

ВРОЖДЕННАЯ КОСОЛАПОСТЬ



Выполнил: Жданов Д.С.



- Врожденная косолапость – врожденная аномалия развития конечности, сопровождающаяся изменениями на уровне голеностопного сустава, Шопарова и Лисфранкова суставов, приводящая к выраженным функциональным нарушениям нижней конечности и всего опорно-двигательного аппарата.
- Деформация занимает 1 место среди врожденных пороков развития опорно-двигательного аппарата. Частота данного заболевания 2 на 1000 новорожденных, чаще страдают мальчики, чаще двустороннее поражение.

Этиология

- 1) нарушение нормального развития зародыша
- 2) сращение амниона с поверхностью зародыша и давление амниотических тяжей.
- 3) давление пуповины на обхваченную стопу
- 4) давление мускулатуры матки на наружную поверхность стоп при малом количестве околоплодных вод
- 5) давление опухолей, растущих в матке
- 6) нарушение иннервации со стороны спинномозговых центров
- 7) патология беременности вследствие токсоплазмоза.

Патогенез

- Наиболее тяжелые изменения при врожденной косолапости обнаруживаются в мягких тканях (мышцах, связках). Так, большеберцовая мышца, как правило, укорачивается, изменяет свое направление, мышечное брюшко ее укорачивается и утолщается. Точка прикрепления ахиллова сухожилия смещается кнаружи от пяточного бугра, мышечное брюшко трехглавой мышцы утолщается и укорачивается. Однако эти изменения являются уже следствием недоразвития связочного аппарата и заднемедиального края голеностопного сустава. Следовательно, типичная косолапость — стойкая приводяще-разгибательная контрактура стопы, связанная с врожденным недоразвитием и укорочением внутренней и задней групп связок и сухожилий-сгибателей

Классификация врожденной косолапости

Типичная (80 процентов случаев)

- Легкой степени
- Средней степени
- Тяжелой степени

Нетипичная (20 процентов случаев)

- Развивается на фоне
артрогриппоза

Типичная врожденная косолапость

- Легкой степени: удастся одномоментно скорректировать все компоненты деформации. Эквинусная деформация и супинация не превышают 10-15 градусов
- Средней степени: удастся скорректировать все компоненты деформации, однако, она остается выраженной и ригидной. . Эквинусная деформация и супинация 15-30 градусов.
- Тяжелой степени: деформация устойчива, удастся частично скорректировать ее и улучшить форму стопы, однако изменения со стороны костно-суставного аппарата остаются неизменными. Супинационное положение стопы и эквинус превышают 30-35 градусов

Клиническая картина

- эквинус (подошвенное сгибание стопы в голеностопном суставе)
- супинация стопы (поворот подошвенной поверхности кнутри с опусканием наружного края стопы, главным образом предплюсны и плюсны)
- аддукция (приведение стопы в переднем отделе при одновременном увеличении свода стопы).
- ротация голени внутрь и ограничение подвижности в голеностопном суставе
- когда ребенок начинает ходить: наступает огрубение кожи по наружному краю стопы, а иногда возникает натоптыш со слизистой сумкой внутри.
- атрофия мышц голени (особенно икроножной)
- рекурвации коленных суставов



