

# СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

Ходанович С.О., Третьяк С.И.

*Белорусский Государственный Медицинский Университет,  
кафедра травматологии и ортопедии, г. Минск*

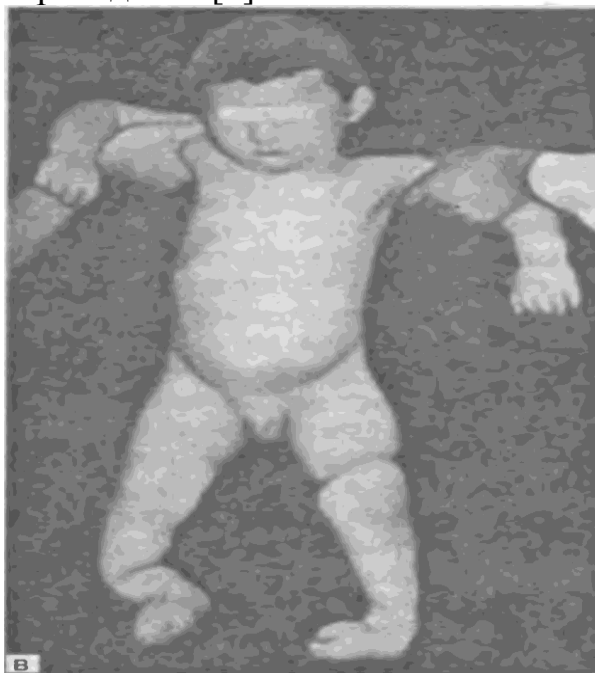
**Ключевые слова:** косолапость, тенолигаментокапсулотомия.

**Резюме:** в данной работе представлены результаты исследования, посвященного изучению клинических аспектов врожденной косолапости, определению наиболее распространенных методик хирургического лечения этой патологии и оценке их эффективности.

**Resume:** this article contains results of the research devoted to the studying the clinical aspects of congenital clubfoot, choosing the most popular technique of surgical treatment of this pathology and evaluation the results of treatment.

**Актуальность.** Врожденная косолапость занимает одно из первых мест среди врожденных аномалий опорно-двигательной системы, встречается с частотой 1-2

случая на 1000 новорожденных в Республике Беларусь, что составляет до 40% среди деформации нижних конечностей. Врожденная косолапость - полиэтиологическое заболевание, и причинами данной патологии могут быть: амниотические перетяжки, маловодие (провоцирует позиционное сдавление), инфекции у матери во время беременности (токсоплазмоз) [1], сосудистая патология (недоразвитие или отсутствие а. tibialis anterior, а. dorsalis pedis), врожденная деформация костей стопы, нервно-мышечная патология [3]. Клиническая картина врожденной косолапости включает в себя эквинус, супинацию и приведение [1].



*Рис. 1*- Врожденная косолапость, вызванная амниотическими перетяжками

Если данные элементы патологии не будут скорректированы к моменту, когда ребенок начнет ходить, то течение болезни отягощается: ходьба становится болезненной, ребенок при ходьбе опирается на наружный край стопы, что ведет к формированию на нем мозолей и слизистых сумок [1]. Стопа деформируется вплоть до формирования симптомокомплекса полой стопы. С момента постановки диагноза начинается проведение консервативного лечения, которое включает в себя редрессирующую гимнастику и наложение этапных гипсовых повязок. Накладываются этапные повязки типа «сапожок».



*Рис.2* - Повязка типа «сапожок»

При смене повязки 1 раз в неделю производится релаксирующая гимнастика, направленная на постепенное устранение аддукции, супинации и эквинуса. Основным условием для наложения повязки должно быть отсутствие перетяжек на уровне голеностопного сустава. Если кожные покровы младенца плохо переносят гипсовое покрытие, допустимо на срок в 7-10 дней переводить ребенка в гипсовый лонгет, назначать ванночки, смазывать поверхность кожи нежирным кремом до восстановления ее нормального вида. Далее вновь необходимо продолжить этапное гипсование. Основной целью этапного гипсования является достижение положения гиперкоррекции. Если этапное гипсование оказалось эффективным, ребенку изготавливают нитролаковые ортезы для голени и стопы, в которых нога развивается до 3-3,5 лет. Ортезы-тутора меняют по мере роста стопы ребенка. В этот период лечения ребенку назначают массаж разгибателей стопы и малоберцовых мышц, тепловые процедуры, ЛФК для голеностопного сустава. Допустима электростимуляция малоберцовых мышц и разгибателей стопы, иногда используется иглорефлексотерапия [2].

