

Результат лечения ребенка с врожденной рецидивирующей косолапостью методом Илизарова

С.С. Леончук

The result of treatment in a child with congenital recurrent clubfoot by the Ilizarov method

S.S. Leonchuk

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" имени академика Г. А. Илизарова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курган (директор — д. м. н. А. В. Губин)

Приводится клиническое наблюдение по лечению ребенка с врожденной двухсторонней рецидивирующей косолапостью методом чрескостного остеосинтез по методу Г.А. Илизарова. После проведенного лечения полностью исправлена деформация стоп, восстановлена опороспособность обеих нижних конечностей.

Ключевые слова: врожденная косолапость, рецидив, чрескостный остеосинтез, школьный возраст.

A clinical case presented on treatment of a child with congenital bilateral recurring clubfoot using transosseous osteosynthesis method according to G.A. Ilizarov. After treatment feet deformity corrected completely, weight-bearing of both lower limbs recovered.

Keywords: congenital clubfoot, recurrence, transosseous osteosynthesis, school age.

ВВЕДЕНИЕ

Врожденная косолапость является одним из лидеров среди врожденной патологии опорно-двигательной системы. До настоящего времени вопросы этиопатогенеза остаются открытыми. Случаи запущенной косолапости накладывают социальное, психологическое и финансовое бремя на пациентов, их семью и общество и зачастую могут являться причиной инвалидности [5]. Наличие мышечного дисбаланса, напряжения укороченных мягких тканей, изменений в сосудистом бассейне, дефицит периферической импульсации пораженной конечности [1], особенно на фоне роста ребенка и ранее проведенных вмешательств, приводят к развитию вторичных изменений костной системы голени и стопы, способствуя рецидиву и укреплению деформации сегмента. Традиционные методики консервативного лечения рецидивирующих форм косолапости в группе пациентов школьного возраста и старше являются малоэффективными, и на первый план уже выходят оперативные вмешательства на костях стопы и голени [1, 3, 4]. Лечение пациентов с врожденной косолапостью в клинике Г.А. Илизарова началось с 1974 года. Эволюция метода заключалась в развитии индивидуального и комплексного подходов в оперативном и восстановительном лечении пациентов с данной врожденной патологией [2].

Приводим клиническое наблюдение.

Пациент И., 14 лет. Диагноз: врожденная двухсторонняя рецидивирующая косолапость. Эквино-поло-варусно-приведенная деформация обеих стоп (IV степени по С.С. Беренштейну). При поступлении в клинику Центра предъявлял жалобы на деформацию, боли в обеих стопах при непродолжительной нагрузке, нарушение опороспособности нижних конечностей, сложности в подборе обуви, психологический дискомфорт. Получал четырехкратно лечение на каждой стопе по поводу ее деформации. С трехнедельного возраста лечение мето-

диками этапного гипсования, деформация стоп была исправлена, но к возрасту одного года развился рецидив деформации обеих стоп. Повторное лечение ребенок получал уже в возрасте двух и семи лет хирургическим методом на сухожильно-капсульном аппарате голени и стоп по Зацепину. Со слов родителей, деформации стоп были исправлены после данных этапов, но рецидива избежать не удалось. Неоднократно проведенные курсы консервативного лечения, ношение ортопедической обуви не дали значительного положительного эффекта. С возрастом деформация не только усилилась, но и не поддавалась консервативным методам коррекции (повторное гипсование в 12-ти летнем возрасте без эффекта). Объективно: пациент ходил с помощью трости, хромая на обе нижние конечности. При клиническом обследовании отмечалась эквино-поло-варусно-приведенная деформация обеих стоп (рис. 1, а, б, в, г, д). Правая стопа: эквинус 115 градусов, приведение переднего отдела стопы 40, супинация переднего отдела 20, супинация заднего – 15, свод 95. Левая стопа: эквинус 110°, супинация переднего отдела 40, приведение переднего отдела 40, супинация заднего отдела стопы 10 градусов, свод 100. Отмечалось выраженное напряжение ахиллова сухожилия и подошвенного апоневроза с обеих сторон, наличие гипертрофических рубцов 12 и 6,5 см длиной, спаянных с подлежащими тканями по задней поверхности нижней трети голени и медиально-плантарной поверхности стоп соответственно, гиперкератоза по наружному краю стоп. При ручной редрессации компоненты деформации стоп не исправлялись. Объем движений в голеностопных суставах составлял 10 градусов. Рентгенологически визуализировалась следующая картина: эквино-поло-варусно-приведенная деформация стоп. Дефект кубовидной кости правой стопы. Подвывих в таранно-ладьевидном, подтаранном суставах, уплоще-

ние тела и заднего края таранной кости, скошенность клиновидных костей, аддукция I-III плюсневых костей, умеренное сужение, деформация щели голеностопных суставов, Шопарова сустава стоп (рис. 1, е, ж). 36 баллов по шкале AOFAS при оценке среднего отдела стопы, 31 балл при оценке заднего отдела стопы.