Подошвенная флексия
в голеностопном суставе

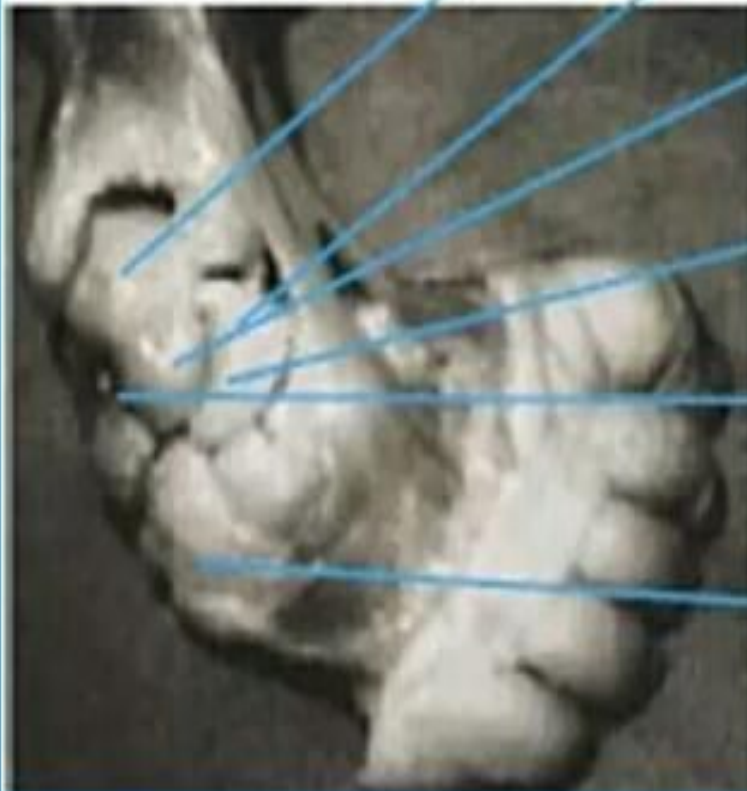
Смещение ладьевидной
кости кнутри

Клиновидная головка
таранной кости

Клиновидная форма
ладьевидной кости

Приведение и инверзия
пяточной кости

Кубовидная кость
смещена кнутри



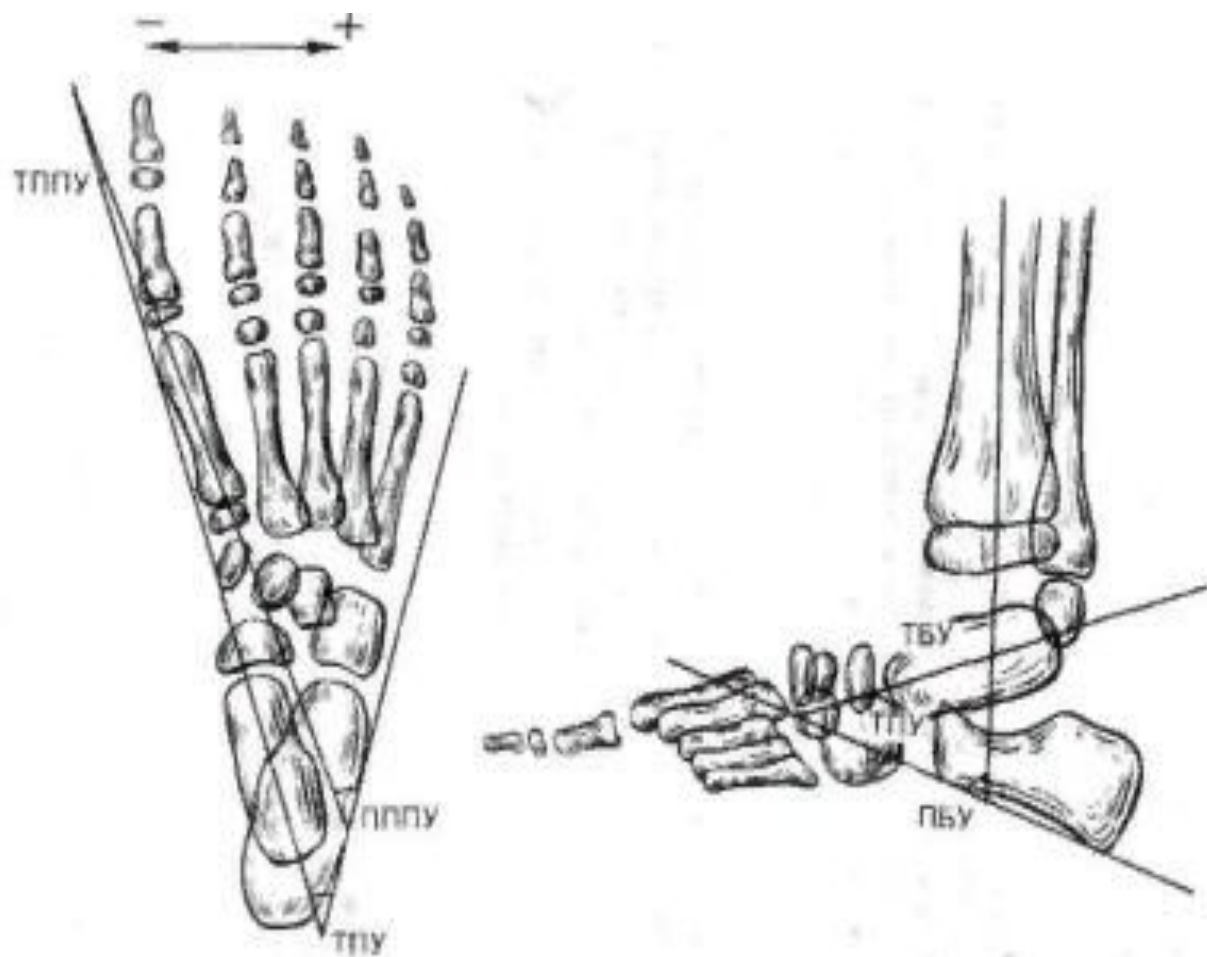




Рентгенологическая диагностика

- Первая рентгенограмма делается в переднезадней проекции в положении максимальной коррекции варуса стопы.
- Две другие проекции — боковые. Одна (экстензорная боковая проекция) выполняется в положении максимального тыльного сгибания и коррекции варуса стопы.
- Вторая (флексорная боковая проекция) — в положении максимального подошвенного сгибания стопы с одновременной коррекцией ее варуса.

Угловые показатели стопы при косолапости



- 1. Таранно-пяточный угол (ТПУ) на рентгенограммах в прямой и боковой проекциях. Снижение величин этих углов свидетельствует о наличии врожденной косолапости, ее недокоррекции или рецидиве.
- 2. Таранно-первоплюсневый (ТППУ) и пяточно-первоплюсневый (ПППУ) углы на рентгенограммах в прямой проекции. Измерение этих углов производится по нулевой методике относительно оси таранной и пяточной кости соответственно. Если ось I плюсневой кости отклоняется медиальнее осей вышеуказанных костей, то величина угла оценивается со знаком «минус», если латеральнее — со знаком «плюс». Уменьшение величин этих углов относительно нормальных и допустимых показателей указывает на наличие приведения переднего отдела стопы и является косвенным признаком внутреннего подвывиха стопы в поперечном суставе предплюсны (сустав Шопара).
