С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

ТЕМА: Современные методы лечение врожденной косолапости.

Выполнила: Усенбаева А
Факультет: ОМ (Хирургия)
Курс: 6
Группа: 608-02
Проверил: Жаксылыкова А.К,

Алматы, 2015г.

Актуальность темы

- Актуальность темы состоит в том, что на сегодняшний день по статистике в мире ежегодно рождается более 100 000 детей с косолапостью и предотвращение дальнейшей инвалидности, является самой главной задачей для того, чтобы молодое поколение, в руках которых находится развитие нашей страны, было здоровым, конкурентоспособным и двигало нашу страну вперед.

Косолапость- стойкая приводяще-сгибательно-супинационная деформация стопы. Может быть врожденной и приобретённой.

Код по МКБ-10
Q66. Врожденные деформации стопы.

Эпидемиология

Врожденная косолапость-деформация, наиболее часто встречающая среди врожденных пороков развития опорно-двигательного аппарата (35-38% всех врожденных деформаций). У мальчиков эта деформация встречается вдвое чаще, чем у девочек.

.

Этиология

- наследственный компонент по отцовской линии;
- опухоль матки;
- токсоплазмоз;
- внутриутробный воспалительный процесс;
- аномалии развития мышц и сухожилий, связок суставов.

Стопа имеет деформации:

1. **эквинус (eguinus)** – сгибательная подошвы стопы;
2. **супинация (varus)** – приподнятый внутренний отдел стопы и опущен внешний;
3. **аддукция (adductus)** – приведение переднего отдела;
4. **полая стопа (exavatus)** – увеличение продольного купола стопы.

Степень заболевания:

- Лёгкая – при которой деформация исправляется пассивно;
- Средняя – с трудностями;
- Тяжелая - пассивное исправление невозможно.

Терминология

При врожденной косолапости основа деформации – это подвывих в таранно-ладьевидном суставе (смещение ладьевидной кости кнутри) и подвывих в подтаранном суставе (ротация стопы кнутри).

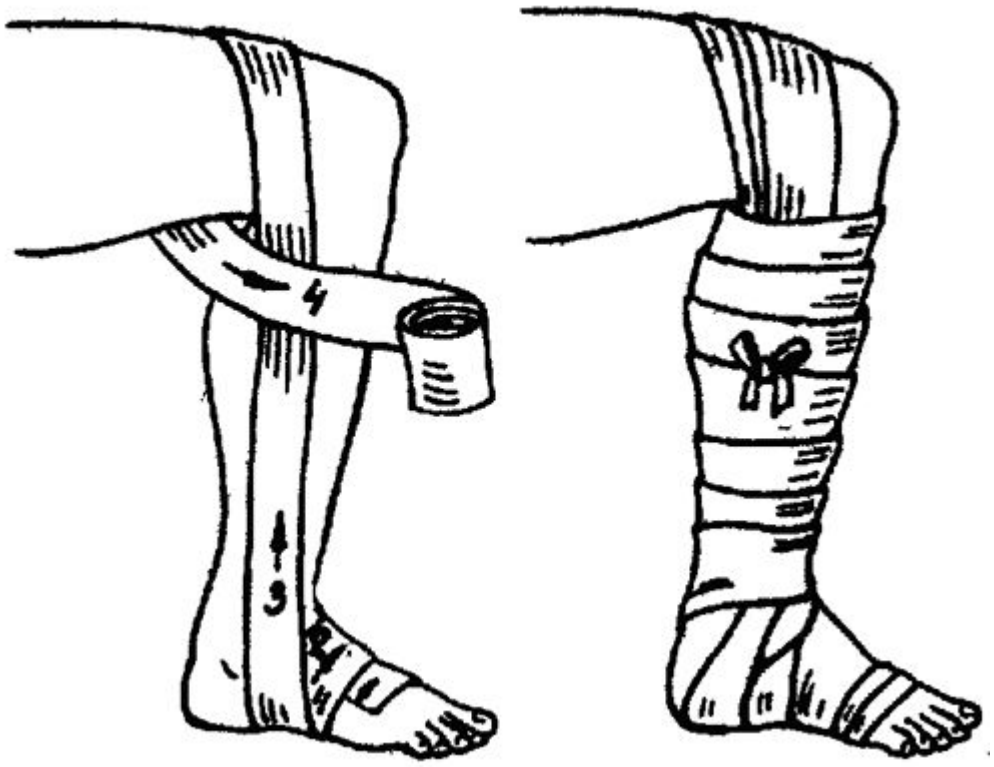
Ортопеды пользуются следующими терминами:

Аддукция (приведение) – поворот всей стопы или её частей кнутри.
Ахиллотомия – полное пересечение ахиллова сухожилия на 1.5-2 см. выше точки прикрепления его к пяточной кости.
Пронация – естественное движение, которое приводит к заваливанию стопы вовнутрь.
Супинация – ротация стопы кнутри.
Эквинус – ограничение тыльного сгибания в голеностопном суставе.

