



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

костей, в том числе в условиях гнойной инфекции, без свободной костной пластики. В качестве примера, подтверждающего эту возможность, приводим клиническое наблюдение за больным Делюкиным С.В., 15 лет, переведенным в клинику из районной больницы 11.10.85 г. через 5 дней после автодорожной травмы, полученной за рулем мотоцикла. В больнице находился на скелетном вытяжении после произведенной первичной хирургической обработки открытого (III "В" тип по Каплану и Марковой) оскольчатого перелома дистального метадиафиза левого бедра. При госпитализации в клинику (история болезни № 18865/850) по снятии гипсовой лонгеттной повязки обнаружена рана 11 x 2 см в нижней трети левого бедра с обильным гнойным отделяемым. Наложена новая окончатая лонгеттно-циркулярная облегченная тазобедренная повязка, проводились перевязки, антибиотикотерапия. Несмотря на эти мероприятия, остеомиелитический процесс прогрессировал, и через 2 недели после госпитализации (26.10.85 г.) под наркозом произведен закрытый чрескостный остеосинтез левого бедра и голени аппаратом Илизарова. Несмотря на прочную, регулярно поддерживаемую фиксацию с осевой нагрузкой при ходьбе и

интенсивную антибактериальную терапию, остеомиелитический процесс прогрессировал. Вся дистальная половина бедренной кости, а особенно эпиметафизарная зона, рентгенологически напоминала соты, наполненные гноем (рис. 1а). Вновь образующаяся костная мозоль расплавлялась, свищи продолжали функционировать. В связи с этим и угрозой расплавления стенки подколенной артерии через 14 месяцев после травмы (17.02.87 г.) под наркозом произведены перемонтаж аппарата на бедро, фистулоэктомия, радикальная вторичная хирургическая обработка патологических тканей с экстирпацией дистальной половины бедренной кости на протяжении 24 см с глухим герметичным швом раны, приточно-отточным дренированием и вакуумированием (рис. 1б, в). Активное дренирование сохранялось в течение месяца, послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Остеомиелитический процесс был купирован, и через 2,5 месяца (29.04.87 г.) под наркозом произведена остеотомия верхней трети бедра с последующей (через 2 недели) дистракцией (рис. 1 г, д) остеотомированного фрагмента в дистальном направлении по 1/4 оборота 4 раза в сутки в течение 8,5 месяца.



Рис.1. Рентгенограммы левого бедра с коленным суставом больного Делюкина, 15 лет: а) — до экстирпации, б), в) — после экстирпации, г), д) — после остеотомии, е), ж) — через 10 лет после травмы.

После достижения контакта конца культи с суставной поверхностью большеберцовой кости (12.09.89 г.) под наркозом произведено иссечение рубцовых тканей, оставшихся между культей и большеберцовой костью с удалением хряща с суставной поверхности. Послеоперационное течение гладкое. Фиксация аппаратом сохранялась до 03.07.90 г. Через 13 дней после снятия аппарата больной в состоянии крайне выраженного алкогольного опьянения упал, и произошел перелом на месте сращения бедренной и большеберцовой костей.

Через 10 дней под наркозом произведен открытый чрескостный остеосинтез бедра и голени аппаратом Илизарова с внедрением культи бедренной кости в центральный эпиметафиз большеберцовой на 3,5 см. Послеоперационное течение гладкое. В связи с образовавшимся после внедрения укорочением через месяц (29.08.90 г.) в аппарате произведена остеотомия регенерата. Послеоперационное течение гладкое. Дистракция начата через 2 недели в обычном ритме и продолжалась 45 дней. Аппарат снят 28.01.91 г. Достигнуты сращение больше-

продолжалась 45 дней. Аппарат снят 28.01.91 г. Достигнуты сращение большеберцовой кости с бедренной и ликвидация укорочения (оставшиеся 1,5 см в связи с анкилозированием коленного сустава). Через год приступил к работе экспедитора. Имеет инвалидность III группы. На контроле через 4,5 года после снятия аппарата (06.06.95 г.) и 10 лет после травмы рентгенологически определяется (рис. 1 е, ж) прочное сращение бедренной и большеберцо-

вой костей с формированием кортикального слоя на всем протяжении регенерата бедра. Клинически ось бедра и голени правильная (рис. 2 а, б). Нога опороспособна полностью. Атрофия мышц левого бедра составляет 6-4 см, голени — 1,5 см. Укорочение левой ноги — 1,5 см. Болей не испытывает. Ходит на большие расстояния без дополнительных средств опоры. Результатом лечения доволен.



Рис. 2. Больной Делюкин через 10 лет после травмы.

Рукопись поступила 23.10.95.