

Случай из практики

© В.К. Камерин, К.Э. Пожарищенский, 1998

ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНОГО ДЕФЕКТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ МЕТОДОМ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ТИБИАЛИЗАЦИИ МАЛОБЕРЦОВОЙ

В.К. Камерин, К.Э. Пожарищенский

TREATMENT OF AN EXTENSIVE TIBIAL DEFECT BY THE METHOD OF RECONSTRUCTIVE FIBULAR TIBIALIZATION

V.K. Kameran, K.E. Pozharischensky

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

В РНЦ «ВТО» у больного С., 25 лет, инвалида 2 группы с посттравматическим дефектом большеберцовой кости, осложненным хроническим остеомиелитом в условиях выраженного рубцового процесса на голени и трофической язвы успешно применена методика реконструктивной тибialisации малоберцовой кости путем образования ее дубликатуры. Дефект большеберцовой кости замещен, ликвидировано укорочение сегмента и восстановлена опороспособность конечности.

Ключевые слова: большеберцовая кость, малоберцовая кость, дефект, рубец, остеомиелит, язва, синостозирование, аппарат Илизарова.

A male patient S., 25 years old, who had Group II invalidism, was treated at RSC "RTO" for posttraumatic tibial defect, complicated by chronic osteomyelitis with marked scarry process of leg and trophic ulcer. The technique for reconstructive tibialisization of fibula by formation of its duplication was successfully used in this case. The tibial defect was substituted, segmental shortening was corrected, and limb weight-bearing was restored.

Keywords: tibia, fibula, defect, scar, osteomyelitis, ulcer, synostosing, the Ilizarov apparatus.

Метод межберцового синостозирования, как метод выбора, занял достойное место в восстановительной хирургии дефектов костей голени. В Российском научном центре «ВТО» накоплен значительный опыт использования малоберцовой кости, как пластического материала, когда дефект большеберцовой кости сопровождался обширными кожными рубцами, нередко спаянными с деструктивно-трофически измененными костными отломками и представлялось сложным возмещение дефекта методом удлинения отломков, а также выполнение реконструкции берцовых костей применением свободной костной пластики. Разнообразие методик остеосинтеза, вариантов формирования фрагментов берцовых костей, компоновки аппарата Илизарова позволяет на любом этапе контролировать репаративный остеогенез, производить его коррекцию, сочетать ликвидацию основной патологии с приемами, улучшающими косметический вид мягких тканей голени и ее формы.

Примером успешного применения одной из методик межберцового синостозирования может

служить следующее клиническое наблюдение.

Больной С., 25 лет, инвалид 2 группы, поступил в клинику с посттравматическим диафизарным дефектом левой большеберцовой кости 14 см, осложненным хроническим остеомиелитом.

Анатомическое укорочение сегмента 5 см. На рентгенограммах голени определялось несращение левой нормотрофичной малоберцовой кости в средней трети в состоянии дубликатуры. В межотломковом диастазе большеберцовой кости - осколки костной ткани припаянные к дистальному ее отломку. По передней полуокружности в средней трети голени определялся рубцово-измененный, резко истонченный втянутый кожный участок, спаянный с концевыми отделами отломков большеберцовой кости, размером 9х8 см. В средней и нижней трети голени имелись единичные свищи с незначительным гнойным отделяемым и трофическая язва размером 3х5 см. В голеностопном суставе - анкилоз в положении 100°. Необходимо отметить, что в течение двух лет после автодорожной травмы больному произведено 5 безуспеш-

ных операций (первичная хирургическая обработка с последующим металлоостеосинтезом, кожная пластика - 2, секвестрнекрэктомия, остеосинтез аппаратом Илизарова).

С учетом клинко-рентгенологических показателей больному выполнена методика реконструктивной тибализации, суть которой заключалась в формировании двух цилиндрических фрагментов малоберцовой кости и последующем дозированном перемещении последних в зону межотломкового диастаза большеберцовой кости тягой двумя парами наклонных дистракционных спиц с упорными площадками до образования дубликатуры по типу «двустволки».

В клинике центра больному наложен аппарат Илизарова на голень, с установкой базовых опор с перекрещивающимися спицами по общепринятой методике. Затем, во фрагменты малоберцовой кости провели по две наклонных спицы с упорными площадками со стороны, противоположной направлению перемещения. Выполнены остеотомии малоберцовой кости в верхней и нижней ее трети. На 8 день начали дозированное перемещение образованных цилиндрических фрагментов малоберцовой кости в зону межотломкового диастаза большеберцовой при помощи спиц с упорными площадками с темпом по 0,25 мм 3-5 раз в сутки. Причем, проксимальный фрагмент малоберцовой кости перемещали

к задне-наружной поверхности отломков большеберцовой, а дистальный - к передне-внутренней. Дистракция проксимального фрагмента составила 90 дней, дистального - 61. По достижению контакта фрагментов малоберцовой кости с отломками большеберцовой осуществляли в течение 122 дней их фиксации перекрещивающимися спицами в кольцевых опорах аппарата. Дефект замещен, достигнута опороспособность голени с правильной биомеханической осью, значительно улучшен косметический вид сегмента. Сдвоенная утолщенная малоберцовая кость позволила выдерживать статико-динамические нагрузки на конечность. Через 11 месяцев по просьбе пациента в клинике центра выполнена остеотомия берцовых костей в нижней трети с целью восстановления длины конечности.

При выписке поставленные задачи выполнены.

При контрольном осмотре через 3 года анатомо-функциональный результат сохраняется. На рентгенограммах определялись достаточного объема и плотности единый блок из сдублированных фрагментов малоберцовой и большеберцовой костей. Нейротрофических расстройств на наблюдалось, больной ходит без дополнительных средств опоры, ортопедической обуви. Учится в институте.



Рис. 1. Рентгенограммы больного С. до лечения.

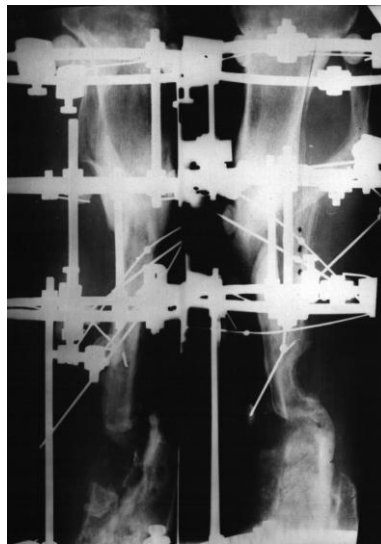


Рис. 2. Рентгенограммы больного С. в процессе тибализации.



Рис. 3. Рентгенограмма больного С. через 3 года после лечения.

Рукопись поступила 31.12.97 г.