

КОРОТКИЕ СООБЩЕНИЯ

© Коллектив авторов, 2013

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПОЛОЖЕНИЯ СТОПЫ И ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Н.А. Корышков, А.Н. Левин, А.С. Ходжиев, К.А. Соболев

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
им. Н.Н. Приорова» Минздрава России, Москва, РФ

Ключевые слова: эквино-экскавато-варусная деформация, голеностопный сустав, артродез.

Surgical Correction of Abnormal Foot and Ankle Position

N.A. Koryshkov, A.N. Levin, A.S. Khodzhiyev, K.A. Sobolev

Key words: equino-excavator-varus deformity, ankle joint, arthrodesis.



Стопа и голеностопный сустав являются основными звеньями опорно-двигательного аппарата, начинающими и завершающими движение человека в пространстве. Тяжелая травма этой и сопряженных зон, а также ее осложнения могут привести к значительному ухудшению качества жизни пациента. Эти состояния возникают часто и как следствие нарушения мышечного равновесия при различных заболеваниях и синдромах: болезни Рот — Шарко — Мари — Тусса, болезни Фридрейха, полиомиелите, миелодисплазиях, последствиях травм периферических нервов. Результат этих патологических состояний — стойкая мионейрогенная деформация стопы и голеностопного сустава. В медицинской реабилитации больных этой категории важная роль отводится ортопедической коррекции положения стопы и голеностопного сустава.

Для решения этой хирургической задачи применяются различные внешние и внутренние фиксаторы [1–7]. Трудоемким и сложным представляется нам послеоперационный период реабилитации.

Наш скромный опыт мы представляем в следующем клиническом наблюдении:

Больной Ш., 29 лет, пострадал в результате дорожно-транспортного происшествия в 2008 г., будучи водителем мотоцикла. Госпитализирован в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского с диагнозом: открытый перелом костей верхней трети левой голени со смещением отломков, повреждением подколенной артерии, седалищного нерва, обширной отслойкой кожи нижней трети бедра и голени. После обследования выполнена операция: первичная хирургическая обработка раны, остеосинтез перелома большеберцовой кости пластиной и винтами, замещение дефекта задней большеберцовой артерии в подколенной области аутовеной, шов седалищного нерва, закрытие раны с применением кожного аутоотрансплантата по Красовитову.

Через год после травмы в условиях замедленного сращения перелома и отрицательной динамики неврологического статуса произведена замена наkostной конструкции (пластины) на внутрикостную — интрамедуллярный блокируемый стержень. Выполнен невролиз седалищного нерва. Продолжена дозированная нагрузка на ногу.

Полгода спустя пациент оперирован в Германии по поводу контрактуры левого коленного сустава. Выполнена артропластика, в результате которой достигнуто полное разгибание колена.

В 2010 г. обратился на консультацию в ЦИТО к специалистам группы патологии стопы и голеностопного сустава. Предъявлял жалобы на боль, отсутствие движений в голеностопном суставе, наличие положения постоянного подошвенного сгибания. Диагноз на момент осмотра: последствия тяжелой открытой травмы верхней трети левой голени и коленного сустава — стойкая неврогенная контрактура левого голеностопного сустава в эквинусном положении, расстройство движений и чувствительности левой стопы (рис. 1).

Госпитализирован в ЦИТО с диагнозом: посттравматическая тяжелая ригидная нейрогенная эквино-экскавато-варусная деформация левой стопы.

Для устранения патологического положения стопы и восстановления опорности конечности произведена операция: удлинняющая тенотомия пяточного сухожилия, пан-артродез левой стопы: транскутанно — артродез заднего отдела стопы (голеностопного и подтаранного суставов), открыто — артродез поперечного сустава с последующей их фиксацией ретроградным блокируемым стержнем (PANTA NAIL) и винтами. Швы сняты через 2 нед. Рана зажила первичным натяжением.

В послеоперационном периоде дополнительную иммобилизацию не производили. Нагружать ногу начал через 1,5 мес после операции. Полной нагрузки достиг через 3 нед. Сложность представляла неправильная установка стопы с разворотом во фронтальной плоскости, что предъявляло повышенные требования к соименному коленному суставу. После разъяснения пациенту правильного положения стопы и формирования походки путем замедления цикла шага удалось снизить недостатки в передвижении.

Таким образом, проведенное оперативное вмешательство позволило сделать нижнюю конечность

Рис. 1. Рентгенограммы (а) и внешний вид (б) конечности больного при поступлении в ЦИТО.

