

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть

11 июля 2008 г.

Регистрационный № 020-0308

**МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭКВИНУСНЫХ
ДЕФОРМАЦИЙ СТОП У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ
ПАРАЛИЧОМ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Гродненский государственный
медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. С.И. Болтрукевич, канд. мед. наук
В.С. Аносов, Л.З. Сычевский, канд. мед. наук, доц. В.В. Лашковский

Гродно 2008

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Комплект инструментария общехирургического.
2. Гипсовые бинты.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Наличие у больных детским церебральным параличом (ДЦП) эквинусных деформаций стоп с ограничением пассивной дорсифлексии менее 10° при согнутом коленном суставе.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Дистонически-атетоидная форма детского церебрального паралича.
2. Выраженные контрактуры коленных и тазобедренных суставов при спастической ди- и тетраплегии.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Предлагаемый метод оперативного лечения состоит из двух этапов:

Клинический этап

На данном этапе проводится клиническое обследование пациента, по показаниям выполняется рентгенологическое исследование, видеотэйпирование с анализом ходьбы, фотоплантоскопия и компьютерная подошвенная динамическая педобарография.

Клиническое обследование включает: изучение анамнеза и результатов предшествующего лечения, жалоб, общий осмотр стопы, выполнение клинических функциональных исследований, основным из которых является тест Сильверскельда, дифференцирующий укорочение икроножной и камбаловидной порций трехглавой мышцы голени. При проведении этого теста заднему отделу стопы придается положение легкого варуса и производится ее пассивная дорсифлексия. Уменьшение максимальной дорсифлексии до угла $<10^\circ$ (угла необходимого для совершения нормального переката стопы) при разогнутом коленном суставе свидетельствует об укорочении икроножной порции, а уменьшение максимальной дорсифлексии до угла $<10^\circ$ при согнутом до 90° коленном суставе свидетельствует об укорочении обеих порций трехглавой мышцы голени (рис. 1).

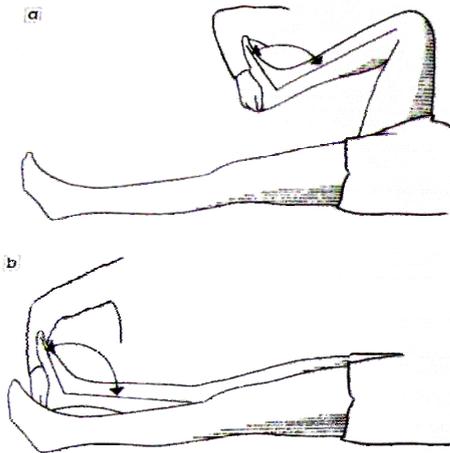


Рис. 1. Тест Сильверскельда

Оперативному лечению по предлагаемой методике подлежат деформации с ограничением пассивной дорсифлексии менее 10° при согнутом коленном суставе.

Технология применения метода хирургической коррекции эквинусных деформаций стоп у больных детским церебральным параличом

Оперативное вмешательство выполняется под общим обезболиванием, в положении пациента на животе или на боку с обескровливанием конечности двойным жгутом. Из короткого (2–2,5 см) поперечного доступа, подобного Цинциннати, в области голеностопного сустава обнажается ахиллово сухожилие у места прикрепления к пяточному бугру (рис. 2).



Рис. 2. Операционный доступ

Сухожилие отсекается как можно дистальнее с участком хряща, не выделяется из оболочек, а мобилизуется вместе с ними, прошивается с двух сторон двумя грубыми нитями швом типа Кесслера. В пяточной кости, сразу позади капсулы подтаранного сустава, проделывается поперечный паз грубым скальпелем (у детей младше 8 лет) или стамеской (вручную, без применения молотка у детей старше 8 лет) (рис. 3).



Рис. 3. Отсечение ахиллова сухожилия от пяточного бугра, прошивание ахиллова сухожилия и проделывание паза в пяточной кости

С помощью крутой, толстой режущей иглы отсеченное сухожилие подтягивается и реинсерцируется в проделанный паз кпереди на пяточную кость (рис 4).

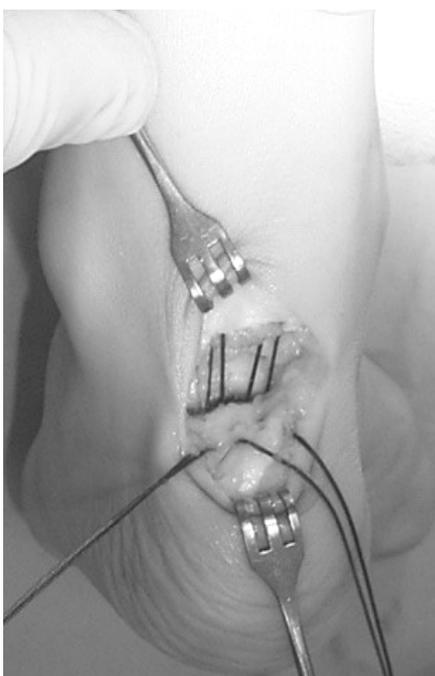


Рис. 4. Реинсерция ахиллова сухожилия кпереди

Пяточная кость — губчатая, и прокалывание ее режущей иглой в 4-х местах не вызывает трудностей даже у подростков, обеспечивает прочную фиксацию и хорошую адаптацию конца Ахилла в пазу. Концы нитей завязываются на кортикальной пластине 2-мя узлами.

Если стопа не выводится до 0-положения при разогнутом коленном суставе, операция дополняется рассечением икроножной мышцы в мышечно-сухожильной части (по Страйеру или Вульпеусу). Рана ушивается. Накладывается разрезная циркулярная гипсовая повязка в 0 положении.

Послеоперационный период. Швы снимаются на 10-е сутки, гипсовая повязка — через 5–6 недель после операции.

В дальнейшем больному рекомендуются различные ортопедические пособия: ортезы для ночного сна, ортопедическая обувь или аппараты. Проводится реабилитационное лечение, включающее ЛФК, массаж, ФТЛ.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Технические погрешности при фиксации ахиллова сухожилия к пяточной кости, что может привести к его отрыву при наложении гипсовой повязки или в раннем послеоперационном периоде.

2. Гипо- или гиперкоррекция.