

© Д.И.Фаддеев, 1995

РЕЗУЛЬТАТ ЛИКВИДАЦИИ УКОРОЧЕНИЯ 18 СМ И ПОРОЧНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ГОЛЕНИ У БОЛЬНОГО С АНКИЛОЗОМ КОЛЕННОГО И ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВОВ, РАЗРУШЕНИЕМ ГОЛОВКИ БЕДРА И ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПОСЛЕ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА И СЕПСИСА.

Д.И.ФАДДЕЕВ

Кафедра травматологии, ортопедии с военно-полевой хирургией Смоленской медицинской академии, г.Смоленск
(Заведующий — профессор Е.П.Рябчук)

Представлено клиническое наблюдение за устранением порочного положения голени с укорочением конечности на 18 см у 18-летнего больного, перенесшего в 8-летнем возрасте гематогенный остеомиелит с поражением всех трех крупных суставов правой ноги, тазовых костей и плевральных полостей с сепсисом. Устранение порочного положения и удлинение на 18 см достигнуто применением метода удлиняющего артродеза коленного сустава по Илизарову. Период устранения деформации составил 1 месяц, период выравнивания длины конечности — 4 месяца, период воспитания регенерата — 10,5 месяцев. Общий срок фиксации аппаратом — 1 год 4,5 месяца. Отдаленный результат прослежен через 14 лет, документирован рентгенограммами и фотографиями больного.

Ключевые слова: метод Илизарова, остеомиелит, коррекция деформаций, исправление укорочений.

Поражение костно-суставного аппарата в детском возрасте остеомиелитическим процессом и туберкулезом, а также врожденные аномалии развития конечностей обычно приводят к укорочению последних чаще всего за счет обоих сегментов. Укорочение одной нижней конечности вызывает не только функциональные нарушения и деформации скелета, но и тяжелые моральные страдания, обусловленные физическими и косметическими недостатками, пагубно отражаясь на образе жизни и судьбе больного. Укорочения после остеомиелита сопровождаются стойкими деформациями в области суставов, а в ряде случаев анкилозами в порочном положении, что резко усложняет лечение.

Предлагавшиеся ранее традиционные методики из-за своей сложности, обусловленной необходимостью рассечения фасций, удлинения сухожилий, трудностью удержания и фиксации костных фрагментов, не нашли широкого внедрения в практику и не смогли обеспечить хорошие результаты лечения. Поэтому, не имея надежных средств удлинения при больших укорочениях, хирурги часто прибегали к протезированию.

Новая эпоха в лечении этой патологии началась с внедрением методик чрескостного остеосинтеза по Илизарову, разработанных им и сотрудниками Курганского НИИЭКОТ²,

позволивших претворить в жизнь давнее желание больных и ортопедов — уравнивать длину ног за счет укороченного сегмента. Более того, при деформирующих артрозах коленного сустава, являющихся показанием к его артродезированию, была разработана методика удлиняющего артродеза, защищенная авторским свидетельством и изложенная в кандидатской диссертации профессора А.П.Барабаша. Эти методики основаны на устойчивой взаимной фиксации костных фрагментов, на сохранении их правильных взаимоотношений в течение всего периода удлинения, на возможности управления остеогенезом и преодоления сопротивления мягких тканей без дополнительного вмешательства на них и на возможности устранения сопутствующих деформаций и проведения раннего функционального лечения. В подтверждение вышесказанного приводим наблюдение за больным Гапоновым С.А., 19 лет, инвалиде II группы по заболеванию, перенесшим в 8-летнем возрасте гематогенный остеомиелит с гнойным артритом правого тазобедренного, коленного и голеностопного суставов, процессами в подвздошных костях, двусторонним гнойным плевритом, сепсисом. Лечился в клинике детской хирургии Смоленской областной клинической больницы. В клинику травматологии и ортопедии госпитализирован через 11 лет после начала заболевания 15 лет назад, 13.03.80 г., с жалобами на резкое снижение функциональной возможности правой ноги из-за порочного положения голени под углом 140° с анкилозом коленного и голеностопного суста-

² Курганский научно-исследовательский институт экспериментальной и клинической ортопедии и травматологии (КНИИЭКОТ). Ныне носит наименование: Российский научный центр "Восстановительная травматология и

ортопедия" им. академика Г.А.Илизарова — прим. ред.

