

© Группа авторов, 2006

**Результат лечения больного с деформацией стоп
вследствие врожденной спинномозговой грыжи**

Г.П. Иванов, М.Ю. Данилкин, А.Н. Гохаева, А.С. Неретин

***Result of treatment of a patient with feet deformity due
to congenital myelomeningocele***

G.P. Ivanov, M.Y. Danilkin, A.N. Gokhayeva, A.S. Neretin

Федеральное государственное учреждение науки

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

Вопросы лечения пациентов с деформацией стоп вследствие врожденной спинномозговой грыжи остаются актуальными и далеки от своего окончательного решения. При этом в периодической печати и в отдельных авторских изданиях крайне мало данных по этой проблеме [6]. Трудность лечения пациентов с данной патологией обусловлена сочетанием деформаций стоп и выраженного укорочения сегмента с периферическими неврологическими нарушениями различной степени выраженности, а также наличием рубцовых и трофических изменений в мягких тканях сегмента [3, 4, 6]. Наличие такого неблагоприятного фона при оперативной коррекции деформаций стоп часто приводит к развитию осложнений воспалительного характера и, в конечном итоге, неудовлетворительным результатам лечения.

В доступной литературе мы не встретили точных статистических данных, касающихся этой отдельно взятой категории пациентов, но, по данным ряда авторов, количество осложнений и неудовлетворительных исходов лечения примерно соответствует показателям для всех пациентов с паралитическими деформациями стоп и остается достаточно большим — до 40 % [6]. Кроме того, у данной группы пациентов деформациям стоп, как правило, сопутствуют нарушения функции тазовых органов, в частности, нейрогенный мочевого пузыря, при наличии которого развивается тяжелая хроническая восходящая инфекция мочевых путей [4].

Использование метода чрескостного остеосинтеза дает возможность устранить имеющиеся деформации стоп у пациентов с последствиями спинномозговых грыж и при необходимости выполнить удлинение сегмента, даже в случаях наличия сопутствующих изменений в мягких тканях и безуспешности ранее проведенных оперативных вмешательств [1, 2, 5].

Для иллюстрации представляем следующий клинический пример:

Больная С., 23 лет, поступила на лечение в клинику ФГУН РНЦ «ВТО» с диагнозом: последствия врожденной спинномозговой грыжи; нижний дистальный парапарез; эквино-половарусная деформация стоп (больше слева); четырехпалая левая стопа; хронический пиелонефрит (непрерывно рецидивирующее течение); нарушение функции тазовых органов; хроническая почечная недостаточность; хронический остеомиелит костей левой стопы (ремиссия). Состояние после оперативного лечения левой стопы.

Пациентка в возрасте 1 года оперирована по поводу спинномозговой грыжи. Получала лечение у невропатолога. Деформация стоп наблюдалась уже при рождении и с возрастом усиливалась. В первые годы жизни проводили лечение этапными гипсовыми повязками. В возрасте 18 лет (18.01.02) по месту жительства была выполнена операция на левой стопе — трёхсуставной артродез для одномоментного исправления деформации, наложение аппарата Илизарова. Сращение в зонах контакта артродезированных поверхностей не наступило, деформация сохранилась.

Через несколько месяцев после снятия аппарата по наружной поверхности V пальца левой стопы появилась мозоль, а вскоре и трофическая язва, которая осложнилась развитием флегмоны стопы и остеомиелитом. 27.05.03 в больнице по месту жительства была выполнена секвестрнекрэктомия V плюсневой кости и пальца, вскрытие и дренирование флегмоны левой стопы.

При поступлении в клинику Центра (30.10.03): длина правой стопы — 19 см, левой — 18 см. Ходит при помощи костылей в спортивной обуви (мягкие кроссовки с вкладышами) 34 размера при росте 165 см (в норме этому росту у женщин соответствует длина стопы 24-24,5 см и 38 размер обуви). При опоре на стопу вся на-

грузка падает на передне-наружный край левой стопы (пятка не касается поверхности опоры), справа деформация не столь выражена, но опорными участками стопы также являются её передний и наружный отделы. Движения в левом голеностопном суставе с амплитудой в пределах 10° ($170-160^\circ$); в правом – 30° ($140-110^\circ$). Клинически отмечалось выраженное напряжение подошвенного апоневроза и Ахиллова сухожилия обеих стоп, наличие грубых рубцов, спаянных с подлежащими тканями по наружной поверхности левой стопы (рис. 1).



