

Наиболее частые случаи возникновения синовиальных кист зафиксированы у женщин исследуемой группы в возрасте до 20 лет. Данное заболевание не входит в число распространённых и чётко определить истинную причину его возникновения не представляется возможным. Можно предположить, что кисты возникают на фоне ряда других заболеваний и провоцирующих факторов, которые из года в год «молодеют». Например, артрит, ревматизм, инфекционные и воспалительные процессы, малоподвижный образ жизни, чрезмерные мышечные нагрузки.

Список литературы:

1. Дривотинов, Б. В. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника : учеб.-метод. пособие / Б. В. Дривотинов, В. Г. Логинов. – Минск : БГМУ, 2011. – 111 с.
2. Чепой, В. М. Воспалительные и дегенеративные заболевания позвоночника / В. М. Чепой. – М. : Медицина, 1978. – 212 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОДОЛЬНОГО ДВУХСТОРОННЕГО ПЛОСКОСТОПИЯ ДО И ПОСЛЕ КОРРИГИРУЮЩЕГО ЛАТЕРАЛЬНОГО АРТРОРИЗА ПОДТАРАННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ 8-17 ЛЕТ

Ковалев И. В., Жданович В. Н., Кузьменко А. В.

Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время плоскостопие является одним из наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей. Плоскостопие характеризуется уплощением продольного свода стопы, что нарушает нормальное функционирование суставов стопы, а также тазобедренного и коленного суставов, что в конечном итоге приводит к нарушению походки, усталости при ходьбе и изменению формы стопы. Также могут возникнуть дополнительные осложнения, такие как: артроз, артрит. Несвоевременное выявление и лечение могут только ухудшить ситуацию.

Плоскостопие встречается у 35% мальчиков и 20% девочек в возрасте от 5 до 13 лет, при этом распространенность плоскостопия находится в прямой зависимости с наличием у ребенка избытка веса: плоскостопие встречается у 27% детей с нормальным индексом массы тела (ИМТ), у 31% с избыточным весом и у 56% детей с ожирением. Продольное плоскостопие выявляется у большинства детей и по крайней мере у 15-20 % взрослого населения [1,2].

По этиологии плоскостопие делится на:

1. Врожденное – плоскостопие с врожденной неполноценностью опорно-двигательного и костного аппарата стопы. У детей в возрасте до 4 лет свод стопы еще не сформирован, и уплощение носит физиологический характер. Врожденное плоскостопие трудно установить ранее 5-6 летнего возраста [3].

2. Паралитическое – плоскостопие, вызванное параличом мышц, поддерживающих свод стопы. Оно развивается в результате детского рахита, полиомиелита и других нейроинфекций, вызывающих вялый паралич икроножных мышц и мышц стопы [3].

3. Статическое – это плоскостопие, которое возникает из-за слабости мышц голени и стопы, связочного аппарата и костей. Это наиболее распространенный тип плоскостопия. Развивается из-за увеличения веса, длительной работы стоя, недостаточной тренированности у людей с сидячими профессиями, перегрузки ног, особенно в период роста, а также ношения неудобной обуви [3].

4. Травматическое – плоскостопие, возникающее вследствие переломов лодыжек, пяточной кости, предплюсневых костей [3].

Применение консервативного метода лечения чаще всего безуспешно. Корректирующий латеральный артрориз подтаранного сустава (КЛАПС) является малоинвазивной коррекцией продольного плоскостопия у детей. Метод КЛАПС является весьма перспективным направлением малоинвазивных методов оперативного лечения нефиксированной формы плоскостопия у детей в связи с коротким реабилитационным периодом, малым количеством послеоперационных осложнений.

Цель и задачи исследования. Провести сравнительный анализ степени тяжести плоскостопия у мальчиков и девочек 8-17 лет до и после корректирующего латерального артрориза подтаранного сустава.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 60 медицинских карт пациентов, проходивших лечение в травматолого-ортопедическом отделении в У «Гомельская областная детская клиническая больница» с клиникой двустороннего продольного плоскостопия 2-3 степени за период с 2020 по август 2022 года. Среди исследуемых пациентов было 42 мужчин (70%) и 18 женщин (30%). Средний возраст пациентов составил $11,7 \pm 1,36$ лет, минимальный возраст – 8 лет, максимальный – 17. Статистическая обработка данных проводилась в программе Microsoft Excel 2016 и на языке программирования R. Критический уровень значимости при статистической обработке $p=0,05$.

