

© Группа авторов, 1998

Способ лечения обширной фиброзно-кистозной дисплазии шеечно-вертельной области бедренной кости

В.И. Шевцов, Л.М. Куфтырев, К.Э. Пожарищенский, А.В. Злобин

Treatment Technique of Vast Fibrous and Cystic Dysplasia in Neck and Acetabular Area of Femur

V.I. Shevtsov, L.M. Kuftyrev, K.E. Pozharischensky, A.V. Zlobin

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)

Для лечения больных с поражением бедренной кости вертельно-шеечной локализации предложен новый способ, который путем внутрикостной резекции позволяет сохранить здоровые костные структуры в этой области и заместить образовавшийся дефект.

Ключевые слова: бедренная кость, вертельно-шеечная локализация, фиброзно-кистозная дисплазия, аппарат Илизарова.

New technique that allows to preserve intact bone structures and fill formed defect using intraosseous resection is offered in order to treat the patients with femoral injuries of acetabular and neck location.

Keywords: femur, acetabular and neck location, fibrous-cystic dysplasia, Ilizarov apparatus.

В клинической практике при лечении поражений бедренной кости шеечной и вертельной локализации возникают определенные трудности в воссоздании нормальных взаимоотношений костных отломков после резекции в данной области. Существующие способы лечения заключаются в обширной резекции пораженного участка кости, алло-, аутопластике и фиксации отломков различными видами наkostных и внутрикостных фиксаторов [1, 2, 3]. При этом, нагрузку на конечность позволяют осуществлять только через 6-7 месяцев после операции, сроки и степень которой зависят от степени перестройки трансплантатов в проксимальном отделе бедра. Однако использование трансплантатов нередко осложняется их отторжением или переломом, а при установке металлического фиксатора - разрушением головки бедра и ее лизисом. Кроме того, применение фиксатора требует повторного оперативного вмешательства по его удалению.

Нами предложен новый способ лечения поражения бедренной кости шеечно-вертельной локализации при доброкачественных опухолях, опухолеподобных заболеваниях и остеомиелитических полостях, который путем внутрикостной резекции позволяет сохранить здоровые костные структуры в этой области и заместить

образовавшийся дефект*. При этом остеотомию бедренной кости осуществляют по направлению с учетом образования шеечно-диафизарного угла при сопоставлении отломков. Фиксация отломков компрессионно-дистракционным аппаратом Илизарова позволяет осуществлять раннюю нагрузку на конечность, а, следовательно, делает пациентов функционально мобильными.

Техника остеосинтеза заключается в следующем: под общим обезболиванием осуществляют операцию, в ходе которой через разрез мягких тканей производят внутрикостную резекцию очага поражения вертельно-шеечной локализации в пределах здоровых костных структур. На бедренную кость накладывают аппарат Илизарова. Через нижний полюс сформированного дефекта выполняют остеотомию бедра с формированием проксимального конца дистального отломка бедра с учетом образования шеечно-диафизарного угла при планируемом сопоставлении отломков. Затем проксимальный конец дистального отломка бедра внедряют в проксимальный с созданием правильного шеечно-диафизарного соотношения. После

* Заявка №95121323 РФ МКИ7А61В17/56 Авторы: Шевцов В.И., Куфтырев Л.М., Пожарищенский К.Э. "Способ лечения поражения бедренной кости вертельно-шеечной локализации», заявлено 19.12.95г.

чего через оба отломка проводят спицы и фиксируют их в дуге аппарата Илизарова. Опоры между собой соединяют стержнями, рану послойно ушивают наглухо. Функциональную нагрузку на конечность осуществляют на третий день после операции. Данный способ использован при лечении четырех больных. Для иллюстрации приводим клиническое наблюдение: Больная К., 16 лет, находилась на лечении в Центре с диагнозом: Фиброзно-кистозная дисплазия проксимального отдела левого бедра. Рецидив. Соха vara 95° (рис. 1).



Рис. 1. Рентнограмма больной К., 16 лет, до лечения

По месту жительства больной дважды выполнялась внутрикостная резекция проксимального конца левой бедренной кости, причем во второй раз с обработкой полости жидким азотом и ее замещением кортикальным аллотрансплантатом.

В клинике «РНЦ ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова под эпидуральной анестезией произведена операция, в ходе которой через крыло подвздошной кости, на границе верхней и средней трети и в нижней трети бедра провели по 3 перекрещивающиеся спицы, которые зафиксировали в опорах аппарата Илизарова (дуге, 3/4 кольца и кольце).

