

© В. И. Шевцов, Д. В. Зюзюкин, 1996.

Устранение тяжелых деформаций голени и стопы у пациента с двусторонней аплазией малоберцовой кости методом чрескостного остеосинтеза

В. И. Шевцов, Д. В. Зюзюкин

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

В РНЦ "ВТО" больному Т., 30 лет, с двусторонней аплазией малоберцовой кости методом чрескостного остеосинтеза произведено устранение тяжелых многокомпонентных деформаций голени и стопы. Восстановлена правильная биомеханическая ось, улучшены опороспособность и косметический вид обеих нижних конечностей.

Ключевые слова: кость, аплазия, деформация, коррекция, остеосинтез.

Хирургическое лечение больных с аплазией малоберцовой кости является весьма сложной проблемой восстановительной ортопедии. Патология проявляется укорочением и деформацией всей конечности, но наибольшие изменения возникают в стопе, которая часто находится в состоянии подвывиха или вывиха. Больные вынуждены пользоваться громоздкой и неэстетичной ортопедической обувью или ортопедическим аппаратом.

Как известно, в патогенезе развития деформаций основная роль принадлежит фиброзно-хрящевому тяжу и укорочению задней и наружной групп мышц голени и их сухожилий. Эти же факторы являются основным препятствием при лечении больных с рассматриваемой патологией.

В раннем детском возрасте, когда ткани эластичные и не успели сформироваться фиксированные деформации и порочные положения стоп, применение различных существующих консервативных и оперативных методик дает, в основном, положительные результаты.

Взрослым же пациентам при наличии большого укорочения, деформации конечности и вывиха стопы большинство авторов рекомендуют производить ампутацию с последующим протезированием.

В нашем центре разработаны оригинальные методики устранения деформаций и порочных положений конечности, а также варианты компоновок аппарата Илизарова, позволяющие добиваться успеха в лечении данной патологии у детей и взрослых.

Приводим одно из клинических наблюдений. Больной Т., 30 лет (архивный № 19418), поступил в клинику с диагнозом: двусторонняя аплазия малоберцовой кости, антекурвационно - вальгусная деформация нижней трети обеих голени, эквино - плоско - вальгусная деформация и задненаружный вывих обеих стоп.

Никакого лечения раньше не получал. Больной ходил в ортопедической обуви. Стопы в результате их вывиха и деформаций в опоре не участвовали. Нагрузка приходилась на дистальные эпифизы большеберцовых костей, где сформировались грубые натоптыши. Беспокоили боли в нагружаемых зонах.

Рентгенологически — верхний полюс пятки достигал уровня вершины деформации большеберцовой кости.

Клинически стопа прочно фиксировалась в порочном положении укороченными и ригидными тканями.

Пациенту был произведен остеосинтез аппаратом Илизарова правой голени и стопы с компоновкой, позволяющей создать необходимый запас мягких тканей, низвести стопу и устранить ее вывих. На этапе выполнена корригирующая остеотомия большеберцовой кости и оперативное вмешательство на стопе для устранения ее деформации и создания таранно-берцового синостоза. После снятия аппарата для адаптации конечности к нагрузке был изготовлен гипсовый сапожок на 2 месяца.

Через полтора года аналогичным образом проведено лечение левой нижней конечности.

В настоящее время больной ходит в обычной обуви, опираясь равномерно на обе стопы, боли не беспокоят. Дополнительными средствами опоры не пользуется.

В результате устранения порочного положения стоп и деформации конечностей улучшились их пропорции, увеличился рост пациента на 7 см.

Таким образом, разработанные в центре методики позволяют устранять грубые деформации и порочные установки конечностей, а также улучшать их опороспособность и косметический вид у детей и взрослых.

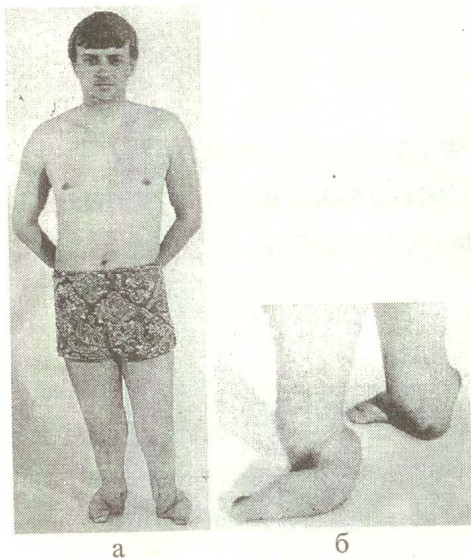


Рис.1. Больной Т.: а, б — до лечения.