Метод исследования – эмпирический.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка степени плоскостопия у авторов разнятся. Рентгенологическую оценку плоскостопия будем проводить по таблице из книги Кавалерского «Травматология и ортопедия». [3].

Таблица 1. Рентгенологическая оценка степени продольного плоскостопия

Степень плоскостопия	Угол продольного свода, град	Высота продольного свода стопы, мм
Нормальная стопа	125-130	39-36
Плоскостопие I степени	131-140	35-25
Плоскостопие II степени	141-155	24-17
Плоскостопие III степени	>155	<17

Установлено, что до операции из 60 пациентов у 12 (20%) – II степень плоскостопия, у 34 (56,7%) III степень плоскостопия, у 14 (23,3%) пациентов степень плоскостопия на двух стопах разная. Процентное соотношение патологических состояний при плоскостопии представлено на рисунке 1.

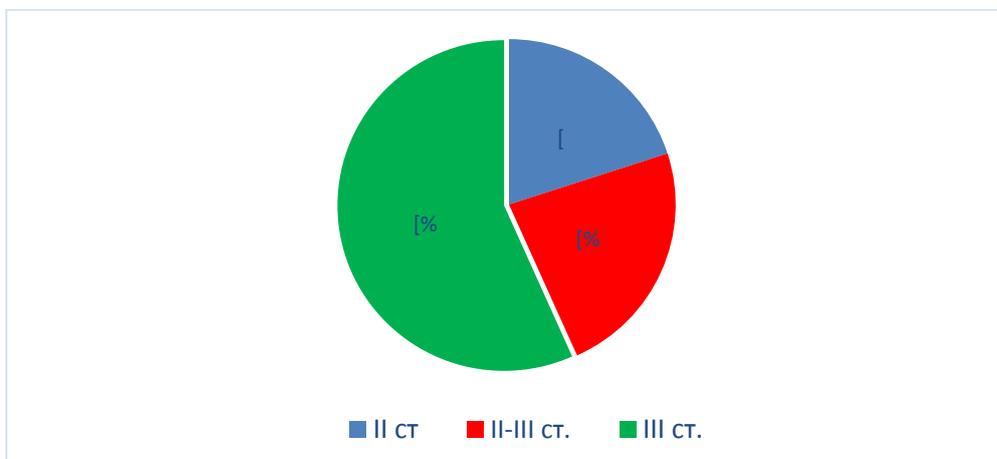


Рисунок 1. – Процентное соотношение количества пациентов в зависимости от степени

Идея метода КЛАПС состоит в имплантации спонгиозного винта в латеральный отросток тела таранной кости, вследствие чего блокируется избыточная пронация подтаранного сустава, которая является основной биомеханической причиной нефиксированной формы плоскостопия. Оперативную коррекцию нефиксированной формы плоскостопия у детей выполняют сразу на обеих стопах. Благодаря малоинвазивному доступу в области тарзального синуса, отсутствию необходимости применения сложного инструментария и оборудования операция отличается простотой и малотравматичностью, что сокращает период послеоперационной реабилитации [5].

Результаты оперативного лечения представлены на рисунке 2.

