

Удлинение короткой культы голени

Ф.Ф. Гофман

Elongation of a short leg stump

F.F. Hoffman

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган
(Генеральный директор — академик РАМТН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель наук РФ В.И. Шевцов)

Больной Х., 14 лет, обратился в РНЦ «ВТО» с жалобами на порочную культю правой голени, отсутствие возможности эффективного протезирования, так как короткая культя при ходьбе периодически вывихивается из гильзы протеза.

Из анамнеза выяснилось, что в 1993 г. выполнена ампутация голени в верхней трети по поводу синдрома длительного сдавления осложнившегося микроциркуляторной гангреной.

При клиническом осмотре обращает внимание короткая культя большеберцовой кости длиной 5 см, кожа малоподвижна, спаяна с подлежащими тканями и костью. Амплитуда движений в коленном суставе не ограничена. Ампутация на уровне *tuberositas tibia* (рис. 1).



Рис. 1. Рентгенограмма коленного сустава больного Х. до лечения.

Известно, что протезирование голени эффективно при длине культы 8-12 см [1].

При чрезмерно короткой культе голени используют протезы с глубокой посадкой и гильзой на бедре. Это тяжелые малофункциональные протезы, ограничивающие работоспособность человека [2].

Выполнение задачи, поставленной перед хирургами (удлинение культы большеберцовой кости на 5 см), осложнялось тем обстоятельством, что применить классическую технологию удлинения голени по Илизарову было не возможно. Остеосинтез короткой культы, попереч-

ная остеотомия и последующая дистракция, несомненно, привела бы к низведению надколенника и нарушению функции коленного сустава.

Операция осуществлена 16.11.95 г. - косая остеотомия культы большеберцовой кости произведена из разреза 2 см. с наружной поверхности голени снизу вверх, спереди назад, таким образом, чтобы *tuberositas tibia* вместе с прикрепляющейся собственной связкой надколенника остались на проксимальном фрагменте кости. Произведён остеосинтез культы голени и нижней трети бедра аппаратом Илизарова. Кольцевая опора, установленная в нижней трети бедра, связана с аппаратом на голени шарнирными узлами (рис. 2).



Рис. 2. Рентгенограмма коленного сустава больного Х. в день операции

Такая компоновка аппарата предотвратила сгибательную контрактуру коленного сустава. Одновременно с остеотомией были резецированы остеофиты культы. Дистракция начата через 5 дней после операции и продолжалась 45 дней. Период фиксации - 70 дней. Культя удлинена на 100% от исходной длины (рис. 3). Через 2 месяца после снятия аппарата: больной успешно пользуется гильзовым протезом, ходит с полной нагрузкой, амплитуда движений в коленном суставе не ограничена.



Рис. 3. Рентгенограмма коленного сустава больного X.
после удлинения культы голени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кондрашин Н. И., Санин В. Г. Ампутация конечностей и первичное протезирование. - М., 1984. - С.73-74
2. Болезни и пороки ампутационных культей нижних конечностей: Методические указания; – Сост.: В. Г. Санин, И.Г.Никоненко. - 1972. - 12с.

Рукопись поступила 24.12.97.