

## **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 парахилярного. 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 выполнялось открытое вправление таранной кости производилось по технике Grice-Green: артродез подтаранного сустава биодеградируемым имплантатом (получен отличный ближайший результат).

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

Заключение. Инвазивность выполняемых операций в коррекции вертикального положения таранной кости снизилась за счет техники консервативного вправления таранной кости этапным гипсированием у детей в возрасте младше 3-х лет. Мы возлагаем большие надежды на появившиеся на российском рынке имплантаты для артритов 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. Рябоконев**  
**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.

Анализу 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 Ульзизбату (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 миотомии 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.

## **РОССИЙСКАЯ НАУЧНАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

К рецидивам относим появление двух и более компонентов косолапости после полного их устранения, прогрессирование вновь появившейся деформации, несмотря на проводимые интенсивные реабилитационные мероприятия.

В ортопедическом отделении краевой детской больницы под наблюдением находилось 48 детей в возрасте от 2,5 до 6 лет. Проводился анализ возможных причин возникновения рецидива, характера деформации стопы, функциональных возможностей с распределением нагрузки при ходьбе, опороспособности. Всем пациентам осуществлялось комплексное обследование: клинический осмотр, рентгенография стоп, электронейромиография голеней, ультрасонография флексоров-супинаторов стопы в покое и при активно-пассивных движениях. Большая роль отводилась функциональному обследованию на аппаратно-программном биомеханическом комплексе «ДиаСлед-Скан».

Оценив характер деформации, функциональные показатели стопы определялись с видом оперативного вмешательства, выбор которого осуществлялся строго индивидуально. Так, если отмечалось ригидное приведение, супинация и серповидность передне-среднего отдела стопы при удовлетворительных движениях в голеностопном суставе-выполнялось открытое вправление медиальной клиновидной кости с резекцией кубовидной кости. При необходимости внедрения иссеченного клина в остеотомированную клиновидную кость (у детей 5 лет и старше) дополнительно выполняли остеотомию ладьевидной кости с внедрением аллотрансплантата. Данное вмешательство на костно-суставном аппарате стопы дополнялось транспозицией сухожилия передней большеберцовой мышцы. У детей с ригидным эквинусом стопы операцией выбора являлось устранение деформации и фиксация с использованием дистракционно-компрессионного аппарата после предварительного вскрытия суставов и тенолиза ахиллового сухожилия.

Комплексное обследование пациентов с рецидивирующими косолапостью способствовало составлению индивидуального плана лечения, что позволило снизить риск инвалидизации детей с этой патологией. Хорошие и удовлетворительные результаты получены в 85% случаев.

## **СИНДРОМАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ КИСТИ**

**М.А. Иванова**

**Российский государственный медицинский университет,  
Москва, Российская Федерация**

Врожденные пороки развития кисти весьма разнообразны. Они имеют не только косметическое значение, но и могут быть тяжелыми дефектами, исключающими возможность самообслуживания и трудовой деятельности. Частота встречаемости врожденных пороков составляет около 7,4% среди всех заболеваний верхней конечности. Согласно статистике в г. Москве с 2005 по 2007 г. в среднем у 600 детей оформлена инвалидность в связи с невозможностью свободных действий верхними конечностями.

Цель работы: представить спектр наиболее часто встречающихся аномалий развития кисти, обосновать дифференциальный подход к срокам коррекции врожденных пороков развития кисти в зависимости от характера поражения и сочетания с генетическими синдромами.

По данным ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова: за год с врожденными пороками развития кисти для выполнения хирургической коррекции проходит 40-50 больных, среди которых у 70% - полидактилия, у 25% - синдактилия, у 5% - другие пороки развития кисти. При проведении хирургической коррекции врожденных пороков кисти необходимо учитывать возраст пациента. При кожной форме синдактилии операции производятся в 5-6 лет, а при костной форме оперативное вмешательство необходимо совершить в возрасте до 1 года. Причиной врожденных пороков развития кисти может быть воздействие патологических факторов в эмбриональном периоде. Однако большинство врожденных аномалий кисти является наследственно обусловленным и входит в состав генетических синдромов. К ним относятся: синдром Рубинштейна-Тейби (частота 1:100000), синдром Апера (1:150000), синдром Меккеля-Грубера(1:100000), синдром Марфана (1:10000) и другие синдромы. Сочетание врожденных пороков развития кисти с генетически обусловленными синдромами встречается до 50%. В таких случаях перед оперативным вмешательством необходима консультация генетика для предотвращения осложнений, которые могут возникнуть при проведении оперативного вмешательства.

На основании проведенной работы можно сделать следующие выводы: сроки проведения оперативного вмешательства зависят от вида патологии и от возраста пациента. Половина всех врожденных пороков развития кисти сочетается с генетическими синдромами, в связи с этим необходима консультация врача-генетика, позволяющая снизить риск развития интраоперационных и постоперационных осложнений.

## **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И МОНИТОРИНГ СРАЩЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ**

**А.А. Лукаш, А.В. Зюзько, В.М. Никонов**

**Детская городская клиническая больница № 3, Омск, Российская Федерация**

Несмотря на то, что ультразвуковое исследование (УЗИ) широко и с высокой степенью точности используется в хирургии и урологии, для визуализации плоских и длинных костей данный метод в детской травматологии практически не применяется. В то же время доступность, возможность использования на месте происшествия, в ходе транспортировки и в стационаре диктуют необходимость изучения УЗИ - метода при переломах костей у детей.

Анализ доступной литературы показал, что в настоящее время остаются недостаточно изученными вопросы УЗИ повреждений длинных трубчатых костей у детей, не изучена картина нормальных костей у растущего организма, картина повреждений через зоны роста и мониторинг особенностей и сроков консолидации переломов у детей.