

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОДОЛЬНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ Г. КЕМЕРОВО

Новгородцева М. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шабалдин Никита Андреевич
Кафедра детских хирургических болезней
Кемеровский государственный медицинский университет

Контактная информация: Новгородцева Маргарита Викторовна — студентка 6 курса Лечебного факультета.
E-mail: novgorodcevamargarita@gmail.com

Ключевые слова: плоскостопие, дети, хирургическая коррекция.

Актуальность исследования: плоскостопие — одно из наиболее часто встречающихся состояний в практике детского ортопеда, которое может давать стойкий болевой синдром, не купирующийся консервативными методами, что вынуждает использовать хирургические способы коррекции [1, 2].

Цель исследования: исследовать клинические и рентгенологические результаты хирургической коррекции плоскостопия у детей.

Материалы и методы: проведен анализ мобильного прогрессирующего и ригидных форм продольного плоскостопия 3 степени у детей на базе ГАУЗ КО ОДКБ с 2017 по 2019 года. Всего обследовано 80 детей (160 стоп). Возраст пациентов составил от 6 до 16 лет, средний возраст — 12 лет. Клинический осмотр выполнялся с использованием индекса позиции стопы FPI-6. Мобильность стопы определялась по результатам Jack-теста и пробы Штритера. Рентгенограмма выполнялась в стандартной боковой проекции с нагрузкой. Рассчитывались угол продольного свода стопы, угол наклона пяточной области, таранно-пяточный угол и высота продольного свода стопы

В качестве хирургической коррекции всем пациентам выполнялся подтаранный артролиз с использованием инструментария «footdoctor». Для оценки функциональных результатов проведено анкетирование по шкале клинической оценки заболеваний стопы и голеностопного сустава Американской Ассоциации Ортопедов Стопы и Голеностопного Сустава (AOFAS).

Статистический анализ выполнялся с использованием программы STATISTICA 10.0. Для оценки уровня значимости различий применялся критерий Фишера (результат считался достоверным при $p < 0,05$).

Результаты: сравнительный анализ показал статистически значимую разницу как в клинических, так и в рентгенологических показателях до и после хирургического лечения. Хирургическая коррекция способствовала не только увеличению подсводного пространства, но и выведению стопы из крайнего пронационного в нейтральное положение. Средний балл по данным FPI-6 до операционного вмешательства — +11 баллов; после — +2 балла. По данным рентгенологического исследования угол свода стопы после подтаранного артролиза уменьшился в среднем на 8,70 гр., высота свода стопы увеличилась на 7,7 мм. Исследование по данным опросника AOFAS отобразило прогрессирующее снижение болевого синдрома в послеоперационном периоде, увеличение резистентности к физической нагрузке. Средний балл AOFAS через 1 год — 98,5 баллов.

Выводы: длительно существующее, не поддающееся консервативному лечению, уплощение свода стопы, соответствующее третьей степени продольного плоскостопия, у детей является фактором риска раннего формирования стойкого болевого синдрома, нарушения биомеханики движений, артроза сустава Шопара. Коррекция свода стопы посредством выполнения подтаранного артролиза является малотравматичной методикой, способствующей снижению болевого синдрома, увеличения резистентности к физическим нагрузкам, улучшения качества жизни в целом.

Литература

1. Клинические рекомендации. Травматология и ортопедия детского и подросткового возраста / под ред. С.П. Миронова — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. Глава 8, с. 1–5
2. Кенис В.М., Лапкин Ю.А., Хусаинов Р.Х., Сапоговский А.В. Мобильное плоскостопие у детей (обзор литературы) // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2014. № 2. С. 44–54.