В случае неэффективности этапного гипсования в течение 3 месяцев применяется оперативное лечение ВК. Существует множество оперативных методик по исправлению данной патологии, однако в Республике Беларусь наибольшее распространение нашла методика периталарной тенолигаментокапсулотомии по Зацепину. Сущность операции состоит в следующем: из внутреннего дугообразного разреза в нижней трети голени с переходом на стопу выделяются и Z-образно удлиняются сухожилия: Ахиллово, задней большеберцовой мышцы, длинного сгибателя пальцев, длинного сгибателя первого пальца. Также пересекаются связки: таранно-ладьевидная, передняя и задняя таранно-большеберцовые связки, задняя таранно-пяточная, поверхностная порция большеберцово-пяточной, вскрываются голеностопный и подтаранный суставы [3]. В случае тяжелой ВК данная операция может дополняться пересадкой сухожилия передней большеберцовой мышцы на тыл стопы. В результате проведения операции рассекаются связки и удлиняются сухожилия внутренней и задней поверхностей области голеностопного и подтаранного суставов, что ведет к устранению клинических проявлений ВК.



**Рис.3** – Суть операции по Зацепину

**Цель:**изучить основные клинические аспекты врожденной косолапости и современные методы оперативного лечения данной патологии.

**Задачи:** 1.Выявить зависимость частоты возникновения врожденной косолапости от пола ребенка; 2.Определить превалирующую сторону поражения при врожденной косолапости; 3.Оценить эффективность хирургического метода лечения пациентов с врожденной косолапостью; 4.Определить возраст ребенка, в котором оперативное лечение наиболее эффективно.

**Материал и методы.**Были изучены в катамнезе ближайшие и отдаленные результаты лечения 35 пациентов, которым было выполнено 45 операций по поводу врожденной косолапости на базе УЗ «6-я ГКБ» г.Минска в период с 2007 до 2013г. Средний срок наблюдения составил 3,5 года. Наблюдались пациенты в возрасте от 8 месяцев до 14 лет. Средний возраст пациентов - 3,3 года. Все пациенты были разделены на 4 возрастные группы: до 1 года - 4 пациента (11,43%), 1-3 года - 18 пациентов (51,43%), 4-11 лет - 9 пациентов (25,71%), старше 12 лет - 4 пациентов (11,43%). Распределение по полу: мужской – 20 пациентов (57,14%), женский – 15 пациентов (42,86%).

**Результаты и их обсуждение.** Двустороннее поражение наблюдалось у 15 пациентов (42,85%), левостороннее - у 11 (31,43%), правостороннее - у 9 (25,72%). В 91,11% (41) случаев выполнялась периталлярная тенолигаментокапсулотомия, в 8,89% (4) – периталлярная тенолигаментокапсулотомия с пересадкой сухожилия передней большеберцовой мышцы на тыл стопы. Периталлярная тенолигаментокапсулотомия выполнялась пациентам всех возрастных групп, периталлярная тенолигаментокапсулотомия с пересадкой сухожилия передней большеберцовой мышцы на тыл стопы в 75% (3) случаев выполнялась пациентам старше 12 лет, в 25% (1)случаев была выполнена пациенту 6 лет. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения врожденной косолапости у 30 (85,71%) пациентов оказались отличными и хорошими, у 5 (14,29%) пациентов наблюдался рецидив. 2 (40%) рецидива наблюдалось в возрастной группе 1-3 года, 3 (60%) рецидива – 4-11 лет.

**Выводы:**1.Врожденная косолапость чаще встречается у лиц мужского пола, превалирует двустороннее поражение; 2.Оперативное лечение чаще выполнялось в возрасте 1-3 лет, основной вид операции - периталлярная тенолигаментокапсулотомии; 3.При проведении периталлярной тенолигаментокапсулотомии отличные и хорошие результаты наблюдались в 90,24% случаев (37 операций), при проведении периталлярной тенолигаментокапсулотомии с пересадкой сухожилия передней большеберцовой мышцы на тыл стопы – в 75% (3 операции). 4.Наиболее эффективным хирургическое лечение оказалось в возрастной группе до 1 года.

#### Литература

1. Травматология и ортопедия/ Н. В. Корнилов- Санкт-Петербург, издательство «Гиппократ», 2001год -488 с.
2. Травматология и ортопедия: руководство для врачей: в 3 томах. Т.3/ подред. Ю.Г. Шапошников. – М.: Медицина, 1997. – 624с.
- 3.Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th ed./ S. TerryCanale, JamesH. - BeatyMosbyElsevier, 2007 год.