

# МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ TALLUS VERTICALIS У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА.

Кикош Г.В., Корольков А.И.

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф.М.И.Ситенко НАМН Украины».

**Введение.** Вертикальное положение таранной кости (Tallus verticalis, ВПТК, «стопакачалка») - является одной из наиболее тяжелых деформаций стоп у детей врожденного (встречается в 1-3 случаях на 10000 новорожденных, до 10% всех врождённых деформаций стопы), или приобретенного генеза (как результат неправильного лечения косолапости). Наиболее часто данная деформация встречается как проявление генетических синдромов и пороков развития, в комбинации при спинальных и нейромышечных заболеваниях (миелодисплазия, нейрофиброматоз и др) и гораздо реже - как самостоятельное заболевание. В настоящее время наибольшую популярность при лечении ВПТК у детей во многих странах мира приобретает методика М. Dobbs, который использовал принципы метода I. Ponseti в лечении косолапости и адаптировал их к данной деформации (поэтому данная методика иногда носит название «антипонсети»).

**Цель работы.** Представить собственный опыт использования комплексной системы лечения (по М. Dobbs) ВПТК у детей младшей возрастной группы (до 5 лет).

**Материалы и методы.** В клинике детской ортопедии ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко НАМНУ» проведено лечение по предлагаемой схеме 16 пациентов (10 мальчиков и 6 девочек), в возрасте от 3-х недель до 4 лет (28 стоп), при этом у 6 пациентов деформация носила врожденный характер, а у 10 – ятрогенный (следствие неадекватного и длительного лечения косолапости), двусторонняя патология отмечена в 87,5%. Оценка тяжести деформаций стоп до и после лечения проводилась по данным клинического осмотра, плантографии и рентгенологического исследования. Средний срок наблюдения – 1,5 года.

**Результаты и их обсуждение.** Успешный исход лечения при данной патологии напрямую зависит от возможно более раннего начала лечения. 1-м этапом лечения проводилось 4-6 смен гипсовых повязок каждые 5-6 дней (проведилась дозированная мануальная коррекция положения стоп, заключающаяся в придании стопе подошвенной флексии, приведения и пронации переднего и среднего отделов стопы с упором (центром вращения стопы) на головке таранной кости, проецирующейся на подошвенной поверхности стопы). За счет этапной коррекции получали сформированный свод стопы и вправление подвывиха в таранно-ладьевидном суставе на фоне стойкого эквинирования пятки за счет укорочения ахиллова сухожилия. 2-м этапом - через 4-6 смен гипсовых повязок, под в\в наркозом проводилась перкутанная поперечная ахиллотомия и фиксация таранно-ладьевидного сустава и пяточной кости во вправленном и корригированном положении. В последующем - гипсовая иммобилизация 5-7 недель в зависимости от возраста ребенка. 3-м этапом - по снятию гипсовой повязки и удалению спиц накладывалась гипсовая повязка «сапожок» на 4 недели, но уже с разрешением вертикальной нагрузки на конечности. По снятию последней гипсовой повязки проводилось противорецидивное лечение в брейсах собственной конструкции, или пластиковых ортезах в положении легкой гиперкоррекции стоп для профилактики рецидива в сочетании с регулярными курсами эл/стимуляции мышц, массажа, гидромассажа, ежедневной корригирующей гимнастикой. В дальнейшем ходьба осуществлялась только в ортопедической обуви с использованием ортопедических стелек, корригирующих продольный свод стопы.

## **Выводы.**

1. Использование методики М.В. Dobbs в лечении ВПТК у детей позволяет получить до 75% хороших и удовлетворительных результатов при полном соблюдении технологии, особенностей лечения и соблюдении сроков фиксации в брейсах или ортезах.

2. Использование брейсов отечественного производства исключает длительное гипсование стоп ребенка, что уменьшает мышечную гипотрофию и неврологические

расстройства; позволяет в ранние сроки начать комплексное реабилитационное лечение, что способствует стойкому анатомическому и функциональному результату, а также снижает стоимость лечения на 40%.