вов, укорочения ноги на 18 см (рис. 1 а, б, в). Походка своеобразна: ходит на полусогнутых ногах, резко припадая на правую; выраженный

сколиоз, перекос плечевого пояса. Смотрится человеком невысокого роста.

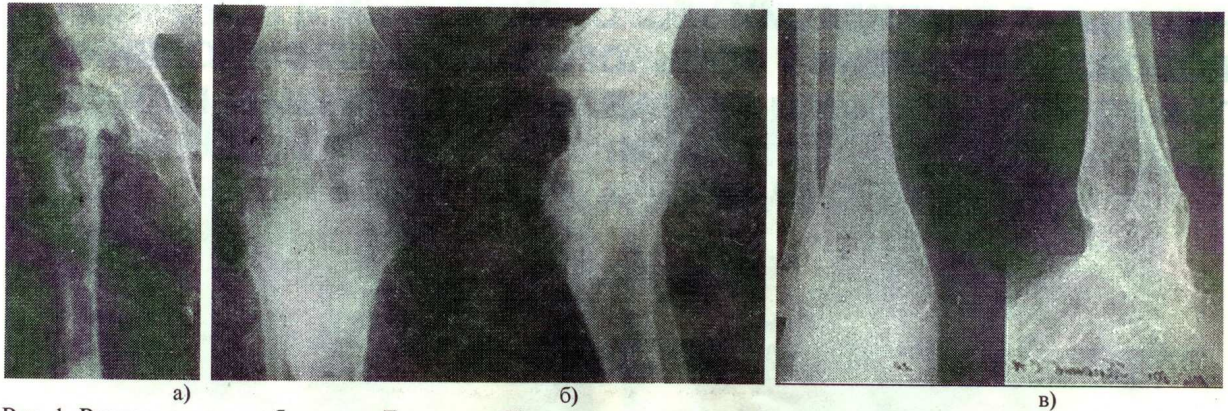


Рис. 1. Рентгенограммы больного Галонова, 18 лет, до операции: а) правого тазобедренного сустава и проксимальной половины бедра; б) правого коленного сустава; в) голеностопного сустава.

04.04.80 г. под наркозом произведен закрытый чрескостный дистракционный остеосинтез правого бедра и голени аппаратом Илизарова из двух колец на каждом сегменте с

шарнирной остеотомией по анкилозированному коленному суставу из небольшого 8 см продольного разреза по внутренней поверхности (рис. 2 а, б, в).

