

Способ лечения больных с краевыми дефектами длинных трубчатых костей

Ю.М. Сысенко, С.И. Швед

The Technique of Treatment of Long Bones Marginal Defects

Y.M. Sysenko, S.I. Shved

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 сообщении обосновывается актуальность проблемы лечения больных с переломами длинных трубчатых костей, сопровождающимися краевыми дефектами кости. Описана методика чрескостного остеосинтеза по Илизарову при вышеуказанных повреждениях. Делается вывод о высокой эффективности предлагаемого способа лечения данной категории больных.

Ключевые слова: перелом, длинные трубчатые кости, краевые дефекты, чрескостный остеосинтез, аппарат Илизарова.

The actual problem of the treatment of patients with long bone fractures followed by marginal bone defects is grounded in the report. The technique of transosseous osteosynthesis after Ilizarov in above injuries is described. The conclusion on high efficacy of the given technique of these patients management is made.

Keywords: fracture, long bone, marginal bone defects, transosseous osteosynthesis, Ilizarov apparatus.

При закрытых оскольчатых и, особенно, при открытых и огнестрельных переломах длинных трубчатых костей довольно часто результатом лечения указанных повреждений традиционными способами является образование краевых дефектов кости. Однако причиной возникновения в области перелома краевого дефекта кости может послужить не только чрезмерный радикализм оперирующего хирурга, но и сам травмирующий агент [2–5]. А.А. Шрейнер [6], изучая проблему репарации диафизарных дефектов длинных трубчатых костей, отмечал: «Удаление свободных костных осколков при раздробленных переломах, резекция кости при удалении кист, опухолей, одномоментное устранение деформаций кости после остеотомии, взятие крупных корковых трансплантатов для аутопластики – вот далеко не полный перечень ситуаций, при которых возникают краевые дефекты диафиза трубчатых костей». Но как бы то ни было, в области перелома создается ситуация, которая не позволяет надеяться на сращение костных отломков и восстановление анатомической формы кости.

О важности изучения данной проблемы свидетельствует и тот факт, что многие ученые серьезно занимаются решением этого вопроса, разрабатывая классификации повреждений, сопровождающихся образованием краевых де-

фектов кости [1], и предлагают свои способы лечения вышеуказанных переломов [2–5].

В нашем Центре разработаны принципиально новые методики лечения повреждений длинных трубчатых костей с краевыми дефектами кости [2–5], одна из которых будет продемонстрирована ниже на клиническом примере.

Больной В., 39 лет, поступил на лечение в РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А.Илизарова 7.09.97г. с диагнозом: Закрытые замедленно консолидирующиеся оскольчатые переломы обеих костей правой голени на уровне средней трети ее диафиза. Сгибательно-разгибательные контрактуры коленного и голеностопного суставов правой нижней конечности. Состояние после чрескостного остеосинтеза правой голени аппаратом Илизарова.

Из анамнеза известно, что травма получена 20.04.97г. Травма прямая, автодорожная.

С места получения травмы больной был доставлен в травматологическое отделение одной из городских больниц г. Кургана (Рис. 1), где ему произвели первичную хирургическую обработку ран бедра и голени правой нижней конечности и закрытый чрескостный остеосинтез правой голени аппаратом Илизарова.

Однако, несмотря на то, что была достигнута точная репозиция костных отломков и их стабильная фиксация осуществлялась аппаратом в

течение 4,5 месяцев, краевой дефект не заполнялся костным регенератом и сращения костных отломков не наступало (Рис. 2а). По этой причине больного направили на лечение в наш Центр.

При поступлении провели клиническую пробу – в средней трети правой голени определялась патологическая подвижность во всех плоскостях, но более выраженной она была в сагиттальной плоскости. Ввиду того, что вокруг большинства спиц отмечалось прорезывание мягких тканей, аппарат с правой голени был снят.

8.09.97г. под перидуральной анестезией больному был произведен закрытый чрескостный остеосинтез правой голени аппаратом Илизарова, во время которого на голени была создана углообразная деформация (рекурвация – 135°) до получения плотного контакта между отломками большеберцовой кости.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Со 2-го дня после чрескостного остеосинтеза больной начал ходить с нагрузкой на травмированную конечность и приступил к разработке движений в коленном и голеностопном суставах.

Через 30 дней после наложения на правую голень аппарата, когда в области перелома появилась периостальная костная мозоль, приступили к постепенному (по 0,25 мм 4 раза в день) исправлению углообразной деформации, которую вначале осуществляли при помощи балок (Рис. 3), а затем в аппарат были вмонтированы шарнирные системы. В процессе постепенного (в течение 27 дней) исправления углообразной деформации правой голени краевой дефект большеберцовой кости заполнялся дистракционным костным регенератом клиновидной фор-

мы (Рис. 2б, в, г).

