

© Группа авторов, 2011

УДК 616.718.726-007.21-089.227.84:617.586-007.58-001

Результат замещения костного и мягкотканого дефектов заднего отдела стопы при посттравматическом плоскостопии

С. Я. Зырянов, Ю. П. Солдатов, С. С. Зырянов

The result of filling hindfoot bone and soft-tissue defects for post-traumatic flatfoot

S. Ya. Zyrianov, Yu. P. Soldatov, S. S. Zyrianov

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. акад. Г. А. Илизарова» Минздравсоцразвития РФ, г. Курган (директор — д. м. н. А. В. Губин)

Публикуется методика оперативной коррекции посттравматической деформации заднего отдела стопы с дефект-псевдоартрозом пяточной кости, сопровождающимся трофической язвой и дефектом мягких тканей подошвенной стороны пяточной кости.

Ключевые слова: посттравматическое плоскостопие; дефекты кости и мягких тканей; оперативное лечение; аппарат Илизарова.

The technique of surgical correction of hindfoot posttraumatic deformity with calcaneal defect-pseudoarthrosis accompanied by a trophic ulcer and soft-tissue defect of calcaneal plantar part has been published in the work.

Keywords: posttraumatic flatfoot; bone and soft-tissue defects; surgical treatment; the Ilizarov apparatus.

Открытые переломы пяточной кости с большим смещением костных фрагментов нередко осложняются трофической язвой с выраженным дефектом мягких тканей на подошвенной поверхности заднего отдела стопы. Функциональная нагрузка стопы становится болезненной и часто невозможной как по причине костных деформаций, так и из-за трофической язвы. Особая структура кожи и подкожной клетчатки подошвенной поверхности заднего отдела стопы обосновывает целесообразность выполнения пластики кожных покровов местными тканями.

Представляем клиническое наблюдение, показывающее эффективность данной методики у больных с дефект-псевдоартрозом пяточной кости, сопровождающимся трофической язвой. Больная Т., 43 лет, обратилась с жалобами на деформацию левой стопы, боли по подошвенной поверхности заднего отдела и трофическую язву в этой области, которые исключали полноценную функциональную нагрузку левой нижней конечности. Определялось скудное серозное отделяемое, периодически выделяющееся из язвы.

Восемь лет назад в результате автоаварии получила открытый перелом пяточной кости левой стопы. Пациентке при поступлении осуществлена трансартикулярная фиксация и чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова.

В связи с тактическими и техническими погрешностями перелом пяточной кости не сросся, и на подо-

швенной поверхности заднего отдела стопы образовалась трофическая язва (рис. 1, 2).

Через два года после травмы осуществлена остеотомия тела пяточной кости левой стопы перпендикулярно его продольной оси и, соответственно, зоне несращения, выполнен остеосинтез аппаратом Илизарова.

После смещения фрагмента пяточной кости по вектору, уменьшающему натяжение мягких тканей на подошвенной поверхности заднего отдела стопы, мы произвели пластику кожи местными тканями. Патологические изменения на стопе при иссечении трофической язвы значительно превышали видимые размеры. Через шесть дней начали дистракцию для восстановления формы заднего отдела стопы и устранения дефекта кости, создавая оптимальные условия для регенерации кожи и консолидации кости (рис. 3, 4, 5, 6).

Результат лечения изучен через два года и пять лет. Пациентка ходит в любой обычной обуви и, несмотря на длительную ходьбу в течение дня из-за условий работы, дискомфорта не испытывает, не хромает.

Таким образом, данная методика позволяет одновременно устранить как костную патологию, так и дефект мягких тканей заднего отдела стопы, а преимущества метода чрескостного остеосинтеза по Илизарову создают взаимные оптимальные условия для сращения, сохраняя и восстанавливая структуру кожи и подкожно-жирового слоя.



Рис. 1. Внешний вид левой стопы больной Т., 43 лет, до операции



Рис. 2. Рентгенограмма в боковой проекции левой стопы больной Т., 43 лет, до операции

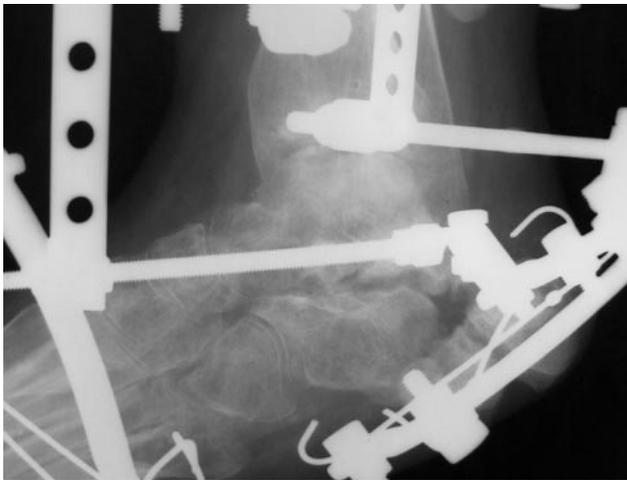


Рис. 3. Рентгенограмма в боковой проекции левой стопы больной Т., 45 лет, в процессе дистракции



Рис. 4. Внешний вид левой стопы больной Т. после снятия швов



Рис. 5. Рентгенограмма левой стопы в боковой проекции больной Т. Результат через 2 года



Рис. 6. Внешний вид левой стопы больной Т., результат кожной пластики. В процессе дистракции пяточной кости

Рукопись поступила 26.11.10.

Сведения об авторах:

1. Зырянов Сергей Яковлевич — ОКБ № 2 г. Тюмени, врач ортопед-травматолог высшей категории, д. м. н.
2. Солдатов Юрий Петрович — ФГБУ «РНИЦ «ВТО» им. акад. Г. А. Илизарова Минздравсоцразвития России, заведующий лабораторией коррекции деформаций, удлинения и замещения дефектов конечностей, д. м. н., профессор
3. Зырянов Сергей Сергеевич — ФГБУ «РНИЦ «ВТО» им. акад. Г. А. Илизарова, ортопед-травматолог, аспирант.