

МИНИИНВАЗИВНОЕ УДЛИНЕНИЕ ИКРОНОЖНОЙ МЫШЦЫ И МЫШЦ ВНУТРЕННЕЙ ГРУППЫ ГОЛЕНИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ЭКВИНУСНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ СТОПЫ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Деменцов А.Б.¹, Юркевич И.В.², Третьяк С.И.¹, Беспальчук А.П.³, Шепелев Д.С.¹, Белецкий А.А.¹, Забаровский А.В.⁴, Линов А.Л.⁴, Малюк Б.В.⁴, Захаров И.А.⁴, Васько О.Н.⁴

¹УЗ «6-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь

²Комитет по здравоохранению Мингорисполкома, Минск, Беларусь

³УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

⁴ГУ «Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии», Минск, Беларусь

Актуальность. При деформации стоп происходят значительные изменения в биомеханике стояния и ходьбы человека, снижается его трудоспособность. Эквинусная («конская») деформация стопы одна из наиболее частых врожденных ортопедических патологий: распространенность в зависимости от региона составляет от 1 до 10 и более на 1000 новорожденных. В настоящее время существуют как консервативные, так и оперативные методы лечения эквинусной деформации стоп, это связано с тем, что данная патология трудно поддается лечению. Методы оперативной коррекции травматичны, однотипны и не учитывают всех особенностей деформации. После их применения у пациентов часто наступают рецидивы.

На сегодняшний день используются различные методы оперативного лечения: околосоуставной релиз, операции на сухожильно-связочном аппарате, пересадки мест прикрепления сухожилий, корригирующие остеотомии костей стопы, коррекция деформаций с помощью аппаратов внешней фиксации. У детей младшего возраста чаще всего применяются различные виды оперативных вмешательств на мягких тканях, суть которых сводится к рассечению капсул суставов стопы и голеностопного сустава. Однако, при подобного рода вмешательствах велика вероятность повреждения сосудов, питающих кости стопы, что ведет к нарушению кровоснабжения и, как следствие, изменению их формы. При этом происходит уплощение блока таранной кости с последующим ограничением движений в голеностопном суставе и нарушением функции стопы.

У детей старшего возраста предпочтение отдается коррекции деформации с помощью аппарата Илизарова, однако после использования этого метода число рецидивов достигает 25% - 100%. Такие операции выполняются, как с использованием больших доступов, так и малоинвазивно, однако, они длительные, технически сложные, травматичные, дорогостоящие.

Послеоперационный и реабилитационный период длительный, требуется обычно несколько месяцев для сращения мышц и костей, в зависимости от технологии, пациенту может быть показан постельный режим, гипсовая фиксация или ходьба с костылями без нагрузки на оперированную конечность в сочетании с курсами реабилитации. Кроме того, данные вмешательства не

гарантируют, что в процессе дальнейшего роста ребенка не наступит рецидив эквинусной деформации стопы. Также длительность и травматичность общепринятых методик способствует росту инфекционных осложнений, в т.ч. возникновению пролежней и мацерации из-за длительной иммобилизации.

Учитывая подвижность мягких тканей на голени, анатомическое близкое расположение ахиллова сухожилия и мышц также участвующих в формировании эквинусной деформации стопы (задняя большеберцовая мышца, длинный сгибатель большого пальца стопы, длинный сгибатель пальцев стопы), создание тыльного сгибания стопы возможно осуществить из одного малотравматичного (единственного) доступа путем удлинения вышеперечисленных мышц в отличие от стандартных классических методик, при которых применяется нескольких доступов. В современной мировой практике эта задача не решена: нет описания техники такого усовершенствованного единственного доступа при одновременном удлинении ахиллова сухожилия и мышц внутренней группы голени.

Цель. Разработать малоинвазивный доступ для удлинения ахиллового сухожилия и мышц внутренней группы голени.

Материалы и методы.

1. Изучение хирургических доступов при лечении эквинусной деформации стопы.

2. Разработка схемы единственного малоинвазивного доступа для удлинения ахиллова сухожилия, *musculus tibialis posterior*, *musculus flexor hallucis longus*, *musculus flexor digitorum longus* при хирургическом лечении пациентов с эквинусной деформацией стопы.

3. Разработка, обоснование и внедрение оригинального малоинвазивного способа удлинения ахиллова сухожилия и мышц внутренней группы голени.

4. Изучение влияния малоинвазивного доступа на деформацию стопы в зависимости от возраста пациента и вида деформации после хирургического лечения путем анализа клинических показателей.

5. Разработка рекомендаций по применению малоинвазивного способа удлинения ахиллова сухожилия и мышц внутренней группы голени при эквинусной деформации стопы.

Результаты. Экономический эффект на этапе стационарного и амбулаторного лечения характеризуется снижением количества осложнений, уменьшением длительности госпитализации в послеоперационном периоде минимум в 2 раза и снижением средней продолжительности времени операции также минимум в 2 раза.

Выводы. Внедрение способа в практическое здравоохранение будет способствовать повышению эффективности хирургического лечения пациентов с эквинусной деформацией стоп за счет снижения травматичности лечения, улучшения функционального, косметического результата и качества жизни.

Такой способ лечения позволяет избежать инфекционных осложнений, в т.ч. пролежней и мацерации из-за длительной иммобилизации.