

Случай из практики

(с) В.И. Шевцов, Г.Р. Исмаилов, 1997

Реконструктивно-восстановительная операция на основе управляемого чрескостного остеосинтеза при лечении больной с врожденной культей голени

В.И. Шевцов, Г.Р. Исмаилов

Reconstructive-and-restorative surgery on the basis of the controlled transosseous osteosynthesis for treatment of a female patient with congenital leg stump

V.I. Shevtsov, G.R. Ismailov

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)

Ампутационные культы голени приводят больных к стойкой инвалидности. Несмотря на это, до настоящего времени при некоторых врожденных и приобретенных заболеваниях, в том числе с последствиями травм, ампутация стопы с дальнейшим протезированием конечности считается методом выбора.

Радикальное лечение данной категории пациентов стало возможным благодаря разработке и внедрению в практику метода компрессионно-дистракционного остеосинтеза, обеспечившего возможность формирования опорной поверхности у культей голени типа "стопа".

Практически использование способа иллюстрируется следующим клиническим наблюдением.

Больная Ш. 15 лет, поступила в клинику РНЦ "ВТО" им. акад. Г.А. Илизарова с диагнозом: Врожденная культя голени. Синостоз дистальных отделов берцовых костей (рис. 1).



Рис. 1. Рентгенограмма больной Ш. до лечения

Для формирования отсутствующей стопы больной выполнена операция: углообразная остеотомия дистального отдела берцовых к-

тей. Остеосинтез аппаратом Илизарова.

В ходе операции согласно предложенному способу было выполнено наложение аппарата Илизарова с проведением фиксирующих спиц на уровне проксимального и дистального отделов берцовых костей, а также через их среднюю треть. В натянутом состоянии спицы были закреплены на опорах аппарата. Через разрез мягких тканей в проекции дистального отдела берцовых костей выполнили углообразную остеотомию их синостозированного участка. При этом одно сечение остеотомии было произведено по направлению сзади-кпереди, снизу-вверх, а другое также сзади-кпереди, сверху-вниз. В результате был образован клиновидный фрагмент синостозного участка берцовых костей и концевой фрагмент. Клиновидный фрагмент зафиксировали тракционными спицами, свободные концы которых закреплены на дополнительной опоре, установленной в проекции задней поверхности дистального конца культы голени.

Через дополнительный разрез кожи была выполнена остеотомия берцовых костей в верхней трети голени для восстановления ее длины. Операцию завершили выполнением рентгенографии, стабилизацией систем аппарата, ушиванием послеоперационных ран и наложением асептических повязок.

В послеоперационном периоде, начиная с пятого дня, осуществляли дозированный разворот концевой фрагмента кпереди до перевода в горизонтальное положение и его последующую продольную тракцию. Одновременно с этим производили тракцию выделенного клиновидного фрагмента в сагиттальной плоскости в на-

правлении кзади-книзу.

При этом после перевода концевого фрагмента в горизонтальное положение была выполнена его косо-продольная остеотомия с последующим перемещением вновь образованных фрагментов по длине и ширине относительно друг друга.

Одновременно с формированием "стопы" в проксимальном отделе голени осуществлялось ее удлинение до восстановления необходимых продольных размеров.

Темп перемещения фрагментов составлял один миллиметр в сутки, общая продолжительность тракции 67 дней, срок последующей фиксации - 118 дней (рис.2).

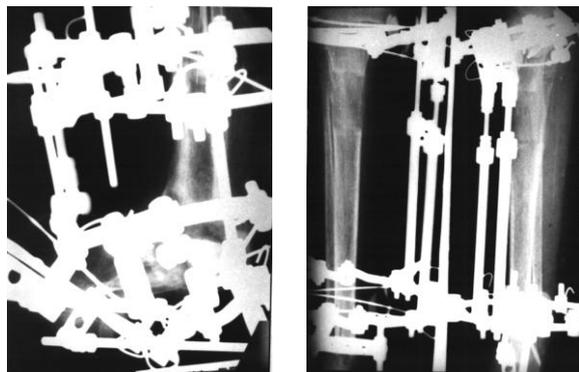


Рис. 2. Рентгенограммы больной Ш. в процессе лечения

В результате лечения был сформирован концевой отдел голени типа "стопы", контуры которого были близки к анатомически правильным. Продольные размеры сформированной стопы составляли 21 сантиметр, в том числе передний отдел 16 сантиметров, задний отдел 5 сантиметров; продольный размер голени увеличен на 6 сантиметров. После демонтажа аппарата дополнительной иммобилизации не производилось.

На контрольном осмотре через шесть месяцев отмечалось; больная ходит с полной нагрузкой на оперируемую конечность, ось которой правильна, длина конечности одинакова, "сто-

па" опорная, больная пользуется обычной обувью (рис. 3,4).

Использование способа обеспечивает при культях голени формирования отсутствующей "стопы", контуры которой максимально приближены к естественным.

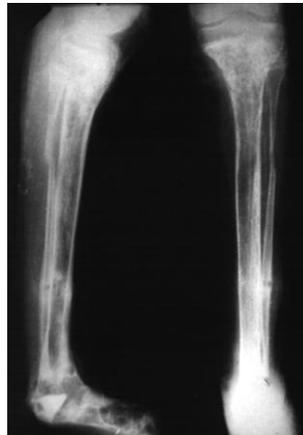


Рис. 3. Рентгенограмма больной Ш. с ближайшим результатом лечения



Рис. 4. Рентгенограмма больной Ш. с отдаленным результатом лечения

Рукопись поступила 16.12.97.