Данному пациенту с целью восстановления опороспособности нижних конечностей и наиболее ранней активизации было выполнено этапное оперативное лечение на каждой стопе. На первом этапе было решено выполнить оперативное пособие в объеме ахилло-, плантотомии, проведения спиц на голени, стопе, пальцах стопы и монтажа аппарата Илизарова для дозированной коррекции деформации сначала наиболее

деформированной стопы (правой). Постепенная коррекция деформации правой стопы аппаратом Илизарова составила 60 дней, затем была выполнена стабилизирующая операция – трехсуставной артродез правой стопы и фиксация достигнутого результата аппаратом Илизарова (еще 2 месяца) (рис. 2). На левой стопе мы пошли аналогичным путем. Сначала постепенно в течение 43 дней исправили деформацию сегмента аппаратом Илизарова, предварительно также выполнив вмешательства на мягких тканях в том же объеме. Затем, не снимая аппарата Илизарова, была выполнена аналогичная стабилизирующая операция как на правой стопе. Фиксация после второго этапа лечения левой стопы аппаратом Илизарова составила 53 дня (рис. 3).

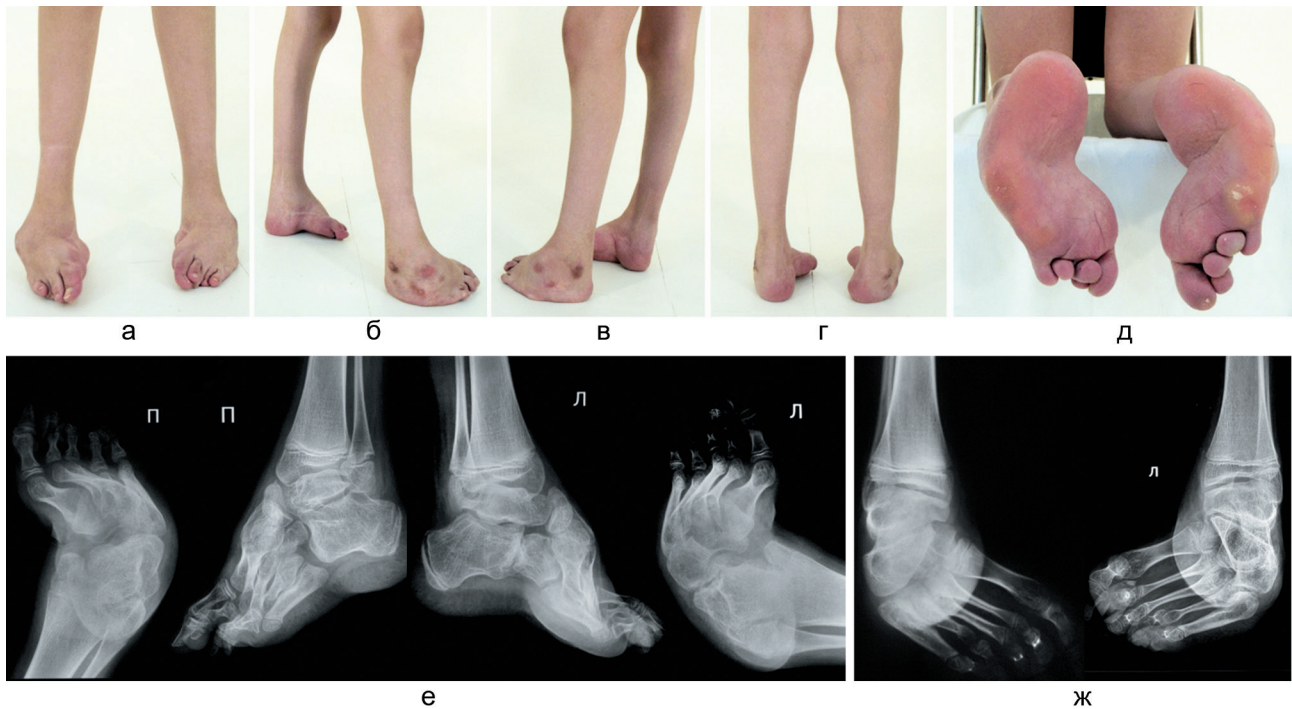


Рис. 1. Фото и рентгенограммы стоп пациента до лечения

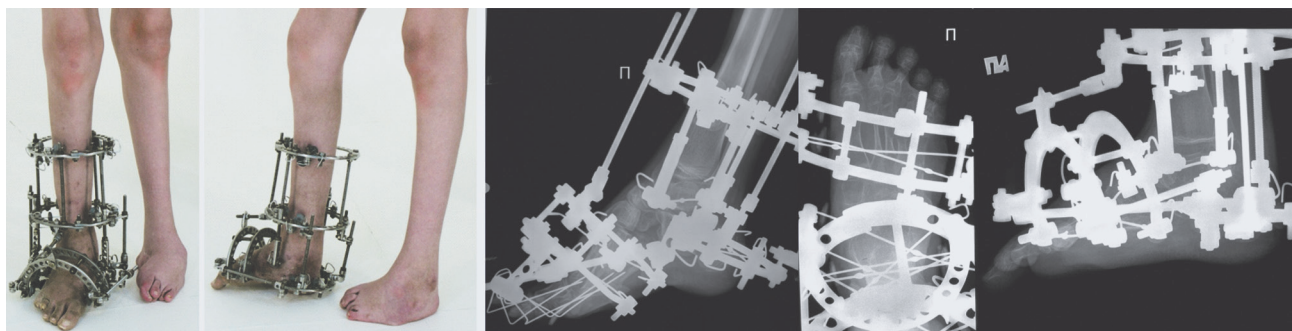


Рис. 2. Фото и рентгенограммы правой стопы пациента в процессе лечения

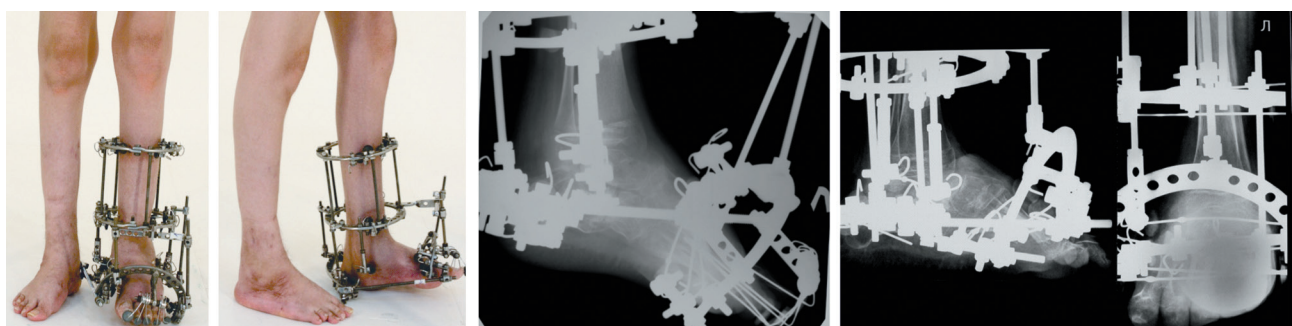


Рис. 3. Фото и рентгенограммы левой стопы пациента в процессе лечения

После демонтажа аппарата производилась дополнительная иммобилизация нижних конечностей гипсовой лонгетой от верхней трети голени до пальцев стопы в течение 1,5 месяцев. В результате проведенного лечения была полностью исправлена деформация стоп (рис. 4). На контрольном осмотре через 2 года результат

лечения сохраняется, пациент самостоятельно ходит в ортопедической обуви без дополнительных средств опоры (рис. 5). Объем активных движений в голеностопных суставах составляет 25 градусов. 82 балла по AOFAS при оценке среднего отдела стопы, 89 баллов при оценке заднего отдела стопы.



