

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России



Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО
Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор - Прокопенко Семен Владимирович

Реферат на тему: «Вальгусная деформация стоп»

Выполнил:
Клинический ординатор
Петров Кирилл Владимирович

Проверила:
Кафедральный руководитель ординатора
КМН, Симакова Любовь Николаевна

Красноярск, 2019г.

Содержание.

1. Введение
2. Этиология
3. Причины
4. Клиническая картина
5. Методы диагностики
6. Лечение
7. Список литературы

M21.0 Вальгусная деформация, не классифицированная в других рубриках

Плоско-вальгусная деформация стопы – деформация стопы, заключающаяся в снижении ее продольного свода на фоне дисфункции сухожилия задней большеберцовой мышцы.

Введение.

Сложная функция стопы осуществляется благодаря ее сводчатому строению (продольный и поперечный своды), функциональная способность стопы зависит не столько от высоты свода, сколько от пружинящих свойств и устойчивости этих рессор как единого целого. В этом случае тряску при ходьбе вынужден компенсировать позвоночник, а также суставы ног (голеностопный сустав, коленный сустав и тазобедренный сустав). По своей природе они для этой функции не предназначены, и поэтому справляются с ней довольно плохо и быстро выходят из строя. При плоскостопии первую нагрузку в роли амортизатора берут на себя коленные тазобедренные суставы (это проявляется болью в суставах, проявлением артроза). Боль вызвана патологической перегрузкой, так как эти суставы не предназначены для выполнения роли амортизаторов. В суставах, подверженных постоянной перегрузке, со временем происходят необратимые дегенеративно-дистрофические изменения. Появляются боли, ограничение движений, щелканье суставов, различные деформации и асимметрии длины конечностей. Одновременно с суставами увеличивается нагрузка на позвоночник, который реагирует появлением таких заболеваний как остеохондроз, межпозвонковые грыжи дисков, радикулит, сколиоз. У детей же в период интенсивного роста организма в 3 – 6 месяцев и 1, 3 – 5 лет – происходит дифференциация формы и структуры костей. Неокрепший костный аппарат, соединенный еще чересчур растяжимыми связками, а также слабые мышцы являются причиной значительных колебаний высоты продольных сводов стопы при нагрузке. Это способствует возникновению статических деформаций стоп, которые могут привести к расстройству статики и кинематики. У детей этого возраста в период обучения ходьбе возникают условия для развития плоско - вальгусной деформации, так как для увеличения площади опоры и удержания тела в равновесии ребенок широко расставляет ноги, опираясь на внутренние отделы стопы. Стопа состоит из 26 костей (7 костей предплюсны, 5 плюсневых костей и 14 фаланг пальцев), соединенных между собой связочным аппаратом и мышцами (короткими и длинными – сгибателями и разгибателями стопы).

Этиология.

Врожденная плоская стопа (11,5% среди других заболеваний стопы) встречается редко. Причиной могут быть пороки развития зачатка, амниотические перетяжки и др. Она сочетается с вальгусной деформацией стопы.

Рахитическое плоскостопие. В результате заболевания снижается сопротивляемость костей механической нагрузке, ослабляется мышечно-связочный аппарат. Стопа податлива к действию механической нагрузки в период роста ребенка, развивается типичная плосковальгусная деформация. Необходима профилактика и лечение рахита как основного заболевания сочетать с профилактикой и лечением плоскостопия.

Паралитическое плоскостопие является следствием перенесенного полиомиелита, и степень плоскостопия находится в прямой зависимости от степени паралича и количества пораженных мышц. Плосковальгусная деформация чаще развивается при параличе одной или обеих большеберцовых мышц при удовлетворительной функции других мышц голени.

Травматическая плоская стопа чаще развивается в результате переломов костей предплюсны или неправильно сросшегося перелома типа Дюпюитрена.

