

НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЯМИ, ДЕФЕКТАМИ И АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ КОСТЕЙ СТОПЫ МЕТОДОМ УПРАВЛЯЕМОГО ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Исмаилов Г.Р.

Тегеран-Иран, клиника «Милад»

Актуальность проблемы лечения больных с деформациями, дефектами и аномалиями развития костей стопы обусловлена большой распространенностью данных видов патологии с тенденцией постоянного увеличения вследствие техногенной травмы и последствий вооруженных конфликтов. В то же время оперативное лечение больных с патологией стопы сопровождается большим количеством осложнений и неудовлетворительных исходов, а в ряде случаев признается невозможным.

Прогресс в развитии хирургии стопы наметился с внедрением в клиническую практику метода управляемого чрескостного остеосинтеза.

Работа основана на опыте лечения 537 больных (627 стопы) в возрасте от 1 года до 65 лет. Больных с врожденной патологией стопы было 59%, с приобретенной патологией (41%). Укорочение стопы составляло от 0,5 до 18 см. Полностью отсутствие стопы отмечалось у 2 больных.

Все больные имели выраженный патологический симптомокомплекс, характеризовавшийся сочетанием дефектов костной ткани сегментов стопы и их деформацией, которые в подавляющем большинстве случаев были многокомпонентными и осложнялись нарушением суставных взаимоотношений, грубыми изменениями со стороны мягких тканей.

Использованные нами приемы обеспечили необходимую жесткость фиксации и возможность одномоментного или дозированного разноплоскостного перемещения костей и их фрагментов в заданных направлениях. Это явилось оптимальным условием для формирования костного регенерата как основы восстановления необходимой формы и размеров стопы.

Отличительной особенностью применяемой техники выполнения остеотомии и формирования костных отщепов является малая травматизация окружающих тканей.

Доступ к поверхности кости осуществляется, как правило, через минимальный разрез размером 0,5-1,5 см, что снижало кровопотерю, препятствовало образованию обширных рубцов, создавало оптимальные условия для заживания. Данные методики позволяли выделять необходимое количество костных фрагментов без нарушения сосудисто-нервных образований и мышечно-связочного аппарата, что обеспечило оптимальные условия остеорепарации и предупреждало развитие послеоперационных осложнений.

При устранении деформаций средняя продолжительность лечения составила $52,0 \pm 2,3$ дня, при замещении дефектов костей стопы - $85,8 \pm 7,2$ и при лечении больных с врожденными аномалиями развития - $91,0 \pm 3,8$ дней.

Встретившиеся ошибки осложнения: воспаление мягких тканей вокруг спицы, поверхностный некроз кожи, прорезывание спиц из кости, прорезывание спицами мягких тканей, экзостозы, преждевременная консолидация, контрактура плюснефаланговых и межфаланговых суставов пальцев стопы не влияли на окончательный результат лечения и составляли 8,9% от общего числа оперированных больных.

Оценка результатов лечения проводилась нами дифференцировано с учетом вида патологии и степени ее выраженности на момент начала лечения, имея в виду сохранность функции суставов, объем утраченной костной ткани, а также характера и величины деформации. Ближайшие результаты лечения изучены у всех больных в сроки 1,5-2 месяца, 6 и 12 месяцев после снятия аппарата Илизарова, а отдельные - у 3328 больных (68,1%).

В целом при лечении патологии костей стопы «хорошие» результаты получены в 91,1% от общего числа, а «удовлетворительные» составляют 8,9%, «неудовлетворительные» не наблюдались.

Результаты проведенных рентгенологического контроля, физиологических и денситометрических исследований свидетельствуют о проемлемости и эффективности метода чрескостного остеосинтеза при лечении патологии стопы.

Таким образом, клиническое внедрение разработанной комплексной системы оперативного лечения больных с патологией стопы позволило значительно повысить эффективность оказания населению специализированной ортопедической помощи в рамках преимущественно одноэтапного лечебного процесса, исключая развитие рецидива патологии.