

МЕСТО ПОДТАРАННОГО АРТРОЭРЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У ДЕТЕЙ.

Олейник А.В., Корольков А.И.

Крымское РУ «Детская Клиническая больница»

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

Введение. По данным различных авторов, частота плосквальгусной деформации стоп (ПВДС) у детей составляет от 24,2% до 67,3% всей патологии стоп (Тхилаев Т.Е., 1988; Каменев Ю.Ф., 1995). Согласно концепции ротационно-вращательного равновесия стопы, подтаранный сустав является основным звеном в развитии ПВДС. Одним из малотравматичных методов лечения ПВДС, является подтаранный артрозрез (ПТА).

Цель работы: Представить опыт использования подтаранного артроэреза в комплексном лечении плосквальгусной деформации стоп у детей.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2012 год на базе Крымского РУ «Детская клиническая больница» и ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко НАМНУ» было обследовано 265 детей с ПВДС 2-3 ст. с помощью клинических и рентгенологических методов исследования, а также подо- и плантографии, компьютерной томографии (по показаниям). Прооперированы с применением методики ПТА 35 детей (всего 48 стоп) в возрасте от 10 до 16 лет, из них девочек 14, мальчиков 21. У 22 детей оперативное вмешательство проводилось на одной конечности, у 9 на обеих конечностях с интервалом между вмешательствами 2 мес, а в 4 случаях - одномоментно. Во время операций применялись титановые конусовидные импланты системы Вилекс. Подтаранный артрозрез в изолированном варианте проводился в 16 случаях в возрасте от 10 до 15 лет. У 3 детей на обеих стопах ПВДС сочеталась с наличием добавочной *os tibiale externum* (кость Киднера), в данных случаях производился ПТА, удаление кости Киднера и пересадка сухожилия задней большеберцовой мышцы на основание ладьевидной кости с туннельной пластикой. В остальных 19 случаях ПТА сочетался с пластикой сухожилия задней большеберцовой мышцы гофрированием, на 3 стопах производилась проксимальная остеотомия I плюсневой кости, а в 2-х случаях данная остеотомия I плюсневой кости дополнена корригирующей варизирующе-медиализирующей клиновидной остеотомией пяточной кости с фиксацией самокомпрессирующими винтами. В после операционном периоде производилась иммобилизация сроком на 2-3 недели, а затем ношение ортопедических стелек в сочетании с курсами электростимуляции, массажа, гидромассажа, ежедневной лечебной физкультурой.

Результаты и их обсуждение. Оценены результаты лечения ПВДС с применением ПТА сроком от 3 лет до 1 года. Отмечена положительная динамика у 31 больного, как клинически 362 (отсутствие болевого синдрома, стойкое удержание нейтрального положения заднего отдела и высоты свода стоп, достигнутого после хирургического лечения), так и по данным рентгенологического обследования. В 2 случаях когда ПТА производился изолированно, отмечалось уплощение свода в отдаленном периоде по сравнению с высотой свода в послеоперационный период, и в 2 случаях произошла миграция имплантата через 4-6 мес после установки, что потребовало повторного вмешательства по его переустановке. Несмотря на выше перечисленные осложнения нужно отметить высокую эффективность применения операции ПТА в лечении ПВДС. Наибольшая эффективность достигнута при сочетании артроэреза с операциями пластики сухожилия задней большеберцовой мышцы, а также при сочетании данного вмешательства на костях стопы. Во всех случаях достигнут положительный результат.

Выводы.

1. Подтаранный артрозрез является эффективным методом в лечении плосквальгусной деформации стоп у детей, однако необходимо проведение дальнейших исследований по отработке показаний и противопоказаний к его выполнению.

2. Наибольшая эффективность в коррекции деформации стоп достигнута при сочетании подтаранного артроэреза и пластики сухожилия задней большеберцовой мышцы в возрасте детей старше 10 лет.