

# КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ЕКВІНО-ПОЛО-ВАРУСНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ СТОП (ЕПВДС) У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП НА ОСНОВІ МЕТОДИКИ І. PONSETI.

Кикош Г.В., Корольков О.І.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України»

**Вступ.** Вроджена клишоногість (ЕПВДС) є однією із найбільш частих вад розвитку опорно-рухового апарату у дітей, зустрічається в 1-3 випадках на 1000 новонароджених і складає 35-40% всіх уроджених деформацій стопи. Аналіз віддалених результатів різноманітних методик лікування ЕПВДС показують, що рецидиви досягають 54%!

**Мета дослідження:** представити власний досвід використання комплексної системи лікування вродженої ЕПВДС у дітей різного віку на основі методу І. Ponseti.

**Матеріали та методи:** В клініці дитячої ортопедії ДУ «ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України» проведено лікування за методикою І. Ponseti 88 пацієнтів, з яких 57 хлопчиків та 31 дівчинка у віці від 2-х тижнів до 7,5 років (121 стопа), двобічна патологія відмічена в 71% - 86 стоп. Оцінка тяжкості деформацій стоп до та після лікування проводилась за шкалою S. Pirani. До початку лікування проводилося комплексне обстеження пацієнтів: ультразвукове дослідження Ахіллового сухожилка, заднього відділу стопи до початку лікування та через 4 тижні після ахіллотомії (для контролю регенерації зони ахіллотомії), огляд педіатра і невропатолога, у дітей старше 3 років – електроміографія м'язів нижніх кінцівок, статоподогографія та рентгенографія стоп у трьох проєкціях, а також МРТ обстеження (за показаннями).

**Результати:** На основі методики І Ponseti нами розроблено та впроваджено в практику алгоритмізовану схему лікування дітей з ЕПВДС, в якій виділено три вікові групи дітей: від 2 тижнів до 3 років, від 3 років до 10 років та третя – старше 10 років. У віці дітей від 2-х тижнів до 3-х років ми застосовували класичну методику І. Ponseti. Дітям другої вікової групи також проводили етапне гіпсування протягом 4-6 тижнів з виконанням 4-6 пов'язок за І. Ponseti. В даній групі дітей в 98% випадків зберігався стійкий еквінус стоп, а в 62% - зберігалось приведення переднього відділу стопи. Згідно розробленої нами схеми, після зняття останньої гіпсової пов'язки проводилося хірургічне втручання: в усіх випадках виконували парціальну ахіллотомію (в 60%) або ахіллопластику (в 40%), а задню артротомію гомілкового та підтаранного суглобів проведено у 45% випадків в цій групі. За наявності приведення переднього відділу стоп проводили транспозицію сухожилка переднього великогомілкового м'яза на ІІІ клиноподібну кістку в поєднанні із подовженням м'яза, який відводить І палець стопи та плантарну фасціотомію. «Класичний» обсяг тенолігаментокапсулотомії стоп не проводився. У 96 % випадків інтраопераційно досягнуто повну корекцію деформації стоп. Після ушивання ран накладали циркулярну гіпсову пов'язку на 6 тижнів за методикою І. Ponseti, що дозволило нам виключити використання спиць для фіксації коригованого положення стопи. Після зняття гіпсових пов'язок – використовували брейси власної конструкції на терміни, що рекомендовані згідно методики І. Ponseti. У дітей третьої вікової групи етапне гіпсування не проводили, а виконували реконструктивні та артродезуючі хірургічні втручання з фіксацією стоп трансартикулярно спицями, або в апаратах зовнішньої фіксації у випадках тяжких ригідних деформацій.

## Висновки:

1. Використання методики І. Ponseti при лікуванні вродженої ЕПВДС у дітей до 3-х років дозволяє отримати до 92 % добрих та задовільних результатів, а частота класичних об'ємних та травматичних хірургічних втручань при даній патології знизилася в нашій клініці на 75%.

2. Розроблена та клінічно апробована система диференційованого комплексного лікування вродженої еквіно-поло-варусної деформації стоп у дітей у віці від 3 до 10 років на основі методу І. Ponseti дозволяє індивідуально підійти до рішення проблем даної

патології, що дозволило отримати 78 % добрих та задовільних результатів у цій віковій групі.

3. Використання етапного гіпсування на основі методу I. Ponsseti в предопераційній підготовці у дітей (від 3 до 10 років) є ефективним засобом, який дозволяє значно зменшити обсяг, тяжкість та час хірургічного втручання, але в той же час дозволяє провести необхідну корекцію залишкових деформацій одночасно обох стоп в один етап хірургічного втручання.