

ВАРИАНТ ВЫПОЛНЕНИЯ АРТРОДЕЗА ПОДТАРАННОГО СУСТАВА

Р.М. Тихилов, Н.А. Корышков, А.М. Привалов, Ю.А. Безгодков

ФГУ "Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена Росмедтехнологий",
директор – д.м.н. профессор Р.М. Тихилов
Санкт-Петербург

Посттравматическая деформация заднего отдела стопы, изменения в подтаранном суставе – важные проблемы современной травматологии. Описан способ выполнения артродеза подтаранного сустава с применением биорезорбируемого имплантата «Stryker» у пациентки с посттравматическим артрозом подтаранного сустава и деформацией заднего отдела стопы. Приведена схема оперативного вмешательства. Срок наблюдения составил 1,5 года. Отмечен положительный клинический результат.

Ключевые слова: подтаранный сустав, деформация заднего отдела стопы, биорезорбируемый имплантат.

Post-traumatic disorders and deformities of the hindfoot are important problems of modern traumatology. Original technique for stabilization of talocalcaneal joint and correction of hindfoot deformity by special bioresorbable transplant is described. Diagram illustrating the method of fixation is presented.

Key words: talocalcaneal joint, hindfoot deformity, bioresorbable implant.

Переломы тела пяточной кости со смещением отломков и нарушением конгруэнтности в подтаранном суставе приводят к изменениям статики и динамики нижней конечности, развитию посттравматического плоскостопия, возникновению стойкого болевого синдрома. Достичь хороших результатов консервативными методами лечения в большинстве случаев не удается [1–2, 4]. Одним из эффективных способов лечения последствий таких повреждений является артродезирование подтаранного сустава [1, 3, 5]. В зависимости от вида деформации и выраженности дефекта пяточной кости разработаны различные варианты артродеза с костной аутопластикой и фиксацией винтами или гипсовой повязкой [1, 3–5]. Нами выполнен артродез подтаранного сустава с использованием биорезорбируемого имплантата фирмы «Stryker» (регистрационное свидетельство ФС №2006/322 от 20.03.2006), применяемого для коррекции плоскостопия у детей и взрослых. Имплантат вводится через небольшой разрез в полость пазухи предплюсны, расклинивается в ней и позволяет корригировать вальгусную деформацию заднего отдела стопы (рис. 1).

Приводим случай клинического наблюдения.

Пациентка П., 32 лет, поступила в клинику РНИИТО им. Р.Р. Вредена с жалобами на выраженные боли и отёк мягких тканей в области наружной лодыжки правой стопы при ходьбе, не-

удобство при подборе и ношении обуви. В анамнезе: перелом пяточной кости за год до обращения. Механизм травмы – падение с высоты. Лечение проходила в травматологическом пункте по месту жительства. Репозиция не выполнялась, проведена гипсовая иммобилизация на 3 месяца. Спустя 5 месяцев после травмы возникли и стали нарастать боли и отёк мягких тканей, консервативные методы лечения положительного клинического эффекта не дали. При осмотре – пастозность в области наружной лодыжки, вальгусная деформация заднего отдела правой стопы, движения в подтаранном суставе болезненные. Диагноз: посттравматический деформирующий артроз подтаранного сустава правой стопы, выраженный болевой синдром (рис. 2).