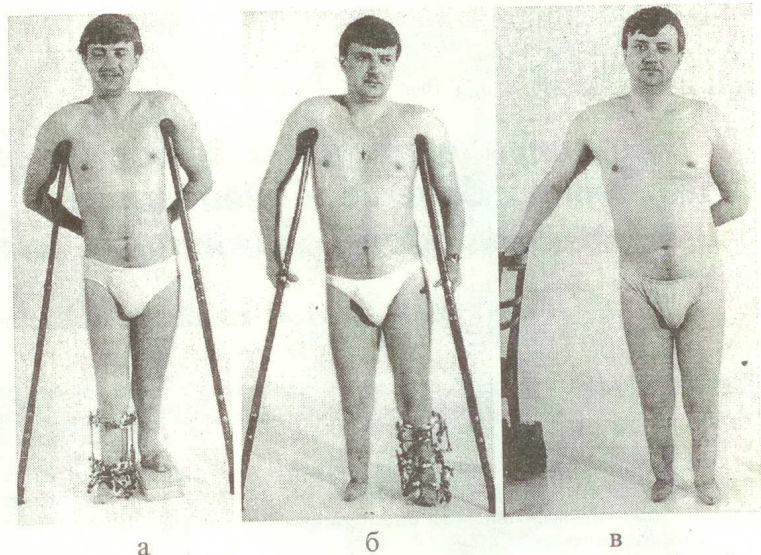


Рис.2. Больной Т.: а — в процессе устранения деформации правой нижней конечности; б — в процессе устранения деформации левой нижней конечности; в) результат лечения.

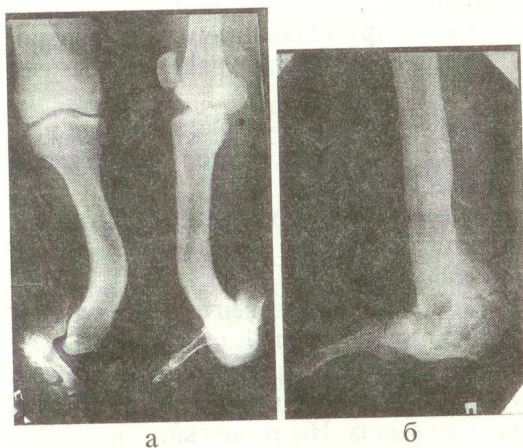


Рис.3. Рентгенограммы больного Т. правой ноги: а) до лечения; б) через 2 года после снятия аппарата.

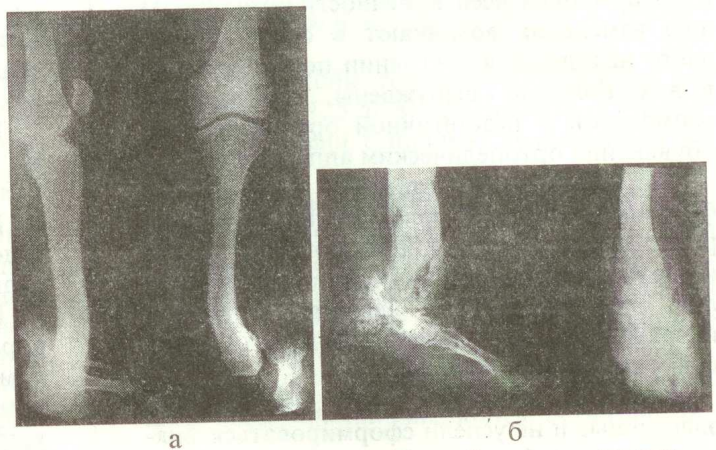


Рис.4. Рентгенограммы больного Т. левой ноги: а — до лечения; б — после снятия аппарата.

Рукопись поступила 27.12.95 г.