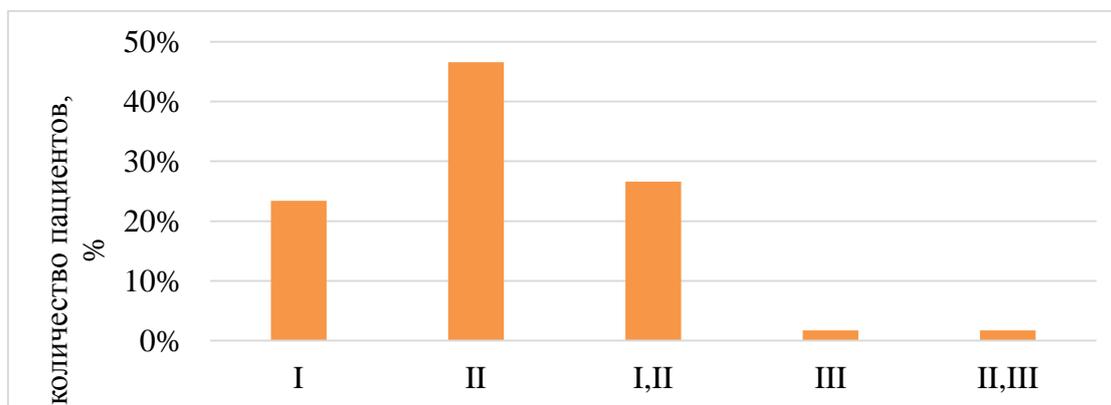


Рисунок 2. – Эффективность КЛАПС

У 28 пациентов (46,6%) стопа после операции приобрела II степень плоскостопия, у 16 пациентов (26,6%) стопа приобрела I-II степень

плоскостопия, у 14 пациентов (23,4%) стопа приобрела I степень плоскостопия и у двух пациентов стопы приобрели II-III (1,7%) и III (1,7%) степень плоскостопия.

Данные результаты говорят о высокой эффективности КЛАПС.

Во многих литературных источниках пишут, что статистический тип плоскостопия самый распространенный и было принято решение проверить зависимость угла продольного свода стопы от индекса массы тела.

Результаты исследования представлены на рисунке 3 и 4.

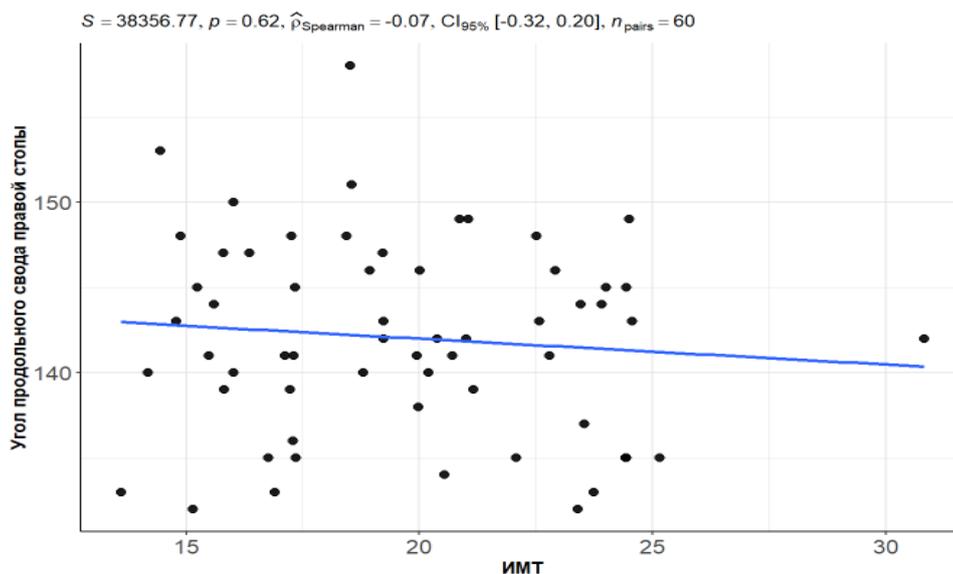


Рисунок 3. – Зависимость угла продольного свода правой стопы от значения ИМТ (мальчики и девочки)

