

## РУТИННЫЙ ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭКВИНУСНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ СТОП

Деменцов А.Б.<sup>1</sup>, Юркевич И.В.<sup>2</sup>, Беспальчук А.П.<sup>3</sup>, Шепелев Д.С.<sup>1</sup>,  
Малюк Б.В.<sup>4</sup>, Захаров И.А.<sup>4</sup>, Васько О.Н.<sup>4</sup>, Залепугин С.Д.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Учреждение здравоохранения «6-я городская клиническая больница»,

<sup>2</sup> Комитет по здравоохранению Мингорисполкома, г. Минск,  
Республика Беларусь

<sup>3</sup> Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

<sup>4</sup> ГУ «Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии», г. Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Эквинусная деформация стопы у детей может быть как самостоятельным пороком развития, в том числе на фоне врожденных коротких сухожилий, так и сопутствовать ряду системных, генетических и неврологических заболеваний, таких как врожденная косолапость, миопатии, ДЦП, артрогрипоз, диастрофическая дисплазия, синдром Фримена-Шелдона, синдром Ларсена, а также иметь неврологическую основу при пороках развития пояснично-крестцового отдела позвоночника, тяжёлой спондиломиелодисплазии. Эквинусная деформация стопы может встречать как монозаболевание, так и сочетаться с другими деформациями стопы.

Поэтому с целью уточнения этиологии заболевания, постановки точного диагноза и подбора оптимального способа хирургического лечения эквинусной деформации стопы пациенту необходимо провести ряд обследований.

**Цель.** Разработать и предложить простой рутинный предоперационный алгоритм обследования пациентов с эквинусными деформациями стоп для врачей-травматологов-ортопедов, который позволит объективно оценить их состояние, проанализировать полученные данные, установить причину заболевания, выбрать патогенетически обоснованное лечение и в конечном итоге улучшить результаты лечения.

**Материалы и методы.** По разработанному предоперационному алгоритму обследования пациентов с эквинусными деформациями стоп при планировании хирургического лечения было обследовано 55 человек. Из них путем разработанного нами способа удлинения икроножной мышцы и мышц «внутренней группы голени» прооперирован 31 человек (осуществлена 41 операция). У 19 человек операции выполнены были с одной стороны, у 11 пациентов операции были осуществлены сразу с 2-х сторон, что составило 22 операции. У прооперированных пациентов деформация стопы была эластичная, неврологические и сопутствующие генетические нарушения не требовали соответствующей коррекции. У 24 пациентов выявленные сопутствующие нарушения потребовали коррекции по основному заболеванию.

**Результаты.** Этапы разработанного алгоритма следующие:

– Вначале необходим тщательный осмотр пациента врачом-травматологом-ортопедом с изучением жалоб, анамнеза заболевания, его течения, методах и результатах предыдущего лечения. Затем проводится оценка биомеханических параметров стопы: походка пациента, объем движений в голеностопном суставе, степень деформации стопы, выраженность натяжения ахиллова сухожилия, возможность его активной и пассивной коррекции. Оцениваем общее развитие пациента, состояние конечностей, спины с целью выявления патологических «стигм».

– При выявлении и подозрении того, что у пациента имеются неврологические отклонения, необходимо провести электронейромиографическое исследование (ЭМГ) с целью уточнения функционального состояния центральных и периферических звеньев нервно-мышечной системы, определения характера патологического процесса и уровня поражения нервно-мышечного аппарата.

– При выявлении нарушений на уровне спинного мозга пациенту проводится рентгенологическое обследование позвоночника.

– Также проводится МРТ обследование спинного мозга на выявленном уровне нарушений по данным ЭМГ.

– При наличии изменений (аномалии строения, опухоли) в спинном мозге, позвоночнике пациент направляется на консультации к неврологу или нейрохирургу. Данные специалисты могут рекомендовать лечение своей патологии, спрогнозировать ее течение (прогрессирование) или признать выявленные проблемы незначительными.

– При наличии изменений периферических звеньев нервно-мышечной системы пациент направляется к генетику, который также может рекомендовать лечение своей патологии, спрогнозировать ее течение (прогрессирование) или признать выявленные проблемы незначительными.

– С учетом полученной информации, а также при наличии у пациента ригидной эквинусной деформации стопы, необходимо проведение её рентгенологического обследования с целью оценки состояния голеностопного сустава, выявления наличия или отсутствия деформаций костей стопы и их аномалий.

**Выводы.** Используя такой алгоритм, уже на амбулаторном этапе можно выявить первопричину эквинусной деформации стопы, спрогнозировать течение заболевания и выбрать оптимальный метод лечения.

Рекомендован такой рутинный предоперационный алгоритм обследования пациентов с эквинусными деформациями стоп также перед применением малоинвазивного способа удлинения ахиллова сухожилия и «мышц внутренней группы голени».