

Случаи из практики

© Г.Р. Исмаилов, Д.В. Самусенко, 2002

Лечение пациента с дефектом обеих пяточных костей

Г.Р. Исмаилов, Д.В. Самусенко

Treatment of a patient with defect of both calcanei

G.R. Ismailov, D.V. Samusenko

Государственное учреждение науки

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

Дефекты пяточной кости — тяжелое заболевание, сопровождающееся нарушением опороспособности конечности, болевым синдромом, невозможностью ношения обычной обуви. Сопутствующий остеомиелит (посттравматический, огнестрельный, послеоперационный) утяжеляет страдания больных, являясь причиной выхода на инвалидность у 22% больных с последствиями повреждений пяточной кости [6]. Особенно тяжело страдают пациенты, имеющие двусторонние дефекты пяточной кости. Опыт лечения такой больной мы располагаем.

Больная Ж., 38 лет, поступила с диагнозом: посттравматический дефект обеих пяточных костей, деформирующий артроз III ст. обоих подтаранных суставов. Хронический остеомиелит левой пяточной кости, ремиссия. Сгибательная контрактура 1-5 пальцев обеих стоп.

Предъявляла жалобы на деформацию обеих стоп, затруднения в ношении обуви, боли в стопе, невозможность опоры.

Из анамнеза — травма 12 лет назад (компрессионный перелом обеих пяточных костей: слева — открытый, справа — закрытый). Полученное

лечение включало: справа — остеосинтез аппаратом Илизарова на 2 мес.; слева — ПХО раны, ручную репозицию и гипсовую иммобилизацию на 3 мес. Послеоперационный период осложнился остеомиелитом левой пяточной кости. Свищи функционировали 11 лет. Секвестректомией не было.

При осмотре: ходит при помощи 2 костылей, плоско-вальгусная деформация обеих стоп (угол свода 120° , вальгус пяток — 15°). Эквинус левой стопы 130° , ее укорочение и снижение высоты пятки на 1,5 см. В области левой пятки рубцы от свищевых ходов. Фиксированная сгибательная контрактура 20° - 30° в плюснефаланговых и межфаланговых суставах пальцев стоп. Вальгусная деформация I пальцев обеих стоп — 30° (рис. 1).

На рентгенограмме: субтотальный дефект обеих пяточных костей (слева — дефект ее среднего отдела, смещение бугра пяточной кости вверх), угол свода по Богданову справа 145° , слева — 160° . Щель подтаранных суставов: справа отсутствует, слева — едва прослеживается на небольшом протяжении, сгибательная установка пальцев обеих стоп (рис. 2).



Рис. 1. Фото до лечения: а), б) общий план; в) сзади; г) сравнительное фото подошв.

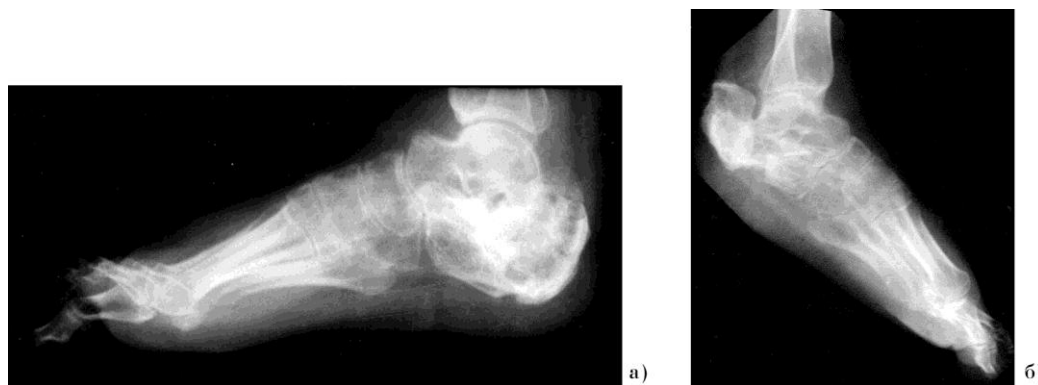


Рис. 2. Рентгенограммы до лечения: а) правая стопа; б) левая стопа.