Рис. 1. Фото и рентгенограммы стоп пациентки до лечения

Учитывая тяжесть патологии, было принято решение о поэтапном лечении: устранение деформации и удлинение на левой стопе, затем – на правой. 3.11.03 выполнена операция: V-образная остеотомия левой стопы, ахилло-, плантотомия. Остеосинтез голени и стопы аппаратом Илизарова. Дистракция в течение 55 дней, фиксация в аппарате – 64 дня (рис. 2).

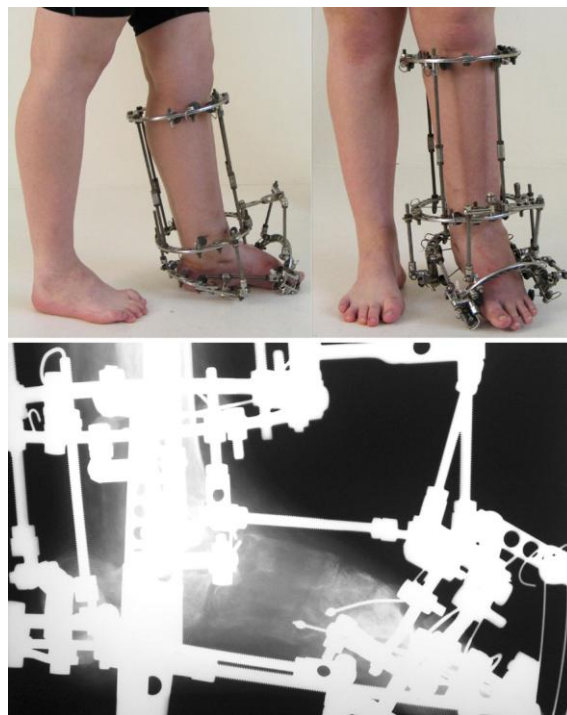


Рис. 2. Фото и рентгенограммы стоп пациентки на I этапе лечения

На следующем этапе лечения (17.09.04) была выполнена аналогичная операция на правой стопе. Дистракция – 28 дней, фиксация – 49 дней (рис. 3).

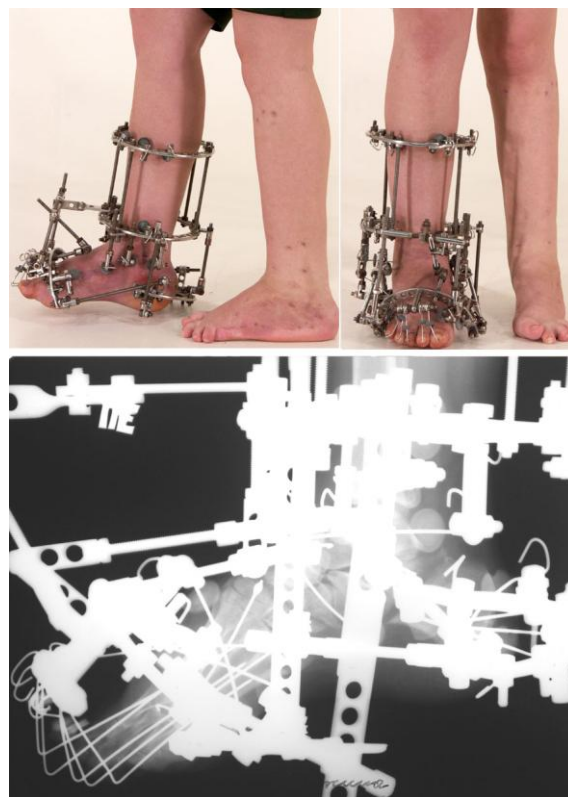


Рис. 3. Фото и рентгенограммы стоп пациентки на II этапе лечения

Следует отметить, что лечение осложнялось наличием выраженного остеопороза костей сто-