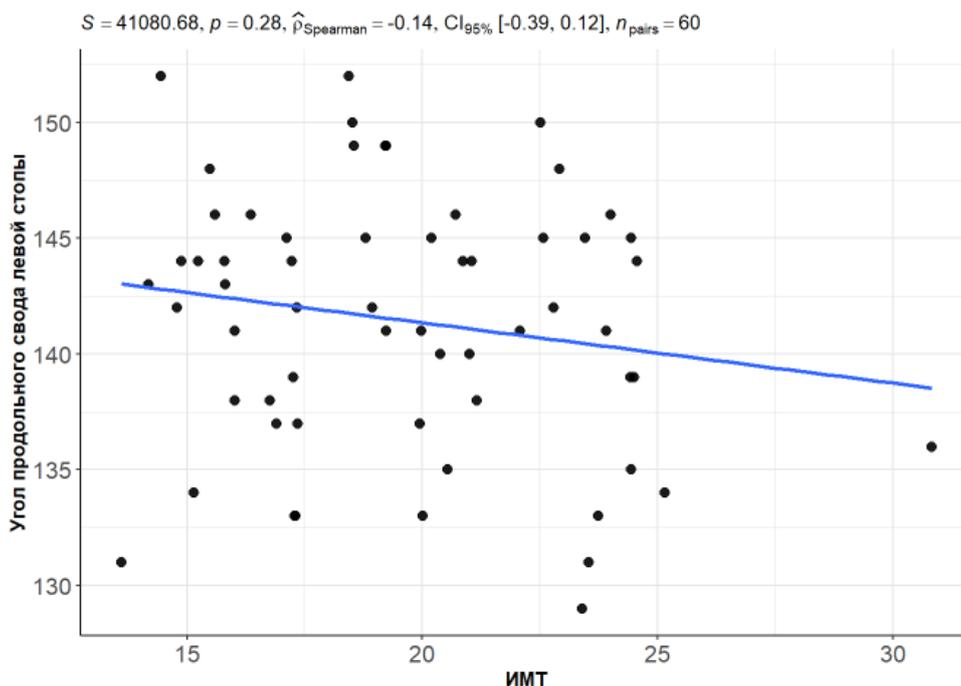


Рисунок 4. – Зависимость угла продольного свода левой стопы от значения ИМТ (мальчики и девочки)

Опираясь на статистические данные, мы видим, что в первом случае $p=0.62$, а во втором $p=0.28$. В обоих случаях p больше $0,05$, соответственно можно сделать вывод, что нет зависимости и у большинства пациентов плоскостопие было не врожденным, а статистическим и было приобретено не из-за избыточной массы тела, а из-за перегрузки стоп в период роста организма и ношения неудобной обуви.

Выводы:

1. Большинство пациентов прибывшие для лечения плоскостопия имели III степень (56,7%), со II-III степенью на разных стопах (23,3%), со II степенью (20%).

2. Основной причиной развития уплощения продольного свода стопы (статического плоскостопия) является ее физическая перегрузка, особенно в период активного роста тела (возраст пациентов 8 -17 лет).

3. Корректирующий латеральный артрит подтаранного сустава (КЛАПС) является высоко эффективным малоинвазивным способом лечения плоскостопия с очень быстрым послеоперационным восстановлением. Метод дает возможность большинству обратившихся пациентов остановить необратимый процесс деформации стоп и тем самым улучшить качество жизни.

Список литературы:

1. Затравкина, Т. Ю. Плоскостопие у детей: этиопатогенез и диагностика / Т. Ю. Затравкина, С. А. Рубашкин, М. М. Дохов / Саратовский научно-медицинский журнал. – 2018. – № 14 (3). – С. 389–395.

2. Мобильное плоскостопие у детей (обзор литературы) / В. М. Кенис [и др.] //Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2014. – Т. 2, №. 2. – С. 44-54.

3. Дегтерев, Д. А. Плоскостопие. Актуальные вопросы / Д. А. Дегтерев, Л. А. Цыбезова // Мануальная терапия. – 2008. – №. 1. – С. 83-86.

4. Травматология и ортопедия: учебник для студ. высш. учеб заведений / Г. М. Кавалерский [и др.]. – М. : Издательский центр «Академия», 2005. – 624 с.

5. Кошман, Г. А. Метод корректирующего латерального артритоза для лечения плоскостопия у детей / Г. А. Кошман, В. С. Аносов, Л. З. Сычевский / Сборник материалов областной юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию с момента организации специализированной ортопедо-травматологической помощи в Гродненской области, 2016. – С. 82-87.