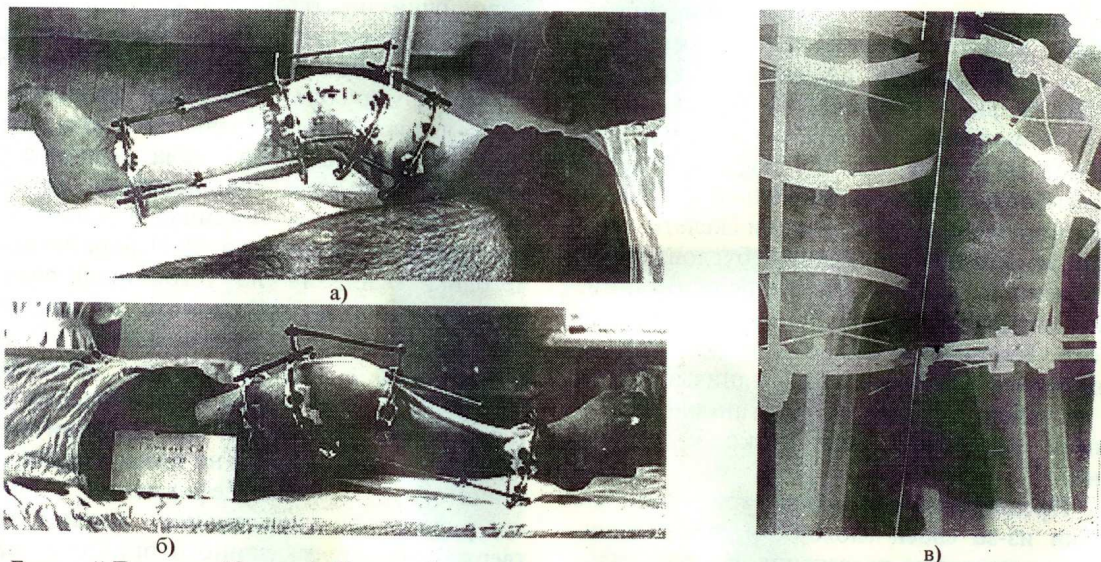


Рис.2. Больной Галонов, 18 лет: а), б) через 7 дней после операции; в) рентгенограммы коленного сустава после чрескостного остеосинтеза и шарнирной остеотомии.

Через 11 дней, 15.04.80 г., начато исправление порочного положения, закончившееся через 31 день (05.05.80 г.), после чего 4 дня осуществлялась дозированная компрессия, а затем начата (11.05.80 г.) дистракция по 1/4 оборота 4 раза в сутки. С момента исправления порочного положения голени (до угла 175°) начата ходьба в обуви с подставкой из пенопласта, компенсирующей укорочение, с постоп-

янно возрастающей нагрузкой и доведением ее до полной к 3-м месяцам после остеосинтеза.

Период исправления порочного положения составил 1 месяц; ликвидация укорочения — 5 месяцев (рис. 3 а, б); общий период дистракции — 5 месяцев. Снятие аппарата — после 3-х недельной ходьбы с полной нагрузкой на регенерат (в "распущенном" аппарате) через 1 год 4 месяца после остеосинтеза (15.08.81 г.).

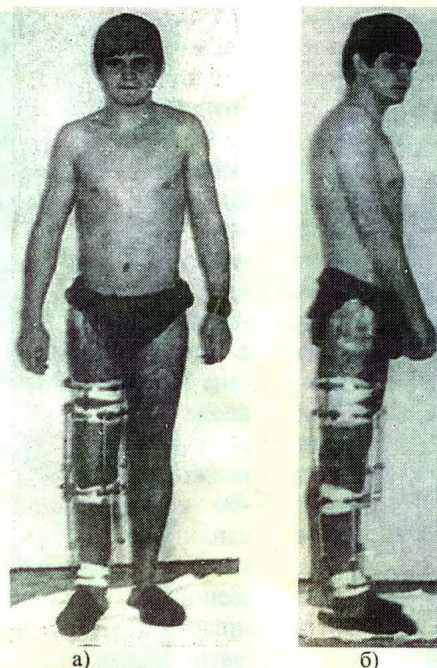


Рис.3. Больной Галонов в аппарате: а) через 5 месяцев после операции; б) после успешного устранения укорочения.

Период "воспитания регенерата" составил 10,5 месяца. После снятия аппарата — фиксация глубоким гипсовым лонгетом от голеностопного сустава до ягодичной складки в течение 50 дней (до 08.10.81 г.). Выписан через 2

месяца после снятия аппарата (21.10.81 г.). Рост 182 см. Через 4 месяца после снятия аппарата ходит с полной нагрузкой без дополнительных средств опоры (рис. 4 а, б, в). На рентгенограмме — регенерат 18 x 14 x 13 см (рис. 4г).