- 3. Увеличение таранно-большеберцового (ТБУ) и пяточно-большеберцового (ПБУ) углов на рентгенограммах в экстензорной боковой проекции



A



B

Принципы лечения косолапости

- 1. Лечение должно быть начато как можно раньше, т. е. в периоде новорожденности.
- 2. Коррекция деформации должна начинаться с консервативных мероприятий.
- 3. Тактика и методы лечения определяются в зависимости от формы деформации и индивидуальных особенностей больного и представляют собой единое, взаимодополняющее сочетание оперативных и консервативных методов.
- 4. Нормальная опороспособность конечности должна быть восстановлена до начала ходьбы ребенка (т. е. до возраста 10—12 мес).
- 5. Восстановление функции стопы должно начинаться параллельно с коррекцией формы стопы, т. е. с момента рождения ребенка.
- 6. Непрерывное наблюдение и лечение врожденной косолапости должно проводиться до окончания роста стопы ребенка.

Консервативное лечение

- Корригирующая гимнастика
- Этапные гипсовые повязки
- Шинки из полиэтилена

Корригирующая гимнастика

- Корригирующую гимнастику проводят без особого насилия, чтобы ребенок не испытывал боли. Она продолжается в течение 3—5 мин с перерывами для поглаживания и массажа стопы и голени и повторяется 3 — 4 раза в день. Стопу после гимнастики в достигнутом корригированном положении фиксируют мягким бинтом (по Ф и н к у— Эттингену).