Для лечения таких больных большинство авторов предлагают артродез подтаранного сустава с иммобилизацией аппаратом внешней фиксации или гипсовой повязкой [5]. Однако при этом не восстанавливается свод стопы, а случаи несращения наблюдаются в 19% [3]. Использование же для восстановления высоты свода свободных костных трансплантатов, вводимых в подтаранный сустав [4], в условиях кожных рубцов считается ошибкой, так как приводит к натяжению и некрозу кожных покровов и краев раны [7]. Новые возможности для лечения таких пациентов открыл метод чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза [1, 2]. Учитывая это, план лечения больной был составлен на основе разработанных в РНЦ «ВТО» методик лечения дефектов пяточной кости, применяющихся и при наличии хронического остеомиелита, и спаянных кожных рубцов в области пятки, в том числе по Г.А. Илизарову - Г.Р. Исмаилову (Заявка № 5060213 от 28.08.1992), по В.И. Шевцову-Г.Р. Исмаилову [8-10].

Лечение проводилось в 1 этап, в течение которого была произведена операция на правой стопе, а спустя 11 недель – на левой. Общий срок лечения составил 6 месяцев. Применяемая методика была одинаковой: артродез подтаранного сустава, остеотомия переднего отдела пяточной кости, тенотомия сгибателей пальцев стопы, остеотомия головки I плюсневой кости, трансартикулярная фиксация I пальца спицей Киршнера, остеосинтез голени и стопы аппаратом внешней фиксации (В.И. Шевцов, Г.Р. Исмаилов Устройство для устранения патологии заднего отдела стопы. Свид. № 7305 РФ). Опиерирующий хирург – д.м.н. Г.Р. Исмаилов. Дистракцию начали: справа с 6-х, слева с 12-х суток по 0,25 мм 4 раза в день в течение 11 дней справа и 32-х – слева. Добились замещения дефекта пяточной кости, восстановления высоты свода стопы, устранения вальгусной деформации за счет дозированной тракции выделенного фрагмента и образования диастаза, который под влиянием напряжения растяжения заполнялся регенератом. Слева устранили смещение бугра пяточной кости вверх. Фиксацию осуществляли: справа – 81, слева – 47 дней (рис. 3), после чего произвели демонтаж аппарата и фиксацию задней гипсовой

лонгетой с профилактической целью. Выращенный регенерат оссифицировался, закрепляя достигнутый эффект.

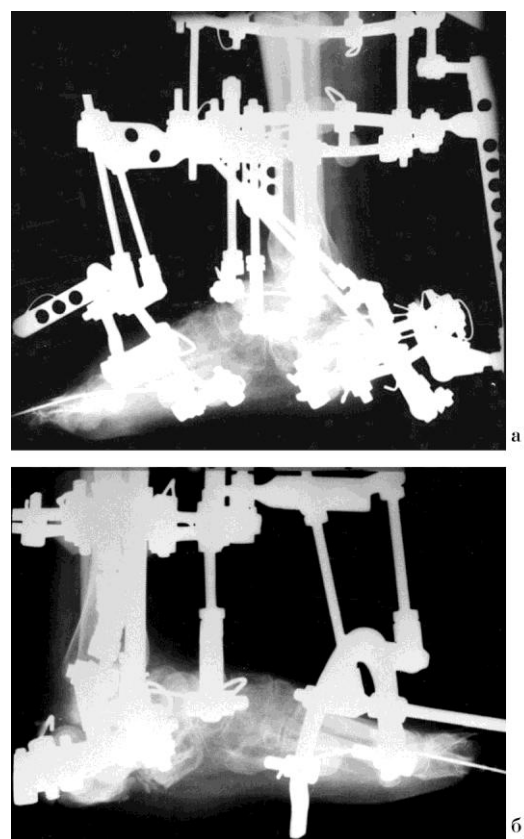


Рис. 3. Рентгенограммы стоп в процессе лечения: а) правая; б) левая.

В результате лечения достигнут костный анкилоз подтаранных суставов и устранены болевой синдром, плоско-вальгусная деформация стоп (вальгус пяток 5° , угол свода рентгенологически – 140°), уравнена длина стоп, пальцы стоп в нормокоррекции. Устранена эквинусная деформация левой стопы, объем движений в голеностопном суставе $90^{\circ}/120^{\circ}$ (рис. 4, 5).

Больная получила возможность пользоваться обычной обувью, ходить без костылей. Остеомиелит не рецидивировал. Результатом лечения довольна.