Рис. 4. Фото и рентгенограммы стоп пациента в день снятия аппарата Илизарова с левой голени и стопы, результат лечения на правой стопе через 8 месяцев после снятия аппарата Илизарова

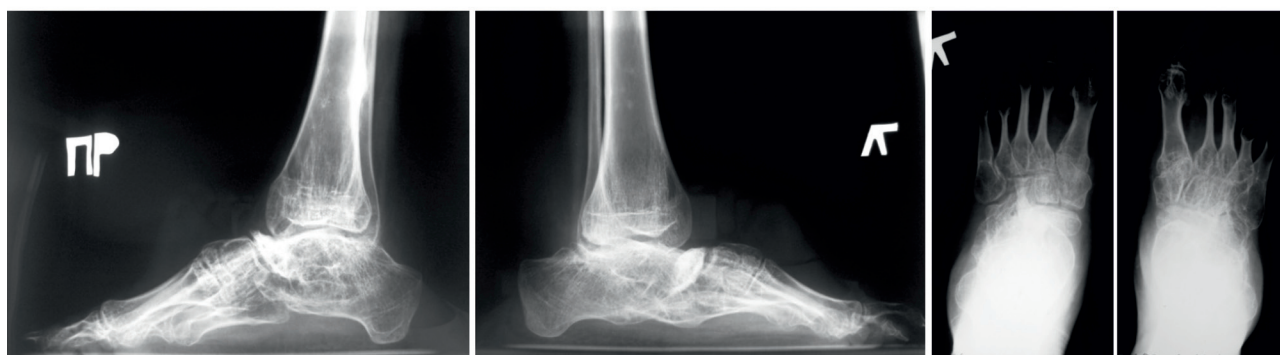


Рис. 5. Фото и рентгенограммы стоп пациента после лечения (отдаленный результат)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование метода чрескостного остеосинтеза по Илизарову при лечении больных с врожденной рецидивирующей косолапостью позволяет селективно подойти к оперативному вмешательству у каждого ребенка в зависимости от возрастных особенностей скелета стопы и степени деформации. Сочетание опера-

тивных методик с оптимальным послеоперационным ведением и комплексным восстановительным лечением способствует достижению хорошего результата лечения и минимизирует вероятность рецидива деформации, тем самым способствуя социальной адаптации ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клычкова И. Ю. Комплексное лечение детей старшей возрастной группы с врожденной косолапостью // Травматология и ортопедия России. 2011. № 2 (60). С. 125-131.
2. Шевцов В. И., Исмаилов Г. Р. Чрескостный остеосинтез в хирургии стопы. М.: Медицина, 2008. 360 с.
3. Hoque M.F., Uddin N., Sultana S. Operative management of rigid congenital club feet in Bangladesh // Int. Orthop. 2001. Vol. 25, No. 4. P. 260-262.
4. Kirienko A., Villa A., Calhoun J.H. Ilizarov technique for complex foot and ankle deformities. New York : Marcel Dekker Inc., 2004. 459 p.
5. Ponseti I. Clubfoot: Ponseti management. 2nd ed. / ed. by L. Staheli. Global Help Publications, 2005. 31 p.

Рукопись поступила 18.01.2013.

Сведения об авторе:

Леончук Сергей Сергеевич – ФГБУ «РНЦ» «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России, аспирант лаборатории коррекции деформаций и удлинения конечностей; e-mail: leon4yk@mail.ru.

Предлагаем Вашему вниманию



Швед С.И., Насыров М.З.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОЭПИФИЗЕОЛИЗАМИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ГОЛЕНИ МЕТОДОМ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Курган, 2012. – 189 с.

Монография посвящена проблеме восстановительного лечения детей с травмами дистального отдела берцовых костей голени, сопровождающихся повреждением эпифизарного росткового хряща. Данный сегмент опорно-двигательного аппарата является оптимальной моделью для изучения повреждений, вызывающих разрушение эпифизарного росткового хряща (ЭРХ) и его последствий.

На большом клиническом материале показана обоснованность и эффективность методик чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова при лечении больных с травмами дистального эпифизарного росткового хряща берцовых костей. Предложены рациональные, щадящие методики остеосинтеза и компоновки аппарата с учетом возраста пациентов и специфики повреждения. Этиопатогенетически обоснован оптимальный динамический режим межфрагментарного взаимодействия на период консолидации, создаваемый во время остеосинтеза и регулируемый компоновками аппарата Илизарова, дифференцированно учитывающими особенности различных по свойствам повреждаемых тканей. Показаны возможности неинвазивных методов исследования: сонографии и непрямой денситометрии и морфометрии для динамического контроля и коррекции процесса восстановления повреждённых тканей на уровне дистального отдела голени у детей.

Книга предназначена для травматологов-ортопедов и специалистов, исследующих проблемы растущих костей.

Дополнительную информацию можно получить по тел.: 8(3522)23-07-76, 8(3522)41-41-80
и по e-mail: rehabilitation@ilizarov.ru.