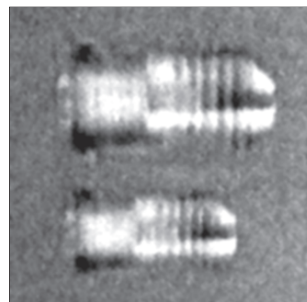


Рис. 1. Внешний вид имплантата



Рис. 2. Рентгенограмма больной П., 32 лет, до операции

Операция. Был выбран наружный операционный доступ с целью сохранения основных питающих сосудов стопы, проходящих в этой области. Выполнен дугообразный разрез длиной 6 см через середину пазухи предплюсны, окаймляющий наружную лодыжку на 0,5 см книзу от ее верхушки. Остро и тупо разведены ткани. Сухожилия малоберцовых мышц отведены вверх. В полость пазухи предплюсны введен биорезорбируемый имплантат «Stryker» диаметром, соответствующим степени выполняемой коррекции анатомических соотношений. Вальгусная деформация заднего отдела стопы устранена. Вскрыта полость подтаранного сустава. Остеотомом выполнена резекция суставных поверхностей таранной и пяточной костей в области задней суставной фасетки пяточной кости. В полость уложен костный аутографт, взятый через небольшой дополнительный разрез в нижней трети правой большеберцовой кости. Произведена фиксация двумя канюлированными винтами, проведенными через бугор пяточной кости в тело таранной кости (рис. 3). Выполнен интраоперационный рентгенологический контроль, подтвердивший правильные взаимоотношения костей и положение металлоконструкций (рис. 4). Рана послойно ушита. Использование имплантата позволило восстановить анатомические соотношения в заднем отделе стопы и значительно уменьшить объем взятого костного аутографтата.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 7 недель начата дозированная нагрузка на прооперированную нижнюю конечность с восстановлением полного веса к 12 неделе. Пациентка осмотрена через 1,5 года после операции. Купирован болевой синдром, походка обычная, отеков

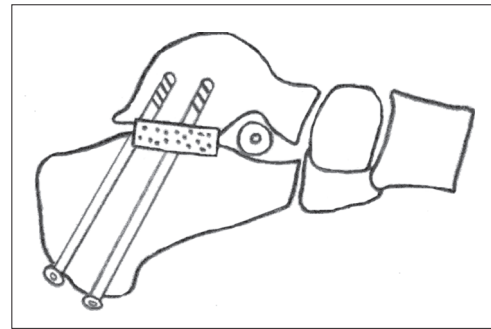


Рис. 3. Схема операции

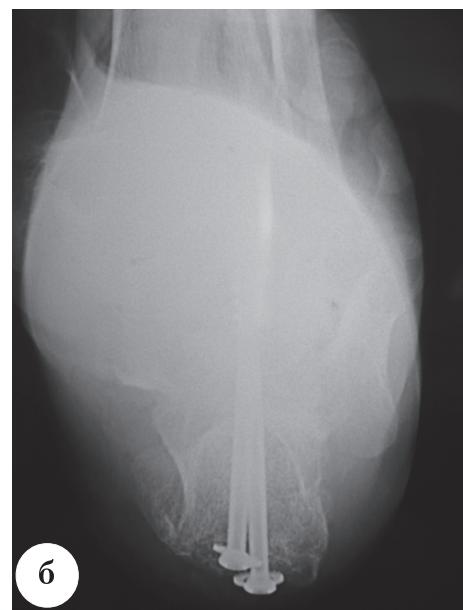


Рис. 4. Интраоперационные рентгенограммы больной П., 32 лет: а – боковая проекция; б – аксиальная проекция

нет. Выполнено КТ-исследование, подтвердившее костный анкилоз подтаранного сустава правой стопы и резорбцию трансплантата «Stryker». От предложенного удаления металлоконструкций пациентка отказалась. Биомеханический контроль осуществлен с применением системы «Диаслед», выявлено улучшение статики и динамики прооперированной стопы.

Полученные результаты лечения 3 больных позволяют рекомендовать применение предложенного способа артродеза с использованием биорезорбируемого имплантата в клинической практике.

Литература

1. Ерецкая, М.Ф. Костная гомопластика при лечении переломов пяточной кости / М.Ф. Ерецкая. // Труды ЛНИИТО. — Л., 1967. — Вып. 9. — С. 50 — 58.

2. Коряшков, Н.А. Травма стопы / Н.А. Коряшков. — Ярославль — Рыбинск, 2006. — 207 с.
3. Платонов, С.М. Хирургическое лечение переломов пяточной кости : дис. ... к.м.н. / С.М. Платонов. — Ярославль, 2006. — 153 с.
4. Cox, J.S. Surgical and nonsurgical treatment of acute ankle sprain // J.S. Cox // Clin. Orthop. — 1985. — N 198. — P. 118 — 126.
5. Young, C. Screw and tension band fixation for triple arthrodesis: A technique report / C. Young, P.J. Briggs // Foot Ankle Surg. — 2007. — Vol. 13, N 1. — P. 15 — 18.

Контактная информация:

Привалов Анатолий Михайлович, аспирант ФГУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена»
e-mail: info@miiito.org

VERSION OF THE SUBASTRAGALAR ARTHRODESIS

R.M. Tikhilov, N.A. Koryshkov, A.M. Privalov, Yu.A. Bezgodkov