Таким образом, метод чрескостного компрес-

сионно-дистракционного остеосинтеза позволяет одноэтапно, в короткие сроки заместить двусторонние дефекты пяточной кости, в том числе осложненные остеомиелитом, с наличием кожных рубцов, не прибегая к свободной костной

пластике, что позволяет избежать различных осложнений. Это дает основание считать метод чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза наиболее предпочтительным при лечении пациентов с данной патологией.



Рис. 4. Фото после лечения: а) общий план; б) сзади; в) сравнительное фото подошв.

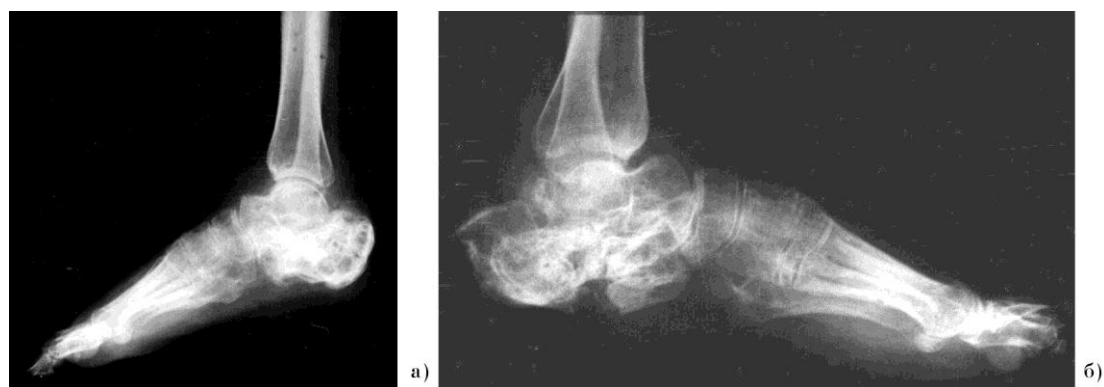


Рис. 5. Рентгенограммы после лечения: а) правая стопа; б) левая стопа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исмаилов Г.Р. Оперативное лечение взрослых больных с деформациями, дефектами и аномалиями развития костей стопы методом чрескостного остеосинтеза: Автореф. дис...д-ра мед. наук. – Пермь, 2000. – 48 с.
2. Исмаилов Г.Р. Разработка и клинические обоснования лечения и реабилитации по Илизарову больных с заболеваниями и последствиями повреждений костей стопы // Гений ортопедии. – 1996. – №1. – С. 94.
3. Кошкарёва З.В. Лечение переломов пяточной кости и их последствий: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1979. – 26 с.
4. Оскольчатые внутрисуставные переломы пяточной кости / Л.А. Якимов, Л.С. Рабинович, А.Д. Калашник, В.Е. Шестаков // Вестн. хир. – 1988. – Т. 141. – №9. – С. 77-79.
5. Пахомов И.А. Принципы патогенетического лечения тяжелых переломов пяточной кости // Новые имплантаты и технологии в травматологии и ортопедии: Материалы конгр. травматол.-ортопедов России с международ. участием. – Ярославль, 1999. – С. 319-321.
6. Печенюк В.И., Гаркуша Л.Г. Социально-экономическая значимость хронического травматического остеомиелита пяточной кости // Гнойные осложнения при повреждениях костей. – Л., 1989. – С. 9-12.
7. Поздеев А.П. Ложные суставы и дефекты костей у детей (этиология, клиника, лечение): Автореф. дис...д-ра мед. наук. – СПб., 1999. – 38 с.
8. Самусенко Д.В. Применение удлиняющего подтаранного артродеза при последствиях травм пяточной кости // Гений ортопедии. – 2001. – №2. – С. 144-145.
9. Reconstruction of the hind-foot in case of postosteomyelitic defects of calcaneal bone by means of transosseous osteosynthesis / V.I. Shevtsov, G.R. Ismailov, A.I. Kuzovkov, D.V. Samusenko // ASAMI Deutschland. 4 kongress: Abstracts. – Neu Ulm, 2000. – P. 18.
10. Заявка № 95120558 РФ, МКИ⁶ А 61 В 17/56 Способ восстановления опороспособности конечности при тотальном дефекте костей стопы / В.И. Шевцов, Г.Р. Исмаилов (РФ). – Заявл. 28.11.95; Оpubл. 20.10.97. Бюл. № 29. – С. 41.

Рукопись поступила 05.12.01.