ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЯМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН

Веселов Александр Григорьевич, Васильева Ольга Николаевна, Терехина Елена Вячеславовна, Кемкин Вадим Викторович

Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет. г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

drveselov@bk.ru

Ключевые слова: врожденные заболевания сосудов; дети; металлоостеосинтез; гигантизм стоп.

Актуальность проблемы. Гигантизм стоп у детей, являющийся следствием аномалии развития кровеносных сосудов, т.н. «ложный» гигантизм является заболеванием, течение и тактика лечения которого отличаются от подобных при истинном гигантизме наличием аномально развитых сосудов. Эти пороки вызывают разнообразные изменения в опорно-двигательном аппарате, хирургическая коррекция их производится редко и в основном без учета типа и степени тяжести поражения сосудистого русла.

Пороки развития стоп отмечаются при следующих поражениях сосудов: 1. дисплазии поверхностных вен, 2. дисплазии глубоких вен (с-м Клиппеля — Треноне), 3. артериовенозной дисплазии, 4. лимфэдеме, 6. смешанных формах. Развитие вен нижних конечностей проходит в два периода. Первый период — эмбриональный. Второй период — фетальный. В зависимости от момента воздействия тератогенного фактора различают эмбриональный и фетальный типы пороков развития венозного русла. Различные типы формирования гигантизма стоп связаны с вариантами указанной патологии. При эмбриональном типе дисплазии магистральных вен различают легкую, среднюю, тяжелую и крайне тяжелую степени. Изменения в опорно — двигательном аппарате имеют место при средней, тяжелой и крайне тяжелой степенях, но наиболее выражены при наличии тяжелой или крайне тяжелой степени.

Наиболее выраженные изменения нижних конечностей, в основном стоп — увеличение их размеров и структуры тканей, отмечается при дисплазии магистральных вен эмбрионального типа — синдроме Клиппеля — Треноне. Отличительными от врожденного гигантизма признаками являются выраженные изменения кожных покровов — атипичные подкожные сосуды, гладкие и рельефные сосудистые пятна, участки гиперкератоза, гипергидроз.

Цель исследования. Оценить эффективность фиксации металлическими конструкциями соседних плюсневых костей при уменьшении межплюсневого промежутка в случаях уменьшения поперечного размера переднего отдела стопы. Выработать систему оказания хирургической помощи и последующего ортопедического снабжения с учетом особенностей, связанных с патологией сосудов.

Материалы и методы. За 5 лет нами наблюдалось 26 детей с дисплазией магистральных сосудов нижних конечностей. Из них 12 пациентов с дисплазией магистральных вен эмбрионального типа были оперированы. Выполнялось удаление

Результаты. Оперативное лечение проведено 12 пациентам. Это пациенты с превалированием гигантизма передних отделов стоп. Выполнялось удаление второго гигантского «луча» стопы. Первая и третья плюсневые кости сближались на максимально возможное расстояние. Через 8 недель гипсовая иммобилизация отменялась и детям разрешалось ходить с частичной опорой на оперированную стопу. Пластины удалялись через 8–12 месяцев. Хороший результат у десяти пациентов, удовлетворительный результат у одного и один неудовлетворительный. Лимфатическая недостаточность — один ребенок. Получен хороший результат. Политканевая дисплазия тканей — один ребенок. Получен удовлетворительный результат.

Выводы. При подготовке к оперативному вмешательству на опорно — двигательном аппарате помимо стандартного обследования необходимо проведение флебографии или КТ ангиографии, а также учитывать состояние гемокоагуляционного потенциала. Хирургическая коррекция стоп с применением металлических конструкций при уменьшении межплюсневых промежутка в случаях уменьшения поперечного размера переднего отдела стопы показана пациентам, страдающим гигантизмом переднего отдела стопы при средней и тяжелой степени эмбрионального типа поражения магистральных вен, поскольку они характеризуются наличием выраженного гигантизма. В послеоперационном периоде формируются плотные фиброзные связи между 1 и 3 плюсневыми костями благодаря стабильной фиксации пластиной, соединяющей данные кости. Необходимо отметить, что в послеоперационном периоде требуется фиксация стопы гипсовой лонгетой в течение не менее 8 недель с целью формирования прочных фиброзных связей между плюсневыми костями. По окончании сроков внешней фиксации пациентам разрешается ходить на костылях с опорой на оперированную стопу на костылях. Через 4 недели костыли отменяются и ребенок ходит самостоятельно с равномерной нагрузкой на стопы. Пластины удалялись через 1 год после операции.

Данная методика обеспечивает стабильную фиксацию 1 и 3 плюсневых костей, способствующую быстрейшему формированию прочных межкостных фиброзных связей и позволяет отказаться от использования костного межкостного трансплантата. Благодаря этому, нагрузка на стопу возможна уже через 2 месяца после операции.