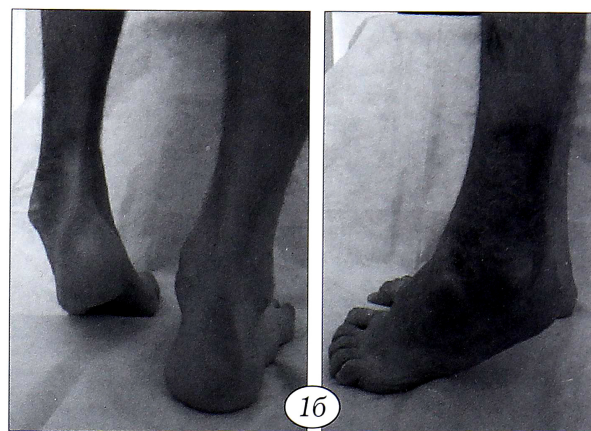
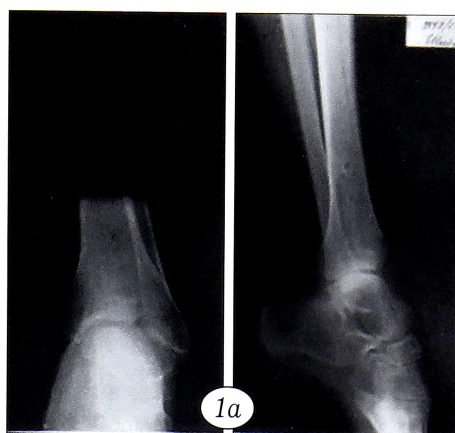
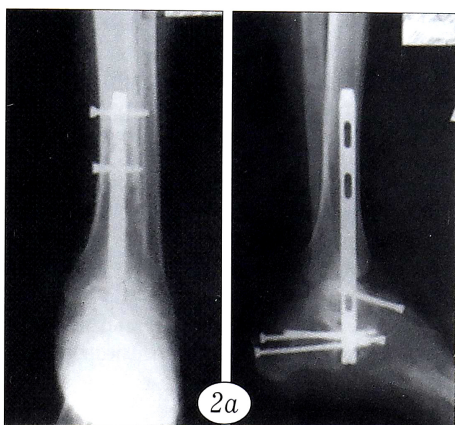


Рис. 2. Рентгенограммы (а) и внешний вид (б) конечности больного после операции.



опорной, устранить болевой синдром, заметно улучшить качество жизни пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипов С.В., Лычагин А.В. Современные аспекты лечения посттравматического деформирующего артроза голеностопного сустава. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2000; 4: 64–7.
2. Мусалатов Х.А., Архипов С.В., Лычагин А.В. Хирургическое лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний голеностопного сустава артроскопическим методом. В кн.: Материалы 7-го съезда травматологов-ортопедов России. Новосибирск; 2002: 450.
3. Кавалерский Г.М., Архипов С.В., Дрогин А.Р., Лычагин А.В. Артродезирование голеностопного сустава артроскопическим методом. В кн.: Материалы научно-практической конференции с международным участием «Новые подходы в диагностике и лечении травм и заболеваний тазобедренного и коленного суставов». Киев; 2004.
4. Зоря В.И., Хорошков С.Н. Артродез голеностопного сустава при посттравматическом деформирующем артрозе. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2004; 1: 35–9.
5. Boer R., Mader K., Penning D., Cees C.P.M. Verheyen tibiototalcaneal arthrodesis using a reamed retrograde locking nail. Clin. Orthop. Relat. Res. 2007; 463: 151–6.
6. Noonan T., Pinzur M., Paxinos O., Havey R., Patwardhin A. Tibiototalcaneal arthrodesis with a retrograde intramedullary nail: a biomechanical analysis of the effect of nail length. Foot Ankle Int. 2005; 26 (4): 304–8.
7. Mueckley T., Klos K., Drechsel T., Beimele C., Gras F., Hofmann G.O. Short-term outcome of retrograde

tibiototalcaneal arthrodesis with a curved intramedullary nail. Foot Ankle Int. 2011; 32 (1): 47–56.

REFERENCES

1. Arkhipov S.V., Lychagin A.V. Modern aspects of treatment for ankle joint posttraumatic deforming arthroses. Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova. 2000; 4: 64–7 (in Russian).
2. Musalato Kh.A., Arkhipov S.V., Lychagin A.V. Surgical treatment of degenerative dystrophic diseases of the ankle joint using arthroscopic technique. In: Proceedings of the 7th Cong. of Russ. trauma and orthopaedic surgeons. Novosibirsk; 2002: 450 (in Russian).
3. Kavalerskiy G.M., Arkhipov S.V., Drogin A.R., Lychagin A.V. Arthroscopic arthrodesis of ankle joint. In: Proceedings of the scientific-practical conference “New approaches in diagnosis and treatment of injuries and diseases of hip and knee joints”. Kiev; 2004 (in Russian).
4. Zorya V.I., Khoroshkov S.N. Ankle joint arthrodesis in posttraumatic deforming arthroses. Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova. 2004; 1: 35–9 (in Russian).
5. Boer R., Mader K., Penning D., Cees C.P.M. Verheyen tibiototalcaneal arthrodesis using a reamed retrograde locking nail. Clin. Orthop. Relat. Res. 2007; 463: 151–6.
6. Noonan T., Pinzur M., Paxinos O., Havey R., Patwardhin A. Tibiototalcaneal arthrodesis with a retrograde intramedullary nail: a biomechanical analysis of the effect of nail length. Foot Ankle Int. 2005; 26 (4): 304–8.
7. Mueckley T., Klos K., Drechsel T., Beimele C., Gras F., Hofmann G.O. Short-term outcome of retrograde

Сведения об авторах: Корышков Н.А. — доктор мед. наук, ведущий науч. сотр., руководитель группы патологии стопы и голеностопного сустава 8-го отделения ортопедии взрослых ЦИТО; Левин А.Н. — врач группы патологии стопы и голеностопного сустава того же отделения; Ходжиев А.С. — аспирант ЦИТО; Соболев К.А. — анестезиолог операционного блока поликлиники ЦИТО.

Для контактов: Корышков Николай Александрович. 127299, Москва, ул. Приорова, дом 10, ЦИТО. Тел.: +7 (926) 908-51-86. E-mail: nik-koryshkov@yandex.ru