Статическое плоскостопие – один из распространенных видов плоскостопия. У детей основными причинами его являются снижение тонуса мышц, чрезмерное утомление в связи с длительным пребыванием на ногах. Основными элементами, поддерживающими продольный свод стопы, являются передняя, задняя большеберцовые мышцы, сгибатели стопы и длинный разгибатель большого пальца. Ослабление этих мышц ведет к опущению внутреннего края стопы, связочный аппарат при этом растягивается, ладьевидная кость смещается книзу и кнутри, пяточная кость пронируется. Происходит вторичное изменение капсулы голеностопного сустава: в наружном отделе она сморщивается, по внутренней поверхности растягивается.

Причины.

- дисплазия соединительной ткани (около 80% всех случаев), причинами которой являются несбалансированный, неполноценный рацион

питания и неблагоприятная экологическая обстановка в районе проживания;

- рахит – патологическое развитие костей, мышц и связок вследствие недостатка солей извести и метаболических нарушений;
- избыточный вес – слишком большая масса тела дает чрезмерную нагрузку на связочный аппарат нижних конечностей;
- эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз);
- детский церебральный паралич (ДЦП);
- полиомиелит (высокозаразная патология нервной системы);
- полинейропатия нижних конечностей (поражение периферических нервов);
- мышечная дистрофия (истощение мышечных тканей);
- наследственная предрасположенность;
- длительная иммобилизация суставов и костей после травматических повреждений (ношение гипса, ортеза);
- дисплазия (неполноценность) или вывих тазобедренного сустава;
- слишком ранняя постановка ребенка на ноги (раннее обучение самостоятельной ходьбе).

Клиническая картина.

Вальгус стопы у детей начинает проявляться к годовалому возрасту. Ребенок делает первые шаги. Родители замечают, что малыш наступает не на всю стопу, а на ее внутренний край. Когда он стоит, видно, что ноги в области коленных суставов сходятся вместе, а пятки отстоят друг от друга (X-образная форма, «целующиеся коленки»). Даже когда ребенок заводит одно колено за другое, лодыжки не смыкаются.

Ранний признак – усталось к концу дня и боль в икроножных мышцах. Затем у ребенка нарастают боли при стоянии и ходьбе. Отмечается боль в области свода стопы, в таранно – ладьевидном суставе и мышцах голени, при резком вальгировании стопы – боль в области внутренней лодыжки, а при явлениях неврита подошвенного нерва – на подошве, по задней поверхности

внутренней лодыжки и на голени с переходом на заднюю поверхность бедра (по ходу седалищного нерва).

При осмотре определяется удлинение стопы, расширение ее средней части, уплощение продольного свода, отклонение пятки кнаружи. Ребенок стаптывает обувь с внутренней стороны подошвы и каблука.

Вальгус стопы у детей начинает проявляться к годовалому возрасту. Ребенок делает первые шаги. Родители замечают, что малыш наступает не на всю стопу, а на ее внутренний край. Когда он стоит, видно, что ноги в области коленных суставов сходятся вместе, а пятки отстоят друг от друга (Х-образная форма, «целующиеся коленки»). Даже когда ребенок заводит одно колено за другое, лодыжки не смыкаются.

Методы диагностики.

Кроме клинических признаков, существует ряд способов, помогающих определить степень выраженности плоскостопия. К ним относятся плантография, подометрия, клинический и рентгенологический методы исследования.

Плантография – определение степени выраженности плоскостопия с помощью отпечатков. Больному смазывают подошвенную поверхность стоп раствором метиленового синего, затем он встает на чистый лист бумаги с полной нагрузкой на стопы. Соотношение ширины нагружаемой и ненагружаемой частей подошвы в среднем отделе стопы характеризует степень плоскостопия (от 0 до 1 – норма, от 1,1 до 2 – уплощение свода, больше 2 - плоскостопие).

Метод подометрии по Фридланду – это определение процентного соотношения высоты стопы и ее длины, т. е. высоту свода в миллиметрах умножают на 100 и делят на длину стопы от кончика большого пальца до задней окружности пятки в миллиметрах. Подометрический индекс по Фридланду в норме 31-29, индекс 29-27 указывает на снижение свода стопы.

