

© Г.Р. Исмаилов, Д.В. Самусенко, 2003

## Лечение пациента с субтотальным дефектом пяточной кости огнестрельной этиологии

Г.Р. Исмаилов, Д.В. Самусенко

### Treatment of a patient with subtotal calcaneal defect of gunshot etiology

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 возникают вследствие тяжелых переломов (в том числе огнестрельных), леченных традиционными методами и несовершенными методиками [6]. Размеры образующегося при этом дефекта различные — от небольших, до половины длины кости, и более [1, 11], что представляет для лечения большие трудности. Замещение дефектов пяточной кости с помощью костных ауто- и аллотрансплантатов чревато осложнениями [2, 4], использование свободных васкуляризованных кожно-костных трансплантатов — дорогостоящее и травматичное вмешательство [12], ортопедическая обувь и предлагаемая в качестве паллиативной меры ампутация стопы [5] не всегда удовлетворяют больных. Новые возможности для лечения больных с дефектами пяточной кости открыл метод чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза [3, 7-10].

Представляем случай лечения больного с субтотальным дефектом пяточной кости.

Больной М., 36 лет, поступил с диагнозом: посттравматический (огнестрельный) субтотальный дефект пяточной кости. Предъявил жалобы на деформацию и сглаженность контуров пяточного бугра, костные выступы по наружной, внутренней и подошвенной поверхностям пятки, боли и «натирание» обувью в этих местах кожи при ходьбе, затруднения в ношении обуви.

Из анамнеза: 1 год назад получил сквозное пулевое ранение пяточной кости (рис. 1).

Имелся открытый раздробленный перелом тела пяточной кости. В ходе ПХО раны было произведено удаление свободнолежащих осколков, ушивание раны, иммобилизация гипсовой лонгетой. В дальнейшем для закрытия раны производилась кожная пластика по Парину. Остеомиелита не наблюдалось.

При осмотре: левая пятка деформирована, шире правой, смещена вверх, имеется снижение ее высоты 1 см и варусная деформация 5°. Укорочение стопы 2 см. По наружной и внутренней поверхностям пятки имеются спаянные с подлежащими тканями рубцы, а также пальпируются костные выступы, один — в наиболее болезненной точке по подошвенной поверхности (рис. 2).



Рис. 1. Рентгенограмма стопы пациента при получении травмы.



Рис. 2. Фото до лечения: а) вид с внутренней стороны; б) вид с наружной стороны; в) вид сзади.

На рентгенограмме – дефект бугра пяточной кости, смещение его оставшейся части вверх вместе с точкой прикрепления сухожилия трехглавой мышцы голени, остеофит подошвенной поверхности пяточной кости (рис. 3).

Лечение больного осуществляли на основе методик, разработанных в РНЦ «ВТО» (Г.А. Илизаров, Г.Р. Исмаилов, 1992; В.И. Шевцов, Г.Р. Исмаилов, 1995). Было произведено удаление остеофитов пяточной кости, иссечение рубцов с местной кожной пластикой. С целью создания покоя для заживления кожных ран - остеосинтез аппаратом Илизарова (база из 2 колец на голени, соединенная с полукольцом на переднем отделе стопы). В послеоперационном периоде проводили терапию, направленную на улучшение трофики мягких тканей стопы (общеукрепляющие, «Солкосерил», витамин Е, «Олазол»), профилактику инфекционных осложнений.



Рис. 3. Рентгенограмма стопы до лечения с контрастированием сухожилия трехглавой мышцы голени.

После полного заживления кожных ран и восстановления трофики мягких тканей стопы произвели шарнирно-корректирующую остеотомию пяточной кости, остеосинтез стопы аппаратом Илизарова (оперировал – д.м.н. Г.Р. Исмаилов). В послеоперационном периоде, с 7-х суток, осуществляли дозированное перемещение бугра пяточной кости с точкой прикрепления сухожилия трехглавой мышцы голени вниз с

одновременным его разворотом по 0,25 мм 4 раза в день в течение 44 дней. Срок фиксации составил 40 дней, в течение которых больной ходил, постепенно нагружая конечность, посещал занятия ЛФК, массаж, разрабатывал суставы пальцев, для ускорения сращения принимал сеансы гипербарической оксигенации (рис. 4).

