

© А.Н. Левин, Н.А. Корышков, 2012

РЕЗУЛЬТАТ ОДНОМОМЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИИ ОБЕИХ СТОП ПРИ БОЛЕЗНИ РОТ — ШАРКО — МАРИ

А.Н. Левин, Н.А. Корышков

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

Ключевые слова: болезнь Рот — Шарко — Мари, деформация стоп, одномоментная хирургическая коррекция.

Result of Single-Step Correction of Both Feet Deformity in Roth — Charcot — Marie Disease

A.N. Levin, N.A. Koryshkov

Key words: Roth-Charcot-Marie disease, feet deformity, single-step surgical correction.

Стопа и голеностопный сустав человека являются важными звеньями органов движения и опоры. Они имеют сложную костно-мышечно-связочную структуру и вследствие этого исключительные свойства противостояния усилиям сжатия, растяжения и сдвига при статических и динамических нагрузках [1, 3]. С точки зрения биомеханики стопа выполняет рессорную, балансирующую и толчковую функции [2].

В основе патогенеза мионейрогенных деформаций стоп, по мнению большинства авторов, лежит нарушение функции мышц различной степени тяжести — от полного выпадения функций или слабости одних до повышения тонуса других.

Невральная амиотрофия впервые описана отечественным ученым В.К. Ротом в 1884 г. В 1886 г. это же заболевание было описано J. Charcot, P. Marien и H.Tooth. В литературе оно встречается как невральная амиотрофия Рот — Шарко — Мари — Тута. Морфологическую основу болезни составляют дегенеративные изменения главным образом в периферических нервах и нервных корешках. Изменения в мышцах носят преимущественно неврогенный характер. Основным симптом заболева-

ния — атрофия мышц, начинающаяся симметрично с дистальных отделов нижних конечностей. Деформация стоп при этом заболевании часто напоминает «стопу Фридрейха». Деформации, как правило, двусторонние, различаются и по степени выраженности отдельных компонентов, и по степени ригидности.

Работ, в которых были бы представлены результаты хирургического лечения пациентов с болезнью Рот — Шарко — Мари на обеих стопах в короткие сроки нам не встретилось. В связи с этим мы считаем целесообразным поделиться своим опытом.

Приводим наше клиническое наблюдение.

Больной А., 25 лет, поступил в клинику ортопедии взрослых ЦИТО с жалобами на деформацию обеих стоп, слабость мышц, невозможность опоры на нижние конечности, передвигался на коляске. Диагноз: тяжелая ригидная мионейрогенная эквиноэкскаваторарусная деформация обеих стоп вследствие болезни Рот — Шарко — Мари. Из анамнеза известно, что в возрасте 13–15 лет появилась и стала нарастать деформация стоп. Была диагностирована болезнь Рот — Шарко — Мари. В возрасте 17–18 лет выполнена ортопедическая операция на мягких тканях, однако деформация продолжала прогрессировать (рис. 1).



Рис. 1. Внешний вид (а) и рентгенограммы (б) до операции.



Рис. 2. Внешний вид (а) и рентгенограммы (б) после коррекции обеих стоп

Провести полноценное биомеханическое обследование не представлялось возможным из-за существенного нарушения статико-динамической функции стоп. При ЭНМГ выявлены выраженные нарушения проведения смешанного типа по моторным волокнам всех исследованных периферических нервов, в большей мере в дистальных отделах слева. После общеклинического обследования выполнена операция: клиновидная резекция, 3-суставной артродез левой стопы с удлинением ахиллова сухожилия, фиксация винтами. Стопа выведена из порочного положения. Через 14 дней, после заживления ран, произведена аналогичная операция на правой стопе (рис. 2). Послеоперационное течение без особенностей. Швы сняты. Деформация обеих стоп корригирована. В удовлетворительном состоянии выписан под амбулаторное наблюдение. Рекомендовано обязательное использование ортопедической обуви.

В литературе имеется довольно много сообщений о положительных отдаленных результатах операции 3-суставного артродеза при лечении деформаций стоп у взрослых на фоне болезни Шарко — Мари. Как правило, речь идет об операции на одной стопе. В нашем случае, когда пациент передвигался только на коляске, возникла необхо-

димость одномоментной коррекции обеих стоп. Использование современных металлоконструкций для фиксации достигнутой коррекции позволяет давать раннюю нагрузку на оперированную конечность, что в итоге обеспечивает скорейшее восстановление ее функции.

Нам представляется целесообразным сокращать сроки между операциями, так как это способствует уменьшению длительности периода реабилитации практически вдвое. Выполненное технически правильно и в достаточном объеме хирургическое вмешательство обуславливает стойкий положительный результат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Годунов С.Ф. Механизм образования некоторых деформаций стопы. Стопа и вопросы построения рациональной обуви. — М., 1972. — С. 42–47.
2. Филатов В.И. Клиническая биомеханика. — М., 1980. — С. 119, 200.
3. Deigentesen N., Bender G. Der Fuss in der Orthopadie. — Budapest, 1987.

Сведения об авторах: Левин А.Н. — врач группы патологии стопы и голеностопного сустава 8-го отделения ортопедии взрослых ЦИТО им. Н.Н. Приорова; Корышков Н.А. — доктор мед. наук, руководитель группы патологии стопы и голеностопного сустава 8-го отделения ортопедии взрослых ЦИТО

Для контактов: Корышков Николай Александрович. 127299, Москва, ул. Приорова, дом 10, ЦИТО. Тел.: 8(926)908-51-86. E-mail: nik-koryshkov@yandex.ru

