

Случай из практики

© Г.Р. Исмаилов, А.И. Кузовков, 1998

Лечение больной с врожденным расщеплением передних отделов стоп методом чрескостного остеосинтеза

Г.Р. Исмаилов, А.И. Кузовков

Treatment of a female patient with congenital forefeet split by the method of transosseous osteosynthesis

G.R. Ismailov, A.I. Kuzovkov

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

Лечение больных с врожденным расщеплением переднего отдела стопы представляет известную сложность. Это обусловлено тем, что в результате аплазии костей стопы у такого рода больных, как правило, отмечается наличие значительного промежутка между имеющимися костями ее переднего отдела.

В этих условиях решение лечебной задачи должно предусматривать восстановление приемлемой формы переднего отдела стопы с сохранением ее опороспособности и устранением компонентов деформации имеющихся пальцев с одновременным замещением зоны дефекта между ними.

В РНЦ "ВТО" им. академика Г.А. Илизарова пролечена больная З., 11 лет, поступившая в клинику с диагнозом: Врожденная аномалия развития обеих стоп в виде расщепления их передних отделов; вальгусная деформация I-го и варусная деформация V-го пальцев справа и слева (рис. 1).

При поступлении больная предъявляла жалобы на невозможность пользоваться обычной обувью, неудобство при ходьбе, косметический дефект.

Клинически: обе стопы двупалые по типу "клешней рака" с отсутствием II - IV пальцев и наличием дефекта тканей переднего отдела шириной до 4 см на правой стопе и 3 см - на левой.

Рентгенологически: аплазия костей переднего отдела обеих стоп, отсутствие II - IV плюсневых костей и фаланг этих пальцев, деформация I - V пальцев обеих стоп.

Для повышения опороспособности правой стопы и устранения ее косметического дефекта выполнена операция: остеотомия через рудименты костей среднего отдела стопы; остеосинтез аппаратом Илизарова.

В ходе операции фиксирующие спицы были проведены через пяточную и таранную кости

стопы, через рудименты костей среднего отдела стопы и фаланги I и V пальцев стопы, а также через берцовые кости в дистальной и средней трети. В натянутом состоянии спицы закреплены на установленных на соответствующем уровне опорах аппарата, которые соединили между собой резьбовыми стержнями и шарнирными узлами (рис. 2).

При этом компоновка аппарата предусматривала возможность дозированного перемещения опор с закрепленными на них фиксирующими спицами одновременно в нескольких плоскостях относительно друг друга. Тем самым обеспечивалось разноплоскостное перемещение костей стопы и их фрагментов. Через разрез кожи и мягких тканей в проекции костей среднего отдела стопы была выполнена их поперечная остеотомия. Операцию завершили ушиванием ран, выполнением контрольной рентгенографии, стабилизацией систем аппарата* и наложением асептической повязки.

В послеоперационном периоде осуществляли дозированное перемещение выделенных фрагментов костей среднего отдела стопы кпереди со сближением между собой для увеличения продольных размеров стопы и уменьшения поперечных размеров ее переднего отдела. Одновременно тягой за фиксирующие спицы производили выведение I-V пальцев стопы в положение нормокоррекции. Общий срок distraction составил 42 дня.

В условиях стабильной фиксации стопы аппаратом была выполнена кожная пластика ее переднего отдела с иссечением избытка мягких тканей и наложением адаптирующего кожного

* Рац. предложение № 56/97 РНЦ "ВТО" РФ. Способ лечения патологии стопы при расщеплении ее переднего отдела/ Г.Р. Исмаилов, А.И. Кузовков, С.М. Игнатьева.

шва. Одновременно с этим для улучшения косметического вида аналогичный вид пластики был выполнен и на левой стопе. При этом I - V пальцы были одновременно выведены в положение нормокоррекции, частично сближены и фиксированы трансартикулярно проведенными спицами, свободные концы которых закрепили в пластинчатой опоре.

Послеоперационные раны зажили первичным натяжением, швы сняты на 20 день.

В течение всего срока лечения, продолжительность которого составила 75 дней, пациент-

ка ходила с нагрузкой на оперированные конечности.

В результате лечения достигнуто уравнивание продольных размеров стоп, уменьшена ширина их передних отделов с устранением их клешневидной формы и закрытием зон дефекта между I - V пальцами. В совокупности это обеспечило улучшение косметического вида стопы, повысило ее опороспособность и дало возможность пациентке пользоваться обычной обувью (рис. 3; 4).