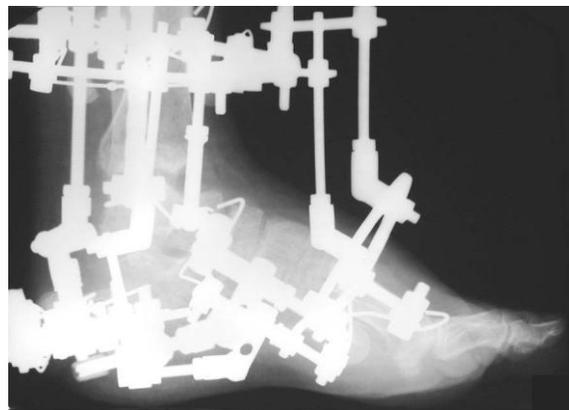


Рис. 4. Рентгенограмма стопы больного в процессе лечения.

В результате лечения достигнуто уравнивание длин стоп и высоты пяток, устранены спаянные кожные рубцы, удалены остеофиты, нагрузка стала безболезненной, обувь перестала «натирать». Достигнуто смещение пяточного бугра вниз вместе с точкой прикрепления сухожилия трехглавой мышцы голени, сращение бугра с телом пяточной кости, сформированы контуры пяточного бугра. Стало возможным и удобным ношение обычной обуви (рис. 5, 6).

Таким образом, метод чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза аппаратом Илизарова по методикам, разработанным в РНЦ «ВТО», является наиболее эффективным, позволяющим избежать осложнений и ампутации стопы, способом реабилитации больных с субтотальными дефектами пяточной кости, в том числе и при наличии спаянных кожных рубцов.



Рис. 5. Фото после лечения: а) вид с внутренней стороны; б) вид с наружной стороны; в) вид сзади.



Рис. 6. Рентгенограмма стопы после лечения с контрастированием сухожилия трехглавой мышцы голени.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бом Г.С. Основы восстановительного лечения конечностей. – М.: Медгиз, 1943. – 103 с.
2. Данилова Л.А. Оперативное лечение доброкачественных опухолей и диспластических заболеваний костей стопы: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – Л., 1978. – 25 с.
3. 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.
4. Махсон Н.Е. Сохраняющие операции при обширных опухолевых и пограничных процессах костей: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – М., 1970. – 37 с.
5. Руководство по протезированию и ортезированию / Под ред. А.Н. Кейера, А.В. Рожкова. – СПб.: Кримас, 1999. – 625 с.
6. Самусенко Д.В. Переломы пяточной кости – этиологические факторы ее дефектов // III фестиваль-конкурс научно-исследовательского, технического и прикладного творчества молодежи и студентов Курганской обл.: Тез. докл. – Курган, 2000. – С.78.
7. Шевцов В.И., Исмаилов Г.Р., Самусенко Д.В. Реконструктивные операции на основе управляемого чрескостного остеосинтеза при реабилитации больных с патологией стопы // Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении: Сб. науч. работ III конгресса с международ. участием. - Анталия, 2000. – №1-2 – С.110.
8. Шевцов В.И., Исмаилов Г.Р., Самусенко Д.В., Кузовков А.И. Новые технологии в формировании заднего отдела стопы при дефектах пяточной кости // Новые направления в клинической медицине: Материалы Всеросс. конф. – Ленинск-Кузнецкий, 2000. – С. 182.
9. Реабилитация пострадавших с последствиями огнестрельных ранений стопы / В.И. Шевцов, Г.Р. Исмаилов, А.И. Кузовков, Д.В. Самусенко // Материалы научной конференции «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии». – Н. Новгород, 2001. - Ч. I. - С. 210-211.
10. Лечение дефектов и аномалий развития костей предплюсны методом чрескостного остеосинтеза / В.И. Шевцов, Г.Р. Исмаилов, А.С. Неретин, Д.В. Самусенко // Здоровье семьи – XXI век: Материалы V Международ. науч. конф. – Пермь-Мармарис (Турция), 2001. – С. 174-175.
11. Elmendorf V. Über die Osteosynthese von Forsenbein und Sprungbeinfracturen // Mochr. Unfallheilk. – 1969. – Bd. 72. – S. 522-532.
12. The parascapular flap for treatment of lower extremity disorders / D. Chen, J.B. Jupiter, H.A. Lipton, Sh. Li // Plast. Reconstr. Surg. – 1989. – Vol. 84, N 1. – P. 108-116.

Рукопись поступила 28.11.01.