

© В.И. Шевцов, Г.Р. Исмаилов, С.М. Игнатъева, 1997

Оперативное лечение на основе управляемого чрескостного остеосинтеза больного с врожденной аномалией развития стопы

В.И. Шевцов, Г.Р. Исмаилов, С.М. Игнатъева

Operative treatment on the basis of the controlled transosseous osteosynthesis in a male patient with congenital developmental anomaly of foot

V.I. Shevtsov, G.R. Ismailov, S.M. Ignatiyeva

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)

Проблема лечения ортопедической патологии стоп различной этиологии далека от своего окончательного решения. Традиционные методы и результаты лечения патологии стоп с использованием различных артродезирующих операций с последующей гипсовой иммобилизацией не всегда удовлетворяют больных.

До настоящего времени, при некоторых врожденных заболеваниях, ампутация стопы с дальнейшим протезированием конечности считается методом выбора.

Поэтому разработка новых эффективных способов лечения патологии стопы и устройств для их осуществления, направленных на устранение всего патологического симптомокомплекса, является актуальной задачей, решение которой стало возможно с внедрением в практику метода компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Илизарову и его дальнейшим совершенствованием.

Приводим один клинический пример: больная Р., 15 лет, поступила в клинику РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова с диагнозом: врожденная аномалия развития конечностей, ампутационная культя правой голени, плоско-вальгусная деформация левой стопы, аплазия малоберцовой кости левой голени и пятой плюсневой кости левой стопы, костный синостоз 1, 2-ой плюсневой кости, деформация пальцев, кожная синдактилия 2-3-го межпальцевого промежутка (рис.1а, б).

Жалобы при поступлении: на боли в голеностопном суставе, деформация стоп, неопорность

конечности, невозможность ношения обычной обуви, ходьба с помощью костылей.

Движение в голеностопном суставе при поступлении: тыльная флексия (Т/Ф)-70°, подошвенная (П/Ф) - 90°, вывих голеностопного сустава кнаружи.

По месту жительства оперирована неоднократно, но безрезультатно. Последний раз предложили ампутацию стопы с дальнейшим протезированием.

3.07.92г. в нашем Центре произведена операция: продольно-косая остеотомия в зоне анкилозированной пяточно-таранной кости, поперечная остеотомия переднего отдела таранно-пяточной кости, продольная остеотомия синостозированной 1, 2-ой плюсневой кости, поперечная остеотомия головки 1-ой плюсневой кости с исправлением деформации 1-го пальца.

Дистракция начата на 7 день по 1 мм в сутки для исправления деформации и расширения переднего отдела, ее продолжительность составила 34 дня, последующая фиксация – 91 день.

Стопе придано положение нормокоррекции, опорность восстановлена, произведено расширение переднего отдела 1,5 см (рис. 2).

Результат лечения через 3 месяца и 1 год 8 месяцев после снятия аппарата положительный: положение стопы в нормокоррекции, конечность опорная, больная носит на оперированной ноге обычную обувь, ходит без дополнительных средств опоры, движение в голеностопном суставе Т/Ф-85°, П/Ф-120° (рис. 3а, б, в).



Рис. 1а. Больная Р. до лечения



Рис. 1б. Рентгенограмма больной Р. до лечения

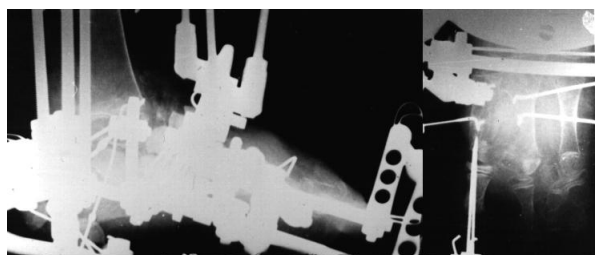


Рис. 2. Рентгенограмма больной Р. в процессе лечения



Рис. 3а. Больная Р. после лечения



Рис. 3б. Рентгенограмма больной Р. с ближайшим результатом лечения



Рис. 3в. Рентгенограмма больной Р. с отдаленным результатом лечения

Рукопись поступила 16.12.97.