

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины» г. Харьков

МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ СТОП 3 СТЕПЕНИ.

Авторы:

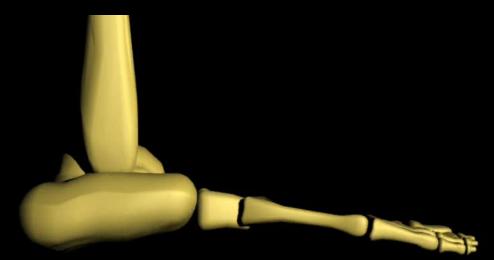
к.м.н. Корольков А.И.

н/с Кикош Г.В.

Проблема хирургического лечения диспластической плоско-вальгусной деформации стоп (ПВДС) у детей до настоящего времени остается актуальной. Анализ отдаленных результатов большинства предлагаемых методов оперативного лечения данной патологии свидетельствует о недостаточной их патогенетической и биомеханической обоснованности. Многокомпонентность указанной деформации стоп усложняет технику оперативного лечения.

При резко выраженной (III степень) ПВДС, особенно при фиксированной деформации у подростков, ортопедическое снабжение (стельки, обувь, корригирующие ортезы и др.) малоэффективно с точки зрения коррекции деформации и улучшения опорно-кинематической функции. Исходя из этого, мы предлагаем при указанной деформации стоп проводить хирургическое лечение.

ПВДС у детей характеризуется чаще всего нефиксированным уплощением свода с увеличением угла костного свода и вальгированием стопы, которое включает: пронацию заднего отдела с «расходящейся» ротацией и опущением таранной и пяточной костей на уровне подтаранного сочленения с увеличением, по сравнению с нормой, таранно-пяточного угла в сагиттальной, фронтальной и горизонтальной плоскостях; абдукцию переднего отдела стопы на уровне поперечного сустава и компенсаторную его супинацию на уровне первого плюсне-клиновидного и плюсне-кубовидного сочленений. Одним из проявлений этой деформации является укорочение IV, V лучей и избыточная тыльная флексия I луча, а также избыточная дорзальная флексия стопы.

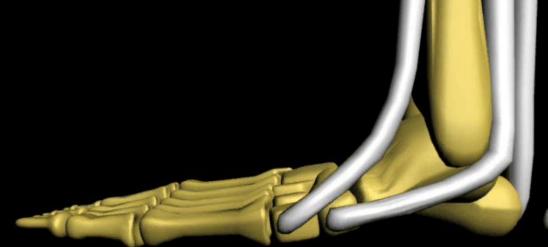


Суть предлагаемого вмешательства заключается в устранении всех компонентов ПВДС.

Через задне-боковой линейный доступ выполняем Z-образное удлинение ахиллового сухожилия с учетом пронационного отклонения пяточной кости, латеральный релиз подтаранного сустава.



Через внутренне-боковой линейный доступ проводим релиз таранно-ладьевидного, ладьевидно-клиновидного, клиновидно-плюсневого суставов, тенолиз (мобилизация) сухожилий большеберцовых мышц. При этом осуществляется транспозиция сухожилия передней большеберцовой мышцы под ладьевидную кость в совокупности с укорочением сухожилия задней большебе



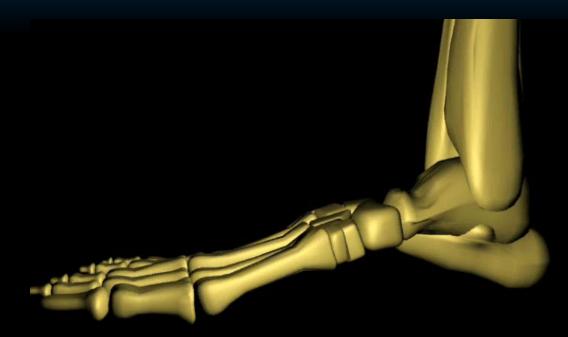
натяжени

Через этот же доступ проводим клиновидную остеотомию медиальной клиновидной кости с формированием клина с основанием, ориентированным медиально и книзу, и углом при его вершине $10-15^0$, что является разницей между величиной таранно-пяточного угла в горизонтальной плоскости в норме и при ПВДС в каждом конкретном случае. При малых размерах клиновидной кости не всегда удается получить костный клин необходимой величины, в этом случае используется аллотрансплантат (аллокость). Через отдельный наружно-боковой линейный доступ в проекции кубовидной кости проводим поперечную остеотомию последней с последующим внедрением полученного ранее костного клина, вершиной, направленной медиально в остеотомированную кубовидную кость



Фиксация трансартикулярно спицами Киршнера в положении коррекции I и IV – V лучей стопы.

Иммобилизация стопы в послеоперационном периоде осуществляется в циркулярной гипсовой повязке в течение 1,5 – 2 месяцев с последующим удалением фиксирующих спиц и проведением активного реабилитационного лечения с использованием корригирующих ортопедических стелек, обуви и пластиковых съемных ортезов



На данный способ получен патент Украины на полезную модель №28338 от 10.12.2007г.

Используя данную методику, нами оперировано 16 пациентов в возрасте 10 – 16 лет, у всех больных получены хорошие результаты в ближайшем и отдаленном периодах.





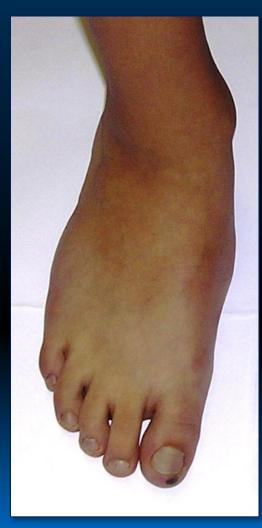
Внешний вид до оперативного лечения





Внешний вид до оперативного лечения





Рентгенограммы до оперативного лечения











Внешний вид после оперативного лечения слева





Рентгенограммы после оперативного лечения







Таким образом, предложенная методика хирургического лечения ПВДС у детей, позволяет одномоментно устранить все компоненты плосковальгусной деформации стопы. При этом сохраняется функция подтаранного сустава и смежных сочленений стопы, что позволяет улучшить опорно-кинематическую, рессорную, балансировочную функции, и является профилактикой развития дегенеративных и артрозных изменений в суставах стопы.