



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:**

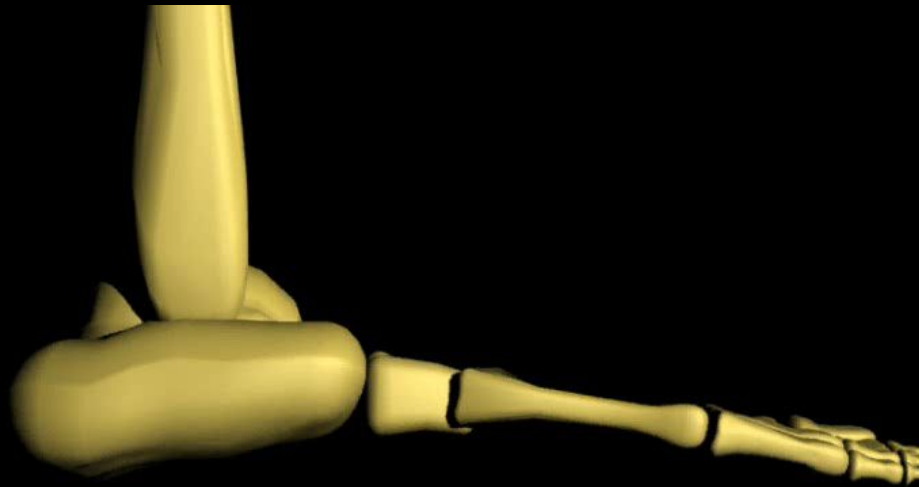
**к.м.н. Корольков А.И.**

**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.

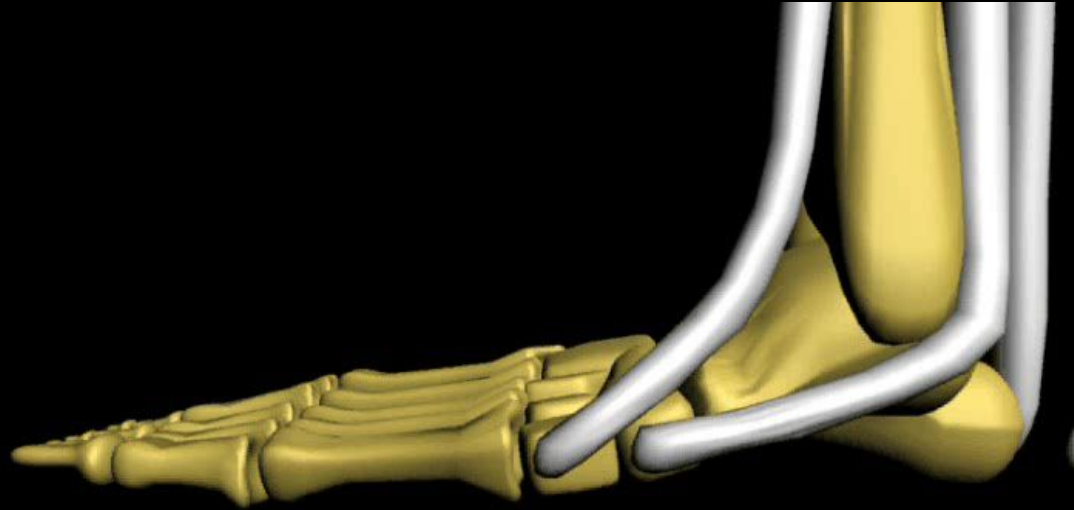


**Суть предлагаемого вмешательства заключается в устранении всех компонентов ПВДС.**

**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 большеберцовой мышцы. Натяжения ее сухожилия

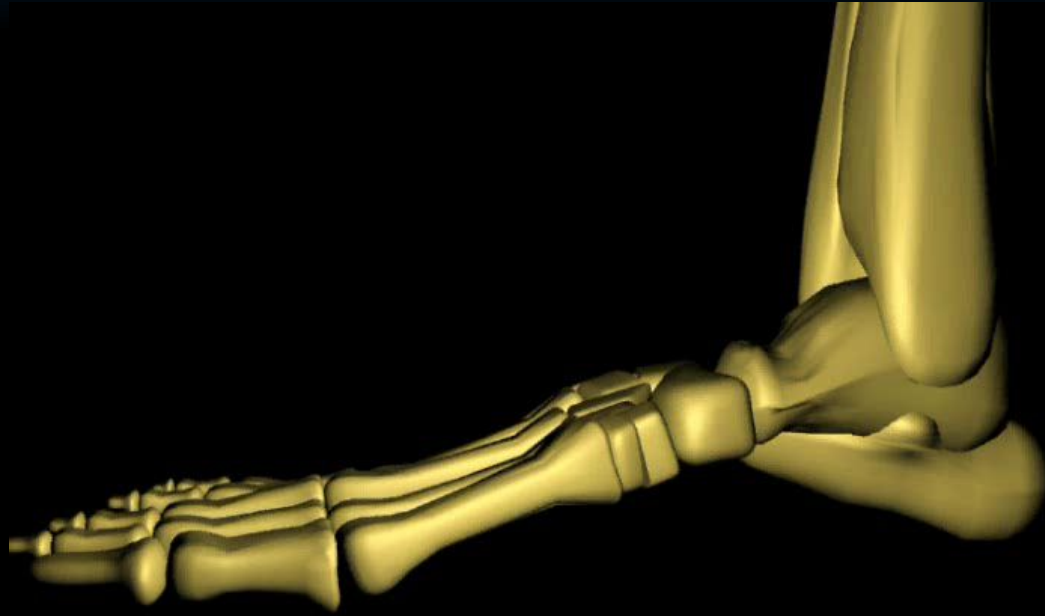


Через этот же доступ проводим клиновидную остеотомию медиальной клиновидной кости с формированием клина с основанием, ориентированным медиально и книзу, и углом при его вершине  $10 - 15^{\circ}$ , что является разницей между величиной таранно-пяточного угла в горизонтальной плоскости в норме и при ПВДС в каждом конкретном случае. При малых размерах клиновидной кости не всегда удастся 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.





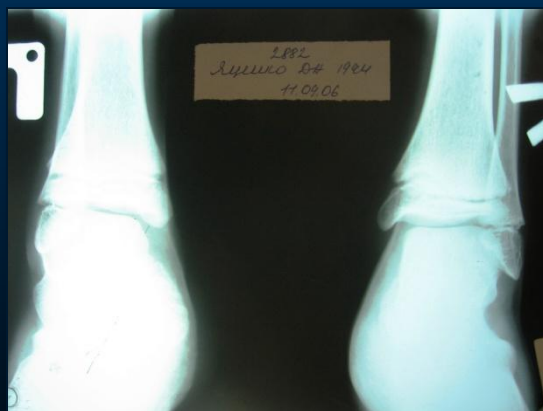
# Внешний вид до оперативного лечения



# 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 плоско-вальгусной 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.