Лечение

Консервативное –
лёгкая степень – массаж, лечебная гимнастика, бинтование по Финку-Эттингену. этапное гипсование в виде «сапожка»;

Оперативное –
в случае позднего обращения, неэффективнаости консервативного лечения. Операция после 1 года жизни.


4
3

Схемы лечения косолапости:

Используются 4 схемы лечения :

1. Для новорожденных - бинтование или другая мягкотканная фиксация,
2. Гипсовые коррекции (варианты) - длительное консервативное гипсование, метод Кайта (Kite), Виленского,
3. Фиксация съёмными шинами и активные коррегирующие упражнения (французский метод Bensahel),
4. Хирургическое лечение:

- Оперативное лечение по методу Т. С. Зацепина .
- Операция Штурма.
- Детям старше 4х лет показаны операции на скелете стопы.
- У детей старшего возраста возможно выполнение трех-суставного артродеза.

Лечение косолапости по методу Понсети

Первая часть лечения - исправление деформации гипсовыми повязками.

Вторая важная часть лечения – закрытая ахиллотомия.

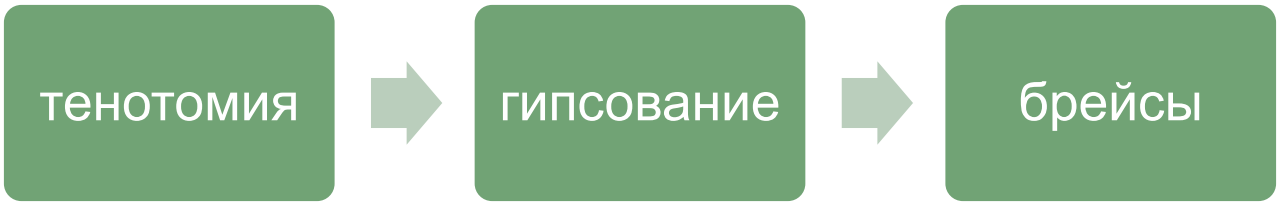
Третья часть лечения - это закрепление полученного результата.

Брейсы

Исправление кавуса

Коррекция остальных компонентов деформации кроме эквинуса

эквинус


тенотомия
гипсование
брейсы

Брейсы

Далее для удержания стопы в достигнутом положении необходимы брейсы

" Использование брейсов по окончанию этапного гипсования (третий этап)сводит к минимуму возможность рецидива косолапости.

Протокол ношения брейсов

" Брейсы применяются сразу же после снятия последней гипсовой повязки, спустя 3 недели после тенотомии.

" Брейсы должны фиксировать стопы ребенка круглосуточно в течение первых 3 месяцев после снятия гипсовой повязки. После этого брейсы надеваются ребенку на 12 часов в ночное время и от 2 до 4 часов в середине дня, чтобы общее время их применения было от 14 до 16 часов в течение суток. Такой режим нахождения в брейсах сохраняется до возраста 3-4 лет

Причины рецидивов

" Наиболее частой причиной рецидива является несоблюдение режима нахождения в брейсах и неудовлетворительное качество фиксации в брейсах после тенотомии.

" По данным ортопедов Университета Айовы (США) – рецидивы случаются только в 6% в семьях, где внимательно следуют предписаниям, и более чем в 80 % в семьях, невнимательно относящимся к рекомендациям врача.

" При выполнении всех предписаний врача причиной, вызывающей рецидив, может быть дисбаланс мышц голени, в частности, особенности прикрепления сухожилия передней большеберцовой мышцы.

" В зависимости от наличия тех или иных компонентов косолапости при рецидивах может понадобиться повторное наложение гипсовых повязок (от 1 до 3) и/или повторная ахиллотомия.

При рецидивах у детей старше трехлетнего возраста в качестве заключительного этапа лечения используется транспозиция (перемещение) сухожилия передней большеберцовой мышцы на латеральную клиновидную кость. Эта операция направлена на устранение причины рецидива, брейсы в дальнейшем не используются.