1



2



3



4



5

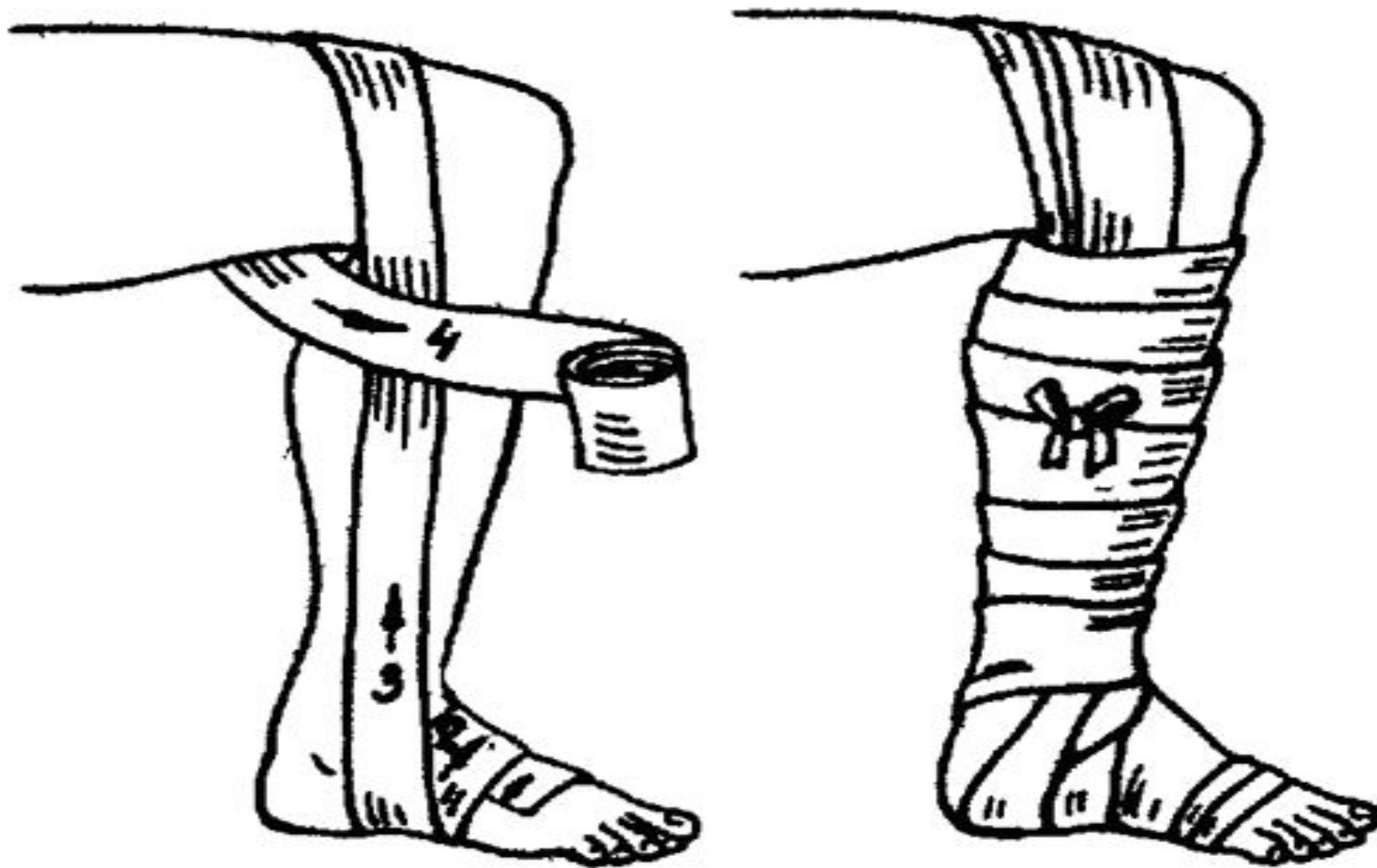


6



7

Фиксация стопы по Финку-Эттингену



Реддрессация при косолапости

- 1 этап «накатываем» ладьевидную кость на головку тарана (отведение переднего отдела)
- 2 этап-при получении правильных соотношений на уровне Шопарова сустава, производим ротацию стопы с целью выведения под нагрузку тыльной поверхности тела таранной кости, которая при косолапости развернута кнаружи
- 3 этап-растяжение голеностопного сустава с целью освобождения свободного пространства для вправления таранной кости в вилку голеностопного сустава в правильное положение, это выполняется путем придания стопы тыльной флексии

