

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ВАЖКОЮ ФОРМОЮ ДЕФОРМАЦІЇ “СТОПИ-КАЧАЛКИ” (“ROCKER BOTTOM FOOT”) В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ

Дубас В.І., Сулима В.С., Балюк Ю.С., Данів В.М.

Івано-Франківський національний медичний університет,
Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ, Україна.

Актуальність теми. Важка форма вродженої деформації стопи, відома, як «стопа-качалка» («Rocker bottom foot», «Tallus verticalis», ICD10-CM Diagnosis Code Q66.80), зустрічається вкрай рідко (приблизно 1 на 10000 дітей) і супроводжує різноманітні генетично зумовлені синдроми. Вроджена деформація стопи призводить до суттєвого порушення функції ходьби – стопа стає не опірною. Деформація виникає внаслідок первинного вродженого вивиху у талонавікулярному суглобі, коли човникоподібна кістка артикулює з блоком таранної кістки, а головка таранної кістки – з підошвенною поверхнею стопи. Лікування дітей з такою деформацією – надзвичайно складне, залежить від віку хворого і прогностично несприятливе.

Мета: покращити результати лікування дітей з важкою формою стопи-качалки в залежності від віку хворих.

Матеріал і методи. В травматологічному відділенні ОДКЛ протягом 2011-2016 рр. спостерігалось троє хворих з важкою формою “стопи-качалки” у віці 1,5; 8; 13 років. Хворим в залежності від віку виконали різні види корекцій у відповідності до ступеня розвитку деформацій та вікових особливостей кісток стоп.

Результати. У хворого М. віком 1,5 року на фоні важкого генетичного захворювання діагностували деформацію правої стопи за типом “стопи-качалки”. В цьому віці виконали напівзакриту репозицію таранної кістки з фіксацією шпичею та подовженням ахіллового сухожилка. Хворому Г., 8 років встановили діагноз: “Двобічна деформація обох стоп за типом “стоп-качалок” з важкою супутньою нейрогенною патологією”. Хірургічну корекцію деформацій обох стоп здійснили шляхом трьохсуглобового артрорезу передплесни з аутоостео- та тендопластикою. Усунення деформації розпочали з резекції головки таранної кістки. При формуванні склепіння стопи та артрорезуванні кісток передплесни між п’ятковою, тілом таранної та човникоподібною кістками утворився дефект, який заповнили кістковим трансплантатом резекованої головки таранної кістки. Кістки передплесни сформованого склепіння синтезували металевою скобою та шпичцями. Тильне згинання стопи усунули подовженням сухожилків m. tibialis ant. та m. extensor digitorum. У хворої Н. в 13 років виявили двобічну плоску стопу III ст., яка виникла внаслідок «Tallus verticalis». Хірургічну корекцію деформації виконали методом трьохсуглобового артрорезу – V-подібна резекція кісток переплесни з вершиною на човникоподібній кістці та основою на підошвенній поверхні стопи. Зафіксували кісткові фрагменти спонгіозними шурупами. Гіпсова іммобілізація тутором тривала 2,5 міс., з наступним дозованим навантаженням на обидві стопи. Виконана таким чином корекція деформації стоп та тривала реабілітація дала можливість хворому Г. утримувати рівновагу та самостійно пересуватись. У хворої Н. сформоване склепіння обох стоп привело до зникнення болю під час ходьби. Подальше динамічне формування склепіння обох стоп продовжили ортопедичним взуттям з супінаторами.

Висновок. Диференційований індивідуальний вибір методу лікування важкої форми “стопи-качалки” в залежності від віку хворих та супутньої нейрогенної патології дозволяють відновити опірність, функціональність стопи та здатність до самостійного пересування.