

Новые технологии

© Группа авторов, 2000

Способ лечения больных с краевым дефектом большеберцовой кости

С.И. Швед, Ю.М. Сысенко, С.И. Новичков

A technique for treatment of patients with a marginal tibial defect

S.I. Shved, Y.M. Sysenko, S.I. Novichkov

Государственное учреждение науки

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

В статье обосновывается актуальность лечения больных с оскольчатыми переломами большеберцовой кости, сопровождающимися краевым дефектом. Описана методика чрескостного остеосинтеза по Илизарову при лечении больных с вышеуказанными повреждениями. Делается вывод о высокой эффективности предлагаемого способа лечения данной категории травматологических больных.

Ключевые слова: стопа, деформация, чрескостный остеосинтез, рентгенологическая характеристика

Roentgenological distinctions of calcaneus, talus structure, as well as that of navicular bone and metatarsal bones were studied in 28 patients with feet deformities of different etiology. Character and markedness of roentgenological changes depend on etiology and severity of the disease, on functional potentials of foot.

Keywords: foot, deformity, transosseous osteosynthesis, roentgenological characteristic.

По мнению многих ученых [1–3, 5], в последнее время в большей степени изменился характер переломов длинных трубчатых костей вообще и повреждений большеберцовой кости в частности — увеличился удельный вес оскольчатых переломов.

Эти переломы, как правило, возникают в результате прямого удара, сопровождаются значительными повреждениями мягких тканей и костей, смещениями костных фрагментов (отломков и осколков) на большую величину, нарушениями кровообращения и иннервации [2, 3, 5].

Довольно часто при закрытых диафизарных оскольчатых повреждениях большеберцовой кости в области перелома образуется краевой дефект. Необходимо отметить, что причиной образования этого дефекта может послужить не только сама травма, но и чрезмерный радикализм оперирующего хирурга [3–7]. Но как бы то ни было, образовавшийся в области перелома краевой дефект не позволяет надеяться на сращение костных фрагментов (отломков и осколков) и анатомо-функциональное восстановление поврежденного сегмента.

О том, что проблема лечения травматологи-

ческих больных с краевыми дефектами большеберцовой кости актуальна и до настоящего времени, свидетельствует тот факт, что многие ученые серьезно занимаются решением этого вопроса, разрабатывая классификации таких переломов и предлагая свои способы лечения вышеуказанных повреждений.

В РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова разработаны принципиально новые методики лечения переломов длинных трубчатых костей вообще и оскольчатых переломов большеберцовой кости с краевым дефектом в частности, одна из которых будет продемонстрирована на клиническом примере.

Больной П., 72 лет, поступил на лечение в РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова 6.05.99 г. с диагнозом: Закрытый многооскольчатый перелом левой большеберцовой кости на уровне средней трети ее диафиза, двойной перелом левой малоберцовой кости в средней трети ее диафиза (рис. 1а). Множественные ушибы и ссадины тела.

Из анамнеза известно, что травма получена 5.05.99 г. Травма прямая, автодорожная.

С места автомобильной катастрофы попут-

ным транспортом больной был доставлен в ЦРБ по месту жительства. Там ему произвели рентгенографическое обследование, после которого на поврежденную голень наложили транспортную иммобилизацию шиной Крамера. На следующий день он был направлен на лечение в РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова.

При поступлении больной предъявлял жалобы на боли в левой голени.

Во время осмотра отмечался выраженный отек левой голени. Движения в коленном и голеностопном суставах левой нижней конечности были резко ограничены из-за болей. При пальпации отмечалась патологическая подвижность в средней трети левой голени и определялась крепитация костных фрагментов (отломков и осколков).

6.05.99 г. под перидуральной анестезией произвели закрытый чрескостный остеосинтез левой голени аппаратом Илизарова, состоящим из трех основных опор (колец).

Сопоставление основных костных фрагментов (отломков) было закончено на операционном столе, однако из-за смещения мелких костных фрагментов (осколков) в области перелома образовался краевой дефект большеберцовой кости по ее наружной поверхности. Устранить этот дефект одним из известных приемов – не удалось (рис. 1б).

Поэтому через 4 дня после наложения на поврежденную голень аппарата Илизарова во время повторного вмешательства через промежуточный фрагмент малоберцовой кости в косо-сагиттальной плоскости провели спицу, которую закрепили на дополнительной опоре (полукольце), вмонтированной в аппарат.

В течение 21 дня осуществляли постепенное и дозированное (по 0,25 мм 1 раз в день) перемещение промежуточного фрагмента малобер-

цовой кости в область перелома с таким расчетом, чтобы этот фрагмент в виде мостика «перекрыл» дефект большеберцовой кости по ее наружной поверхности (рис. 1в). Нужно отметить, что в тех случаях, когда имеется перелом малоберцовой кости только на одном уровне, необходимо произвести остеотомию этой кости на другом уровне, чтобы образовался промежуточный фрагмент длиной 8 – 10 см.

После перекрытия области перелома промежуточным фрагментом малоберцовой кости фиксацию костных отломков в таком положении осуществляли в течение 28 дней.

Затем удалили репозиционно-фиксационную спицу, и демонтировали из аппарата Илизарова опору (полукольцо), на которой была фиксирована эта спица. В аппарат вмонтировали шарнирные системы (рис. 1г), при помощи которых постепенно и дозированно (по 0,25 мм 4 раза в день) в течение 7 дней исправляли имевшуюся углообразную (вальгусную) деформацию левой большеберцовой кости.

