деформаций. Однако вопрос выбора метода хирургической коррекции и времени выполнения этой операции остается открытым.

Целью работы явился анализ результатов оперативных вмешательств у детей с эквинусной деформацией стоп при ДЦП и выбор наиболее оптимального варианта хирургического лечения и сроков его выполнения.

Аналізу подвергнуты 154 ребенка от 2 до 17 лет со спастическими формами ДЦП, пролеченных с применением хирургического вмешательства. Преобладающее большинство больных (69,1%) было в возрасте от 3 до 10 лет. Для полноценного анализа пациенты были разделены на 2 клинические группы: первая группа - 112 детей оперированы классическими методиками, вторая группа - 42 пациента пролечены комплексно с учётом выраженности миофасциального болевого синдрома и прооперированы разработанной в клинике методикой - селективная миотомия икроножной мышцы. У детей в первой группе были выполнены следующие оперативные вмешательства: ахиллопластика по Байеру (40,6%), операция Страйера (29,7%), апоневротическое удлинение икроножной мышцы (11,5%), аппаратная коррекция эквинусной деформации стопы (8,3%), фасциомиотомия по Ульзибату (10,4%). Оценка результатов хирургического лечения проводилась на основании клинических данных, электронейромиографических и ультрасонографических исследований мышц голени. Определялся тонус мышц по шкале Ashworth и индексу болевого мышечного синдрома.

У пациентов 2 группы улучшились средние амплитудные показатели произвольных сокращений икроножных мышц, увеличилась длительность потенциалов двигательных единиц, снизилось количество полифазных потенциалов. При УЗИ послеоперационный рубцы на мышцы незначительные, мягкие. Появился перекат стопы при ходьбе. Метод селективной миофасциотомии трехглавой мышцы голени для устранения эквинусной деформации стоп у детей с ДЦП является предпочтительным у детей 3-10 лет с лёгкой и средней степенями выраженности миофасциального болевого синдрома.

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВАМИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

Е.В. Железкина

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Российская Федерация

Несмотря на достигнутые успехи в лечении врожденной косолапости на современном этапе развития новых технологий ортопедии детского возраста, проблема рецидива этого порока развития по-прежнему актуальна.