Этапные гипсовые повязки



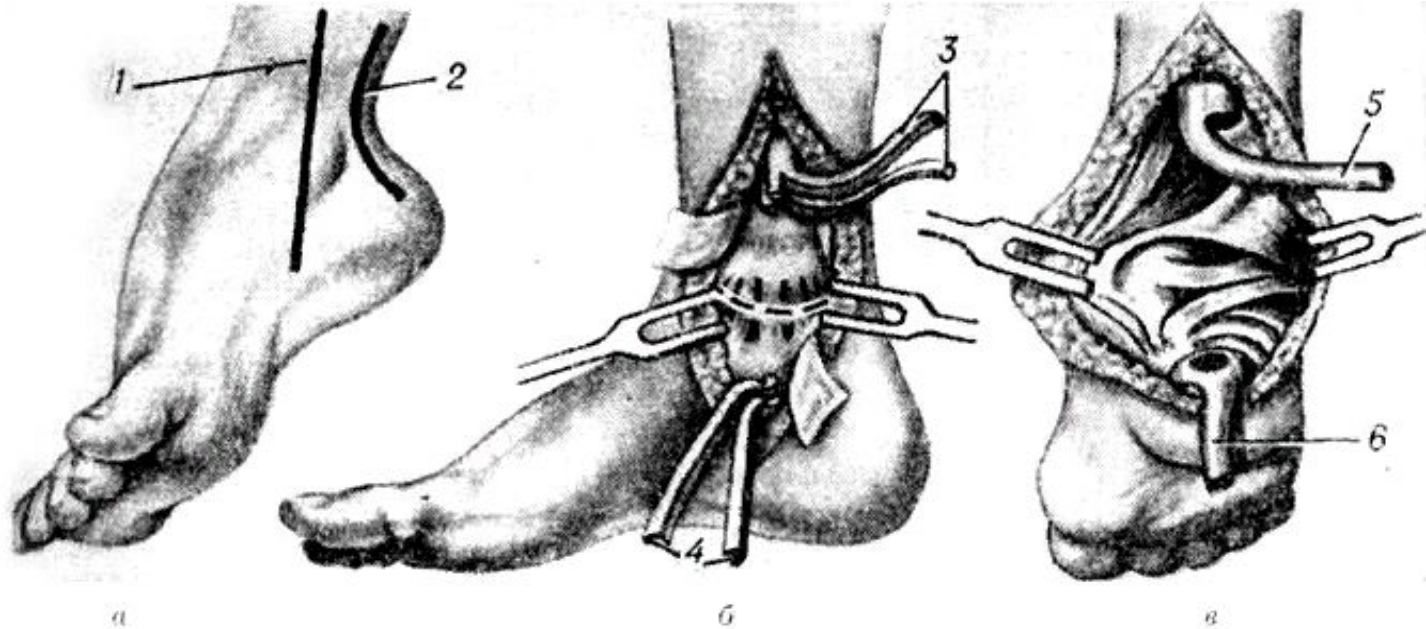
Шинки из полиэтилена



Оперативное лечение косолапости

1. У детей младше 5 лет коррекция осуществляется путем вмешательства на мягких тканях.
2. У детей старше 5 лет производятся вмешательства на костях (например, дорзолатеральная клиновидная резекция пяточно-кубовидного сустава или остеотомия пяточной кости для коррекции варуса).
3. У детей старше 10 лет проводится латеральная клиновидная тарсэктомия или артродез (например, трехсуставный удлиняющий артродез стопы). Применяют дистракционно-хирургический метод лечения аппаратами внешней фиксации (коррекция по Илизарову). Цель операции - не только исправить деформацию, но и при односторонней косолапости ликвидировать укорочение стопы, а при необходимости — и укорочение конечности.

Тендолигаментокапсулотомия по Зацепину



Этапы операции при врождённой косолапости по Зацепину: а — проекции кожных разрезов (1 — линия разреза посредине медиальной лодыжки, 2 — линия разреза по медиальному краю пяточного — ахиллова — сухожилия); б — мобилизация голеностопного сустава с внутренней стороны (3 и 4 — концы пересечённых сухожилий задней большеберцовой мышцы и длинного сгибателя пальцев; пунктиром обозначена линия пересечения дельтовидной связки); в — мобилизация заднего отдела голеностопного сустава (5 и 6 — концы пересечённого пяточного сухожилия)

Коррекция ВК по Илизарову