Рис. 1. Фотография и рентгеновский снимок больной 3. до лечения

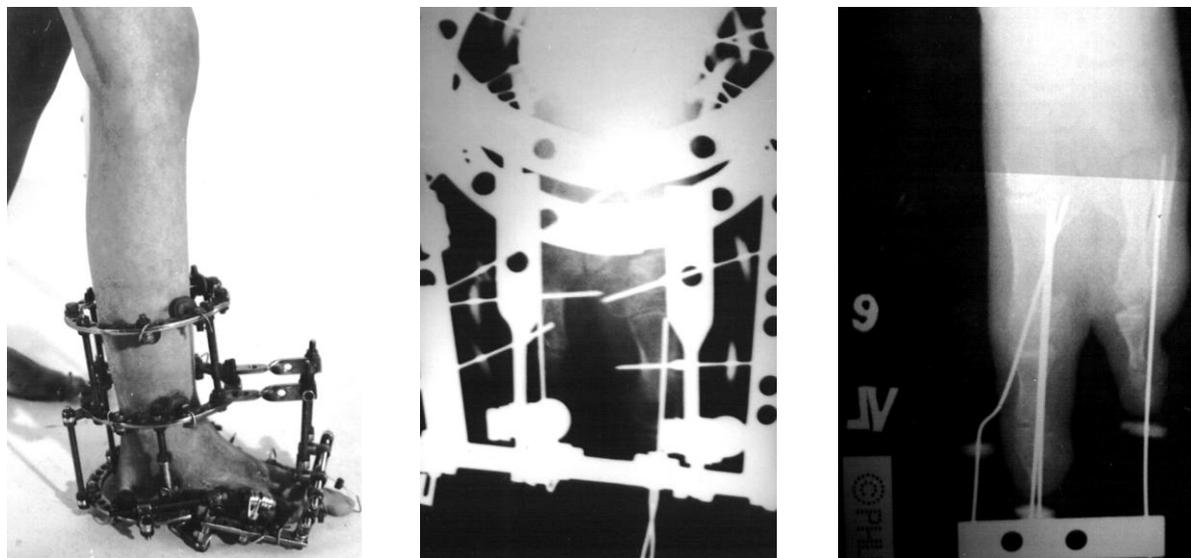


Рис. 2. Фотография и рентгеновские снимки больной 3. в процессе лечения

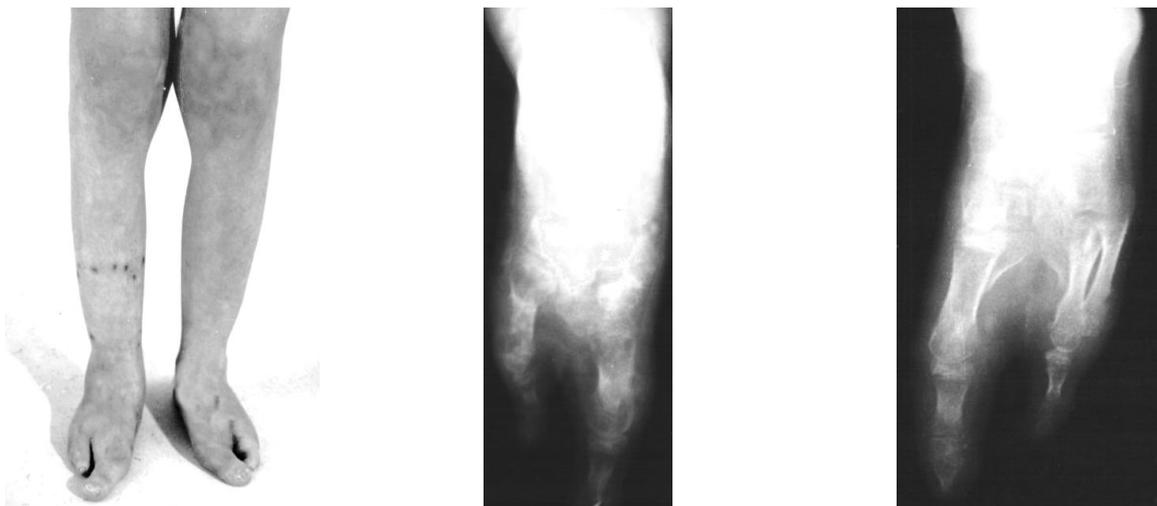


Рис. 3. Фотография и рентгеновские снимки больной 3. после лечения

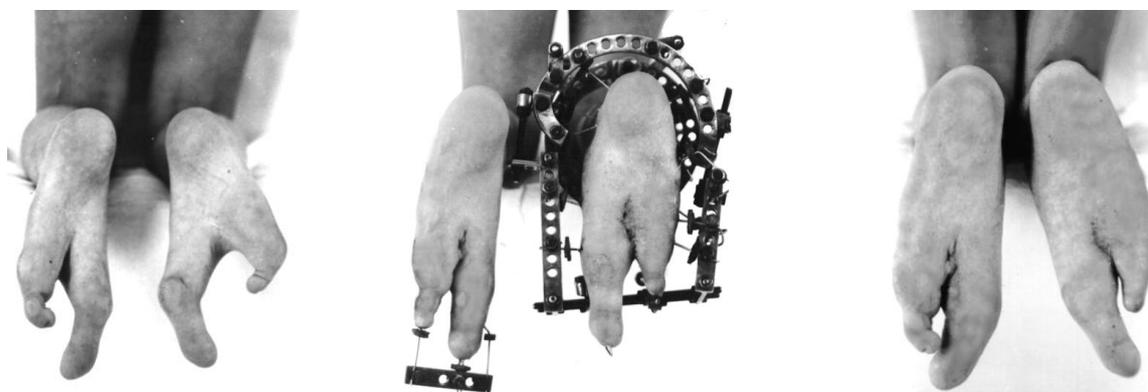


Рис. 4. Сравнительный вид подошвы стопы больной 3. до лечения, в процессе лечения, после лечения

Рукопись поступила 14.04.98.