После исправления углообразной деформации правой большеберцовой кости часть спиц была удалена, средние кольца аппарата демонтированы, а проксимальная и дистальная внешние опоры (кольца) соединены между собой телескопическими (дистракционными) стержнями. Такой компоновкой аппарата фиксацию отломков большеберцовой кости осуществляли в течение 33 дней (Рис. 2д).

Аппарат Илизарова был снят на 90 день после его наложения на правую голень – патологическая подвижность в области перелома не определялась (Рис. 4).

Результат изучили через 4 месяца после окончания лечения (Рис. 5, 6). Жалоб нет. Ходит с полной нагрузкой на правую ногу. Движения в правом коленном суставе: сгибание – 60°, разгибание – 180°. Движения в правом голеностопном суставе: тыльная флексия – 70°, подошвенная – 125°. Работает по прежней специальности. Лечение пациент доволен.

Таким образом, предлагаемый способ лечения тяжелых переломов длинных трубчатых костей, сопровождающихся образованием краевых дефектов кости, является высокоэффективным, так как позволяет закрыто добиваться размещения краевого дефекта кости путем получения дистракционного костного регенерата клиновидной формы, обеспечивает стабильную управляемую фиксацию костных отломков в процессе всего периода лечения и делает возможным раннее функциональное лечение (нагрузку и ЛФК). Все вышеперечисленное позволяет рекомендовать данный способ лечения для широкого внедрения в практическое здравоохранение.



Рис. 1. Рентгенограммы больного В., 39 лет, при поступлении

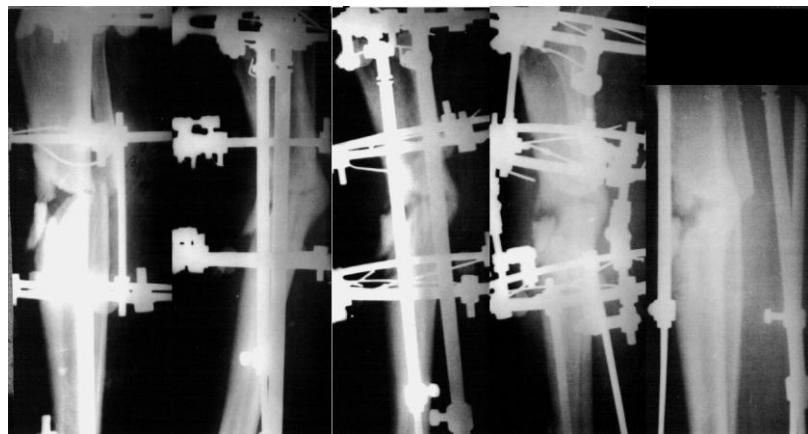


Рис.2. Рентгенограммы больного В., 39 лет, в процессе лечения (а, б, в, г, д – этапы лечения)



Рис.3. Фото больного В., 39 лет, в процессе лечения



Рис.4. Рентгенограммы больного В., 39 лет, после снятия с правой голени аппарата Илизарова (общий срок фиксации 90 дней)



Рис.5. Рентгенограммы больного В., 39 лет, через 4 месяца после окончания лечения

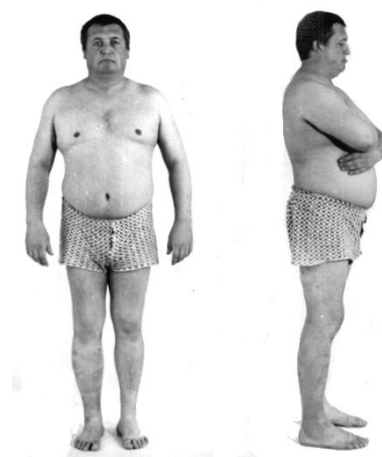


Рис.6. Фото больного В., 39 лет, через 4 месяца после окончания лечения

ЛИТЕРАТУРА

1. Голяховский В.Ю, Косматов В.И. Об очаговом диастазе при лечении переломов аппаратами внеочаговой фиксации // Ортопед. травматол. - 1974. - №5. - С. 45-47.
2. Швед С.И., Сысенко Ю.М., Новичков С.И. Лечение диафизарных оскольчатых переломов бедренной кости методом Илизарова // Травматол. ортопед. России. - 1994. - № 2. - С. 80-86.
3. Швед С.И. и др. Лечение больных с переломами костей предплечья методом чрескостного остеосинтеза / С.И. Швед, В.И. Шевцов, Ю.М. Сысенко. - Курган, 1997. - 300 с.
4. Швед С.И., Сысенко Ю.М., Новичков С.И. Устройство для репозиции и фиксации осколков // Гений ортопедии. - 1997. - № 4. - С. 57-59.
5. Шевцов В.И. и др. Лечение больных с переломами плечевой кости и их последствиями методом чрескостного остеосинтеза / В.И. Шевцов, С.И. Швед, Ю.М. Сысенко. - Курган, 1995. - 224 с.
6. Шрейнер А.А. К проблеме репарации краевых диафизарных дефектов кости // Анналы травматол. ортопед. - 1995. - № 2. - С. 27-29.

Рукопись поступила 28.06.98.