Клинический метод измерения плоскостопия состоит в построении треугольника с основанием, равным расстоянию от головки I плюсневой кости до пяточного бугра. Вершина треугольника находится на верхушке внутренней лодыжки, один катет доходит до вершины пяточного угла, другой – до головки I плюсневой кости. В норме высота свода равна 55-60 мм. с углом 95 градусов.

Рентгенологический метод состоит в том, что на боковой рентгенограмме стопы соединяют вершину пяточного бугра с головкой I плюсневой кости, а вершина треугольника приходится на нижний край ладьевидной кости, угол при вершине в норме должен составлять 120-130 градусов. Высота свода равна длине перпендикуляра, опущенного из вершины треугольника на основание, в норме она должна равняться 35 мм.

Степени заболевания:

1 степень. Градус отклонения от вертикальной оси не более 15. Это начальная стадия, которая хорошо поддается коррекции. После лечения стопа становится абсолютно нормальной.

2 степень. Стопы вывернуты на 15–20 градусов. При консервативном лечении прогноз благоприятный.

3 степень. Отклонение от 20 до 30 градусов. Лечение комплексное и длительное. При должном подходе результат положительный.

4 степень. Уровень отклонения более 30 градусов. Консервативные лечебные мероприятия могут не дать эффекта. Примерно в 7% случаев выполняется хирургическое вмешательство.

Лечение.

Перед консервативным лечением стоит задача — сформировать правильный свод стопы, укрепив мышцы и связки.

- ЛФК
- лечебный массаж
- гидрокинезотерапия
- ортезотерапия
- физиотерапевтические процедуры (иглорефлексотерапия, магнитотерапия, электрофорез, аппликации с озокеритом (природный углеводород, парафинотерапия и т. д.)
- ванны для ног

Оперативное вмешательство.

Метод лечения по Ф.Р. Богданову состоит в экономной резекции пяточно-кубовидного и таранно-ладьевидного суставов для их артророзирования в корригированном положении продольного и поперечного сводов стопы с одновременным удлинением сухожилия короткой малоберцовой мышцы, пересадкой сухожилия длинной малоберцовой мышцы на внутреннюю поверхность стопы под пяточно-ладьевидной связкой, а также удлинением пяточного сухожилия с устранением пронации пятки и отведения переднего отдела стопы.

Метод лечения по М.И.Куслику состоит в серповидно-поперечной резекции стопы с удлинением пяточного сухожилия и пересадкой сухожилия длинной малоберцовой мышцы на внутренний край стопы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аулик, И.В. Как определить тренированность спортсмена/ И.В.Аулик. – М.: Физкультура и спорт, 1977. – 102 с.
2. Аулик, И.В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте/ И.В.Аулик.– М.: Медицина, 1979. – 243 с.
3. Гамза, Н.А. Основы врачебно – педагогических наблюдений / Н.А. Гамза. – Минск, 2004. – 46 с.
4. Граевская, Н.Д. Спортивная медицина: Курс лекций и практические занятия [Текст]: учебное пособие: в 2 ч. Ч.1 / Н.Д. Граевская, Т.И. Долматова. – 2-е изд., стереотип. – М.: Советский спорт, 2008.- 304 с.
5. Детская спортивная медицина: Руководство для врачей / под общ. ред. С.Б. Тихвинского, С.В. Хрущева. – М.: Медицина, 1991. – 560 с.
6. Карпман, В.Л. Исследование физической работоспособности у спортсменов/. В.Л. Карпман, З.Б. Белоцерковский, И.А. Гудков И.А. – М.: Физкультура и спорт, 1974. – 93 с.
7. Карпман, В.Л. Тестирование в спортивной медицине/ В.Л. Карпман, З.Б. Белоцерковский, И.А. Гудков И.А. – М.: Физкультура и спорт, 1988. – 208 с.
8. Макарова, Г.А. Спортивная медицина: учебник / Г.А.Макарова. – М.: Советский спорт, 2003. – 480 с.
9. Спортивная медицина: Учеб. для ин-тов физ. культ./ под общ. ред. В.Л. Карпмана. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 304 с.
10. Спортивная медицина / под общ. ред. А.В. Чоговадзе, Л.А. Бутченко. – М.: Медицина, 1984. – 384 с.