Аппарат Илизарова сняли 22.07.99 г. на 87 день после его наложения на поврежденную голень – получено сращение костных фрагментов (отломков и осколков).

Анатомо-функциональный результат изучили через 4 месяца после окончания лечения (рис. 1д). Жалоб нет. Ходит с полной нагрузкой на левую ногу. Патологическая подвижность в средней трети левой голени не определяется. Ось левой голени клинически правильная. Отек на левой голени отсутствует. Движения в левом коленном суставе: сгибание – 50°, разгибание – 180°. Движения в левом голеностопном суставе: тыльная флексия – 70°, подошвенная – 120°. Пациент полностью обслуживает себя и не нуждается в постороннем уходе. Лечение доволен.

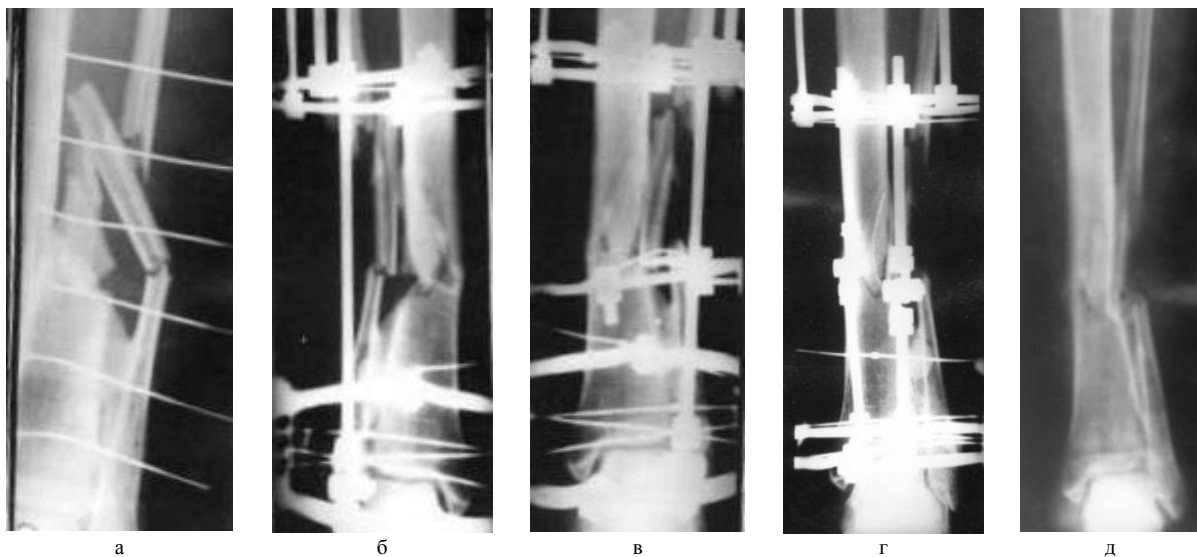


Рис. 1. Рентгенограммы больного П., 72 лет: а – при поступлении; б, в, г – в процессе лечения; д – через 4 месяца после окончания лечения

Таким образом, предлагаемый нами способ лечения закрытых диафизарных оскольчатых переломов большеберцовой кости, сопровождающихся краевым дефектом, является высокоэффективным средством лечения данной категории травматологических больных, так как позволяет закрытым путем добиться плотного контакта между костными фрагментами, обес-

печивает их стабильную управляемую фиксацию в процессе всего периода лечения и делает возможным раннее функциональное лечение (ЛФК и нагрузку). Все вышеперечисленное позволяет рекомендовать данный способ лечения для широкого внедрения в практическое здравоохранение.

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. Грицианов А.И. Обоснование чрескостного остеосинтеза закрытых оскольчатых переломов костей конечностей (экспериментальное исследование) // Военн.-мед. журн. – 1988. – № 2. – С. 38 – 42.
3. Сысенко Ю.М., Швед С.И. Способ лечения больных с краевыми дефектами длинных трубчатых костей // Гений ортопедии. – 1998. – № 3. – С. 74 – 76.
4. 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.
5. Швед С.И., Сысенко Ю.М., Новичков С.И. Устройство для репозиции и фиксации осколков // Гений ортопедии. – 1997. – № 4. – С. 57 – 59.
6. 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.
7. Шрейнер А.А. К проблеме репарации краевых диафизарных дефектов кости // Анналы травматол. ортопед. – 1995. – № 2. – С. 27 – 29.

Рукопись поступила 16.12.99.

Предлагаем вашему вниманию



В.И. Шевцов, В.Д. Макушин, Л.М. Куфтырев

Дефекты костей нижней конечности

Курган: Зауралье, 1996. - 504 с., ил. 413, библиогр. назв. 536.
ISBN 5-87247-072-X. Тв. пер-т. Ф. 29х19,5 см.

В книге с позиций современного управляемого чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова обосновывается этиопатогенез данных патологий, описывается технология остеосинтеза в зависимости от анатомо-функциональной семиотики и патологии, характеризуются возможные тактико-технические и лечебные ошибки и осложнения, способы их предупреждения и устранения, рекомендуется комплекс интенсификации лечебно-реабилитационных мероприятий.