Стратегия общения с семьями о необходимости применения брейсов

" Семьи, которые лучше всего принимают ношение брейсов, это те семьи, которые прочитали о лечении косолапости по методу Понсети в Интернете и сами выбрали этот метод. Они приходят на прием к врачу уже ознакомленными со всеми этапами лечения, готовыми к нему. Наименее понимающие родители - это те, которые ничего не знают о методе Понсети и которых необходимо убеждать в эффективности этого метода. Наилучшая стратегия для обеспечения понимания - ознакомить родителей со своеобразной «культурой метода Понсети».

График наблюдения детей после гипсования по методу Понсети:

- через 2 недели (для решения проблем следования предписаниям),
- через 3 месяца (для постепенного уменьшения времени нахождения в брейсах),
- каждые 4 месяца до достижения возраста 3 лет (для контроля за соблюдением предписаний и диагностики рецидивов),
- каждые 6 месяцев до возраста 4 лет,
- каждый год или раз в 2 года до окончания роста.

При тяжелой форме деформации и неэффективности систематического консервативного лечения в течение 5—6 мес показано оперативное вмешательство [Мороз П.Ф., 1990].

Детей с врожденной косолапостью следует оперировать в возрасте 8—9 мес. Это диктуется необходимостью закончить все этапы лечения к тому моменту, когда ребенок начинает самостоятельно ходить. Устранение деформации к началу самостоятельного передвижения ребенка имеет большой смысл: 1) создаются благоприятные условия для дальнейшего развития всей нижней конечности; 2) появляется возможность выработать правильный динамический стереотип на правильную походку на исправленных стопах; 3) предотвращается развитие тяжелых изменений костно-суставного аппарата стопы.

В 1988 г. Н.Н.Маков и соавт. предложили новый способ хирургического лечения типичной формы врожденной косолапости у детей 1-го года жизни. Операцию отличает чрезвычайно высокая эффективность: хороший исход авторы получили у 93,7 % оперированных больных. При хирургическом лечении больных авторы исходили из результатов ранее проведенных ими исследований, которые показали, что основной причиной, удерживающей стопу в порочном положении у детей 1-го года, являются сухожильные влагалища глубокого слоя задней группы мышц голени, медиальная связка, капсулы суставов стопы. Сами сухожилия особой роли в формировании деформации не играют.

Техника операции следующая

Оперативное вмешательство осуществляют из двух разрезов. Первый S-образный разрез проводят по медиальной поверхности стопы от середины нижнего края медиальной лодыжки до I плюсневой кости. Вершину разреза проецируют на центр свода стопы. Обнажают сухожильные влагалища глубокого слоя задней группы мышц голени и производят их полное иссечение в пределах кожной раны. При этом целость сухожилий не нарушается. Иссекают медиальную связку, ее медиальные пучки и капсулы таранноладьевидно-клиновидного, первого клиноплюсневого суставов по передней и медиальной поверхностям. Рассекают мышцу, отводящую большой палец стопы, и, по показаниям, подошвенный апоневроз. Из второго разреза в проекции пяточного сухожилия обнажают его и удлиняют при помощи встречных Г-образных разрезов без наложения швов на сухожилие.

Вскрывают голеностопный и подтаранный суставы. После оперативного вмешательства стопа свободно выводится в положении гиперкоррекции.

О.А.Баталов и И.В.Мусихина (1988) для создания правильных взаимоотношений между таранной и пяточной костями после вмешательства на мягкотканном аппарате стопы, описанных выше, и выведения заднего отдела стопы в положение легкой гиперкоррекции фиксируют таранную и пяточную кости двумя спицами, концы которых выводят на боковые поверхности голени и загибают. Затем накладывают циркулярную гипсовую повязку, рассеченную по передней поверхности.

Хирургическую коррекцию деформации у детей в возрасте от 2 до 7 лет проводят с помощью операции по Зацепину. Операция получила признание среди хирургов как надежный способ устранения косолапости при ретракции и укорочении мышц и сухожилий медиальной поверхности голени и стопы. При наличии показаний к хирургическому лечению не следует затягивать с проведением операции, поскольку ходьба на деформированных стопах ведет к таким изменениям костносуставного аппарата, когда уже невозможно с помощью вмешательства на мягких тканях устранить порочное положение стопы.

Техника операции по Зацепину следующая

Вертикальный разрез через середину медиальной лодыжки начинают от подошвенной поверхности стопы и заканчивают на 2—4 см выше лодыжки. Обнажают сухожилия задней большеберцовой мышцы и длинного сгибателя II—V пальцев. Последние Z-образно рассекают для удлинения.

