

©В.И. Шевцов, Г.Р. Исмаилов, 1997.

Оперативное лечение больной с врожденной рецидивирующей косолапостью на основе управляемого чрескостного остеосинтеза

В.И. Шевцов, Г.Р. Исмаилов

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган
(Генеральный директор — академик РАМТН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель наук РФ В.И. Шевцов)

Патология стоп - тяжелый недуг, при котором нарушается как динамическая, амортизирующая, так и опорная функция, а также возникают затруднения при ношении обуви.

Лечение данной категории больных традиционными способами сопровождается большим количеством осложнений и неудовлетворительными исходами (от 41 до 70 %), а в большинстве случаев (при деформациях - в 50 %, при врожденной аномалии развития и дефектах костей стопы - в 100%) их лечение не представляется возможным.

Поэтому разработка новых эффективных способов лечения патологии стоп и устройств для их осуществления, направленных на устранение всего симптомокомплекса, является актуальной задачей, решение которой стало возможным с внедрением в практику метода компрессионно-дистракционного остеосинтеза.

Приводим одно из клинических наблюдений лечения данной патологии в клинике Центра: больная Н., 27 лет, поступила в РНЦ "ВТО" им. академика Г.А. Илизарова в отделение "патологии кисти и стопы" с диагнозом: врожденная рецидивирующая косолапость, укорочение левой нижней конечности 4 см, укорочение стопы 8 см, эквино- (180°) варусно- (65°) приведенная (50°) стопа, анкилоз голеностопного сустава в порочном положении и суставов стопы. Кроме того, у пациентки наблюдалась варусно-молоткообразная деформация пальцев, контрактура, опущение ампутационной культи первой плюсневой кости, ампутация первого пальца, хронический остеомиелит, внутренняя ротационная деформация стопы по отношению к голени 40°, обширные истонченные рубцы, спаянные с костью в области голеностопа и стопы слева (рис. 1 а, б).

Больная с рождения. Безуспешно лечилась консервативно: бинтование, гипсование, 6 раз оперирована. В процессе лечения отмечался некроз мягких тканей левой стопы, по поводу чего произведена ампутация первого пальца. В 1995г. по месту жительства предложена ампута-

ция стопы с дальнейшим протезированием, от которой больная категорически отказалась.

Больная поступила для обследования и лечения в РНЦ «ВТО» с жалобами на деформации, боли, на невозможность ношения обычной обуви (больная с детства ходит в ортопедической обуви и с одной тростью). Ей была произведена операция: углообразная остеотомия корня левой стопы, остеотомия берцовых костей для удлинения голени, остеотомия основания первой плюсневой кости, фиксация пальцев трансартикулярными спицами, остеосинтез аппаратом Илизарова. На 4 сутки после операции начата дистракция по 1мм в день, продолжавшаяся в течение 55 суток.

В процессе лечения одновременно закрыто устранены деформации пальцев стопы. Через 3 недели спицы из пальцев удалены и больная активно занималась ЛФК.

В процессе фиксации, которая длилась 30 суток, больная ходила без дополнительных средств опоры, полностью нагружая конечность.

Послеоперационный период протекал гладко, раны зажили первичным натяжением.

Достигнуто удлинение голени на 4см, стопы - на 7 см, уравнены длины сегментов, устранены имевшиеся деформации (рис. 2 а, б).

При снятии аппарата произведена местная кожная пластика с иссечением ранее имевшегося келлоидного рубца в области подошвы стопы.

Достигнутый результат лечения изучен в срок 1 год, оценивается положительно: положение стопы в нормокоррекции, длины конечностей уравнены, больная жалоб не предъявляет, ходит в обычной обуви, без дополнительных средств опоры и работает на прежней работе (рис. 3 а,б); (рис.4 а,б); (рис. 5 а,б,в).

Таким образом, метод и аппарат Илизарова позволяет устранить любые деформации стопы, независимо от величины компонентов деформации и наличия рубцовых изменений мягких тканей с одновременным удлинением ее, благодаря малотравматичности и универсальности объема коррекции.

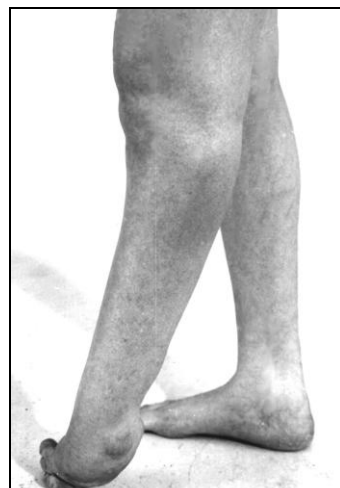
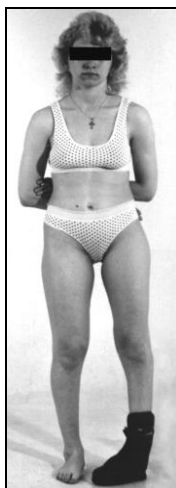


Рис 1а. Больная Н. до лечения



Рис. 1б. Рентгенограмма больной Н. до лечения.

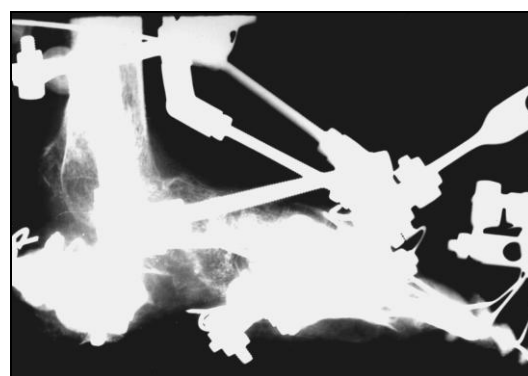
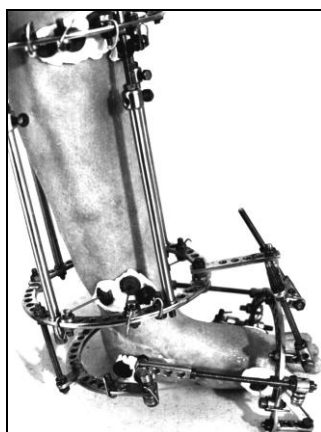


Рис 2а. Больная Н. в аппарате.

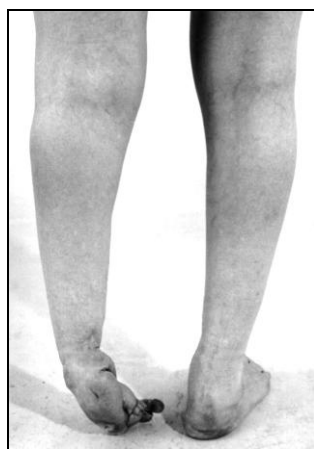
Рис 2б. Рентгенограмма больной Н. в аппарате.



Рис 3а. Больная Н. после лечения



Рис. 3б. Рентгенограмма больной Н. после лечения.



а



б

Рис. 4. Вид больной Н. сзади а) до лечения, б) после лечения



а



б



в

Рис 5. Сравнительный вид с подошвенной поверхности стоп больной Н. а) до лечения, б) в аппарате, в) после лечения

Рукопись поступила 1.10.97.