Из разреза 9 см в области большого вертела выделили бедренную кость. Долотом выполнили внутрикостную резекцию патологически измененных тканей большого вертела и шейки бедра в пределах участков здоровой кости. В проекции нижнего края шейки бедра (граница участка неизмененной костной ткани) произвели косую остеотомию бедра снизу-снаружи, кверху-кнутри до образования клювовидного проксимального конца дистального отломка бедра, который соответствовал конгруэнтности образованного дефекта в проксимальном отломке бедра. В последующем дистальный отломок

внедрен в проксимальный в положении, соответствующем нормальному размеру шеечно-диафизарного угла (127°) до плотного контакта. Через область большого вертела и проксимальный конец дистального отломка бедра провели три перекрещивающиеся спицы, которые зафиксировали в дуге. Опоры между собой соединили стержнями. Рану послойно ушили наглухо (рис. 2, 3).

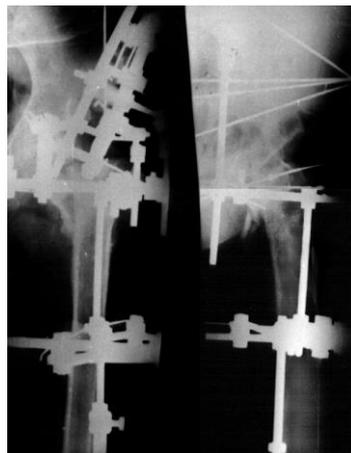


Рис. 2. Рентнограмма больной К., 16 лет, в процессе остеосинтеза



Рис. 3. Фото больной К., 16 лет, в процессе остеосинтеза

Послеоперационный период проходил без осложнений. Нагрузку на конечность начали на третьи сутки после операции. Фиксация в аппарате 119 дней. Достигнуто сращение отломков бедра с правильной установкой конечности.

При контрольном осмотре через 2 года положительный результат лечения сохраняется. Жалоб больная не предъявляет, опорность конечности полная, движения в тазобедренном суставе в полном объеме, отмечается рентгенологически продолжающаяся структурная перестройка кости в области оперативного вмешательства, шеечно-диафизарный угол 127°. Рецидива заболевания не выявлено (рис. 4, 5).

Таким образом, данный способ позволяет одноэтапно осуществить реабилитацию больных с анатомическим восстановлением шеечно-диафизарного угла и сохранением функции тазобедренного сустава, исключая повторные оперативные вмешательства, связанные с замещением образованного дефекта различными трансплантатами.



Рис. 4. Рентгенограмма больной К., 16 лет, результат лечения через 2 года

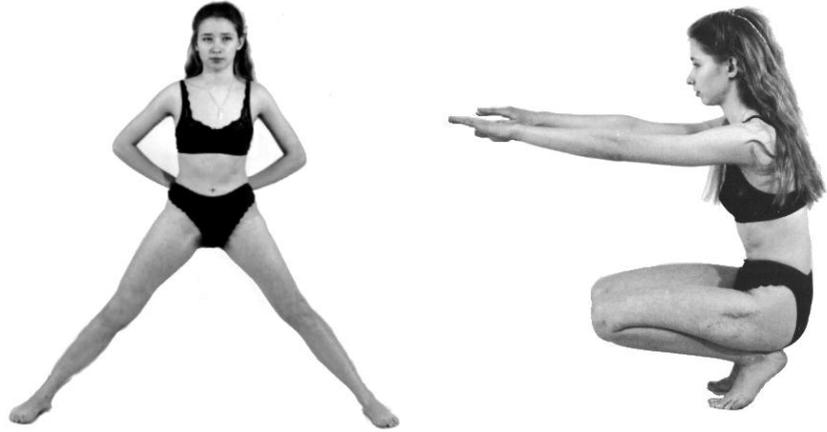


Рис. 5. Фото больной К., 16 лет, функциональный результат лечения через 2 года

ЛИТЕРАТУРА

1. Ревенко Т.А., Постерникова Т.Т. Наш опыт сберегательного хирургического лечения остеобластокластом верхнего конца бедра // Вопросы костной онкологии: Диагностика, клиника и лечение первичных опухолей костей. - М., 1977. - Ч. II. - С. 100
2. Стаматин С.И., Иваненко И.Н. Сберегательные и восстановительные операции при доброкачественных опухолях костей // Вопросы костной онкологии: Диагностика, клиника и лечение первичных опухолей костей. - М., 1977. - Ч. II. - С. 19-21.
3. Веджижев Г.М. Сберегательные операции в костной онкологии // Вопросы костной онкологии: Диагностика, клиника и лечение первичных опухолей костей. - М., 1977. - Ч. II. - С. 22-27.

Рукопись поступила 19.06.98.