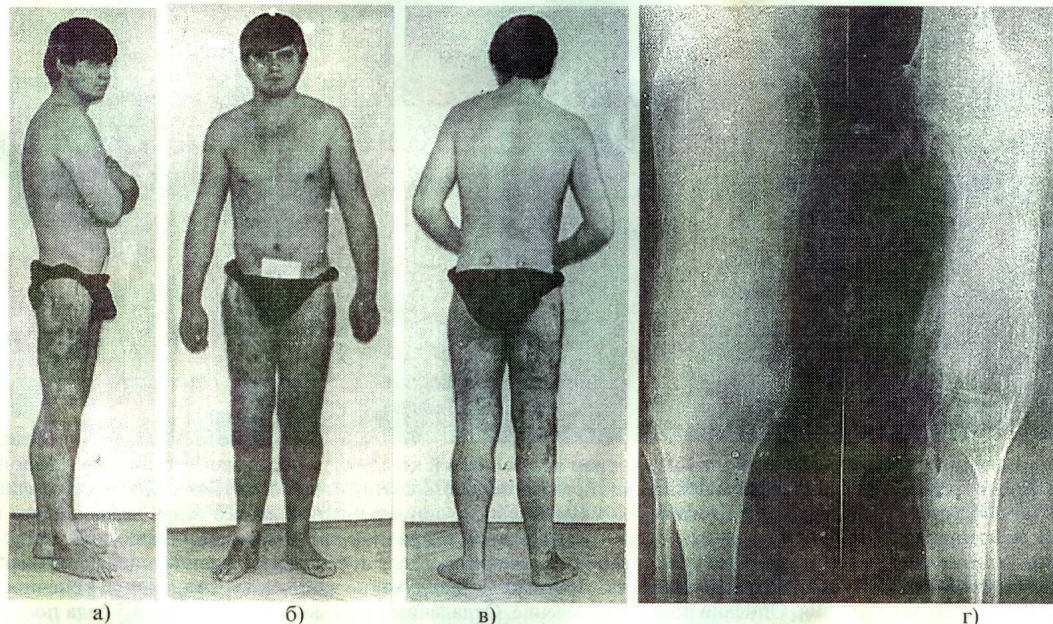


Рис. 4. Больной Галонов: а), б), в) через 4 месяца после снятия аппарата; г) рентгенограммы дистальной половины бедра и голени (регенерата) через 4 месяца после снятия аппарата.

На контроле через 14 лет (05.05.95 г.) укорочения нет. Ходит в гололед и на большие расстояния с тростью для страховки, в остальных случаях без дополнительных средств опоры (рис. 5 а, б). Болей не испытывает. Разру-

шенная головка бедра на прежнем, что и до удлинения, месте. В течение 12 лет работает обувщиком на фабрике. Инвалид III группы. Исходом лечения доволен.



Рис. 5. Больной Галонов через 14 лет после окончания лечения.

Рукопись поступила 23.10.95.

© Д.И.Фаддеев, 1995

РЕЗУЛЬТАТ ЗАМЕЩЕНИЯ ПО ИЛИЗАРОВУ ДЕФЕКТА 24 СМ ДИСТАЛЬНОЙ ПОЛОВИНЫ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ЕЕ ЭКСТИРПАЦИИ ПО ПОВОДУ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА.

Д.И.ФАДДЕЕВ

Кафедра травматологии, ортопедии с военно-полевой хирургией Смоленской медицинской академии, г.Смоленск
(Заведующий — профессор Е.П.Рябчук)

Представлено клиническое наблюдение за сохранением левой нижней конечности после экстирпации дистальной половины левого бедра из-за хронического посттравматического остеомиелита у подростка 15 лет. После безуспешного лечения развившегося вследствие открытого перелома дистального эпиметадиафиза левого бедра остеомиелита произведена экстирпация дистальной половины бедра с радикальной вторичной хирургической обработкой, активным приточно-отточным дренированием и вакуумированием в течение месяца с последующей удлиняющей остеотомией и фиксацией аппаратом Илизарова в течение трех лет. Достигнуто уравнивание длины ноги со здоровой конечностью, восстановлена опорная функция. Описано поэтапное лечение. Отдаленный результат изучен через 4,5 года после снятия аппарата и проиллюстрирован рентгенограммами и фотографиями больного.

Ключевые слова: метод Илизарова, остеомиелит, замещение дефекта кости.

Посттравматический остеомиелит длинных трубчатых костей после открытых переломов, особенно при локализации их вблизи суставных концов, что представляет угрозу не только внутрисуставного развития инфекции, но и вовлечения в нагноительный процесс крупных магистральных сосудов, с возможностью местных (эрозийное кровотечение) и общих (сепсис) осложнений, представляет

сложнейшую проблему современной травматологии и ортопедии. До сих пор здоровье и жизнь пациента в этих случаях зачастую удается спасти лишь ценой ампутации конечности.

Новая эпоха в лечении этой патологии, как впрочем и многого в современной ортопедии, началась с внедрением чрескостного остеосинтеза по Илизарову, разработок методик замещения больших дефектов трубчатых