Следующий этап операции — рассечение медиальной связки, после чего делают разрез над отростком, поддерживающим таранную кость, и разрезают связки между таранной и пяточной костями.

Все остальные этапы операции производят из разреза по задневнутреннему краю пяточного сухожилия. Его Z-образно рассекают в сагиттальном направлении, причем от пятки отсекают медиальную половину, а латеральную — вверху около мышцы. Вследствие этого место прикрепления пяточного сухожилия смещается на пятку более латерально. После оттягивания концов сухожилия в стороны обнаруживается фасция голени сзади, ее рассекают точно по средней линии. Находят сухожилие длинного сгибателя большого пальца. По ходу сухожилия доходят до канала, образованного задней таранно-пяточной связкой и капсулой сустава.

Канал рассекают сзади, потом снаружи, благодаря чему вскрывается сустав между таранной и пяточной костями. После этого сухожилие длинного сгибателя большого пальца берут под наружный крючок, а сосудисто-нервный пучок отодвигают при помощи кохеровского зонда кнутри. Соблюдая осторожность, пересекают связки по внутренней стороне таранной кости, а также суставную сумку голеностопного и таранно-пяточного суставов.

После всех разрезов производят пробную коррекцию стопы. Если стопа не выводится в правильное положение, дополнительно рассекают межкостную связку между таранной и пяточной костями, а также частично сохранившиеся связки, обычно удерживающие таранную кость в заднем углу голеностопного сустава. Коррекция стопы нередко сопровождается сгибанием большого пальца. В этом случае производят удлинение длинного сгибателя большого пальца в нижнем отделе.

Операцию заканчивают сшиванием сухожилий, связки и капсулу не зашивают. После закрытия ран накладывают шинногипсовую повязку в среднем положении стопы. Через 10— 12 дней промокшую кровью повязку меняют, производя при этом небольшую гиперкоррекцию. Продолжительность фиксации конечности в гипсовой повязке 6 мес.

Исправление тяжелых форм врожденной деформации с резко выраженной аддукцией и супинацией у детей старше 8— 10 лет осуществляют при помощи дополнительных вмешательств на скелете стопы — клиновидной или серповидной (по Куслику) резекции стопы. У взрослого контингента больных хороший результат может быть достигнут с помощью тройного артродеза стопы, который предупреждает рецидив деформации.

Методика устранения деформации стопы при врожденной косолапости с одновременным удлинением по Илизарову следующая. Для устранения всех компонентов деформации через разрез мягких тканей длиной 1,5—2 см по наружной поверхности заднего отдела стопы производят V-образную остеотомию, одно сечение которой идет косо вверх через передний отдел пяточной кости и шейку таранной, а второе — от нижнего конца первого вверх к заднему краю таранно-пяточного сустава.

В нижней трети голени проводят две пары перекрещивающихся спиц, фиксируемых в кольцевых опорах. Через задний отдел пятки и плюсневые кости с учетом деформации проводят перекрещивающиеся спицы с упорными площадками, расположенными с внутренней стороны. Они фиксируются в полукольцах. Последние между собой и кольцами на голени соединяются стержнями с однои многоплоскостными шарнирами. Ими же осуществляются постепенные коррекционные взаимные развороты соответствующих отделов стопы с целью устранения всех компонентов деформации ее и последующего удлинения.

У больных с отдельными компонентами косолапости, обусловленной врожденным укорочением или деформацией костей голени, лечение начинают с выполнения корригирующей остеотомии укороченной или деформированной кости с последующей дистракцией в аппарате Илизарова. В случаях, когда причиной неправильного положения стопы является врожденный псевдоартроз голени, производят костно-пластические операции с одномоментным устранением деформации.

Литература:

Страничка университета штата Айовы:
http://www.uihealthcare.com/news/pacemaker/2002/fall/ponsetti.html
Вебсайт доктора Понсети:
http://www.vh.org/pediatric/patient/orthopaedics/clubfoot/index.html
Группа поддержки родителей:
http://groups.yahoo.com/group/clubfoot
http://messageboards.ivillage.com/iv-ppclubfoot
Сайты демонстрирующие лечение:
http://www.rfasyar.ru
http://www.datahaus.net/family/Graham/CF/
http://community-2.webtv.net/joybelle15/ROSESCLUBFOOTPAGE/
http://members.aol.com/vc11/

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!