пы и плохой устойчивостью мягких тканей стоп к растяжению, что выражалось в постоянном прорезывании мягких тканей спицами и вырезывании спиц из костей уже на ранних сроках коррекции (3-4 неделя). При этом темп дистракции оставался стандартным (1-1,5 мм в сутки). Основной причиной этого, на наш взгляд, являлась основная патология (нарушение трофики стоп вследствие патологии спинного мозга). Кроме того, очаги хронической инфекции (обширные рубцы и спайки) после перенесенного остеомиелита представляли определенную угрозу и могли привести к развитию острого воспалительного процесса в области стопы. В связи с этим особое внимание было уделено перевязкам, проводился постоянный контроль температуры, общих анализов крови, мочи. На обоих этапах проводилось лечение нефротического синдрома на фоне хронического пиелонефрита и хронической почечной недостаточности.

Все осложнения были успешно купированы, и в результате лечения левая стопа удлинена на 6 см, правая – на 5 см, устранены деформации обеих стоп (рис. 4). Длина стоп – 24 см. Пациентка ходит в обычной обуви 38 размера без дополнительных средств опоры.

На контрольных осмотрах через 6 месяцев, 1 год и 2 года результат лечения сохранен. Движения в левом голеностопном суставе с амплитудой в пределах 50° (140-80°); в правом – 70° (140-70°). Пациентка ходит самостоятельно, не хромает. Регулярно получает физиолечение, массаж, занимается лечебной гимнастикой.

Таким образом, применение метода чрескостного остеосинтеза при лечении пациентов с тяжелой деформацией стоп вследствие врожденной спинномозговой грыжи, сопровождающейся различными нейротрофическими нарушениями и соматической патологией, является эффективным. Благодаря малой травматизации, дозированной направленной коррекции, возможности ранней функциональной адаптации оперированной конечности, даже в самых тяжелых случаях метод чрескостного остеосинтеза по Илизарову позволяет осуществить полное

анатомическое и в значительной степени функциональное восстановление пораженного сегмента конечности, что, в конечном итоге способствует повышению самооценки и социальной адаптации пациента.



Рис. 4. Фото и рентгенограммы стоп пациентки после проведенного лечения

ЛИТЕРАТУРА

1. Илизаров, Г. А. Способ лечения эквинополой деформации стопы / Г. А. Илизаров, В. И. Шевцов, Н. В. Кузьмин. // Ортопед., травматол. – 1983. - № 5. – С. 46-48.
2. Илизаров, Г. А. Методика коррекции по Илизарову многокомпонентных деформаций стоп врожденной и приобретенной этиологии у взрослых / Г. А. Илизаров, В. И. Шевцов, Г. Р. Исмаилов // Современные аспекты чрескостного остеосинтеза по Илизарову : материалы науч. конф. – Казань, 1991. – С. 3-5.
3. Левин, А. Н. Система дифференцированного оперативного лечения мионейрогенных деформаций стоп у взрослых / А. Н. Левин // Актуальные вопросы и перспективы развития многопрофильного лечебного учреждения : тез. докл. Всерос. науч. конф. – Шиханы, 2001. – С. 245-246.
4. Ульрих, Э. В. Аномалии развития позвоночника / А. В. Ульрих. – СПб. : Сотис, 1995. – 335 с.
5. Устранение многокомпонентных деформаций стоп у взрослых методом Илизарова : метод. рекомендации / ВКНЦ «ВТО» ; Сост.: В. И. Шевцов, С. Я. Зырянов, Г. Р. Исмаилов. – Курган, 1992. – 20 с.
6. Чернов, А. П., Комплексное лечение больных с паралитическими деформациями стоп / А. П. Чернов, И. И. Лосев. – Самара, 2003. – 200 с.

Рукопись поступила 15.09.06.