

Вариант лечения больного с дефект-псевдоартрозом берцовых костей и угловой деформацией голени при рубцово-измененных мягких тканях

Л.М. Куфтырев, Д.Ю. Борзунов, А.В. Злобин

A variant of treatment of a patient suffered from defect-pseudoarthrosis of leg bones and angular deformity with scarry changed soft tissues

L.M. Kuftyrev, D.Yu. Borzunov, A.V. Zlobin

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 на конкретном примере демонстрируются возможности чрескостного остеосинтеза при замещении псевдоартроза берцовых костей с выраженной угловой деформацией отломков в условиях рубцового перерождения мягких тканей.

Ключевые слова: голень, псевдоартроз, деформация, рубцы, аппарат Илизарова.

The work demonstrates a specific example, illustrating the potentials of transosseous osteosynthesis for management of pseudoarthrosis of leg bones with marked angular deformity of fragments and scarry transformation of soft tissues.

Keywords: leg, pseudoarthrosis, deformity, scars, the Ilizarov fixator.

В нозологической группе дефектов берцовых костей дефект-псевдоартрозы с анатомическим укорочением сегмента встречаются у 42,2% пациентов, при этом осевая деформация голени определяется в 73,1% случаев [1, 2]. Особую сложность представляет восстановление анатомической целостности сегмента у больных с костными дефектами, сопровождающимися выраженными рубцовыми изменениями мягких тканей. Необходимо отметить, что подчас тяжесть патологии определяется не костным дефектом, а анатомо-функциональным состоянием мягкотканного футляра поврежденного сегмента. Как правило, при использовании традиционных методик костной трансплантации лечение больных длительное, многоэтапное, с выполнением предварительной кожной пластики [3, 4, 5]. По мнению ряда авторов, использование свободных реплантатов нежелательно при замещении дефектов костей в условиях рубцово-измененных мягких тканей, т.к. это сопряжено с травматизацией мягкотканного футляра при мобилизации отломков, а также необходимостью помещения трансплантата в измененные ткани в условиях "дремлющей" инфекции [6].

С внедрением в клиническую практику малотравматичных методик замещения дефектов, на основе разработанных Г.А. Илизаровым и его

школой методических принципов несвободной костной пластики, появилась возможность лечить данную категорию больных в один этап лечебно-реабилитационных мероприятий без свободной костной и кожной трансплантации. Замещение дефектов длинных костей в условиях рубцовых изменений мягких тканей сегмента обеспечивается использованием приемов выполнения остеотомий или кортикотомий отломков вне костных рубцов и направленного формирования регенератов с минимальной травматизацией мягких тканей, без угрозы возникновения трофических расстройств, нарушения целостности кожи в области ее спаивности с костью, путем создания адекватных силовых нагрузок на рубцово-измененные мягкие ткани при дозированном перемещении отломков и сформированных фрагментов.

Вашему вниманию представляется пример успешного замещения дефекта большеберцовой кости с фиксированной углообразной деформацией сегмента, осложненного выраженными рубцовыми изменениями мягких тканей.

Больной М., 21 года, поступил в клинику Центра с диагнозом: посттравматический дефект-псевдоартроз костей левой голени на границе верхней и средней трети. Антекурвационная деформация 115°. Укорочение сегмента 4 см. Мно-

жественные рубцы мягких тканей. Хронический остеомиелит в стадии ремиссии (рис. 1). На голени по всей передневноутренней поверхности имелись обширные кожные рубцы, интимно спаянные с подлежащими костными отломками на протяжении. На вершине деформации сегмента и по передневноутренней поверхности имелся дефект мягких тканей с раной размером 1,5×4 см, дно которой занимал костный фрагмент большеберцовой кости, перфорировавший кожный покров. Края раны были некротизированы, вяло эпителизировались (рис. 1 б). Мягкие ткани по наружнозадней поверхности голени были также рубцово изменены.

Определялась тугая подвижность отломков в зоне их стыка на вершине деформации с амплитудой движений до 5° во фронтальной плоскости.

Из анамнеза известно, что больной 2 года назад в результате автодорожной травмы получил открытый оскольчатый перелом костей левой голени. Первичная хирургическая обработка осложнилась нагноением раны и остеомиелитическим процессом. Дважды безуспешно оперирован, в том числе методом чрескостного остеосинтеза.

На рентгенограммах при поступлении концы отломков большеберцовой кости сложнопрофильные, замыкательные пластинки не сформиро-

ваны. Имелся несросшийся перелом малоберцовой кости на границе верхней и средней трети. Антекурвационная деформация голени составляла 115° (рис. 1 в).

В клинике Центра больному выполнена остеотомия большеберцовой кости на вершине деформации. При ее выполнении мобилизовали рубцово-измененный участок мягких тканей в зоне дефекта и экономно резецировали перфорирующий конец фрагмента большеберцовой кости. Голень фиксировали в аппарате Илизарова. Коррекцию угловой деформации осуществляли с темпом 0,25 мм 3-4 раза в день в течение 64 дней. Период последующей фиксации аппаратом Илизарова составил 115 дней (рис. 2). Трофическая язва зажила вторичным натяжением через 2 месяца после операции.

В результате лечения восстановлена анатомическая ось и целостность сегмента (рис. 3). Длина голени уравнена.

Таким образом, дифференцированное применение приемов чрескостного остеосинтеза, шадящее отношение к рубцово-измененным тканям, их дозированная и направленная тракция позволяют создать оптимальные условия для замещения костного дефекта при наличии выраженной фиксированной угловой деформации отломков в условиях рубцового перерождения мягкотканного футляра конечности.



Рис. 1. Больной М. (а, б) и его рентгенограммы (в) до лечения.

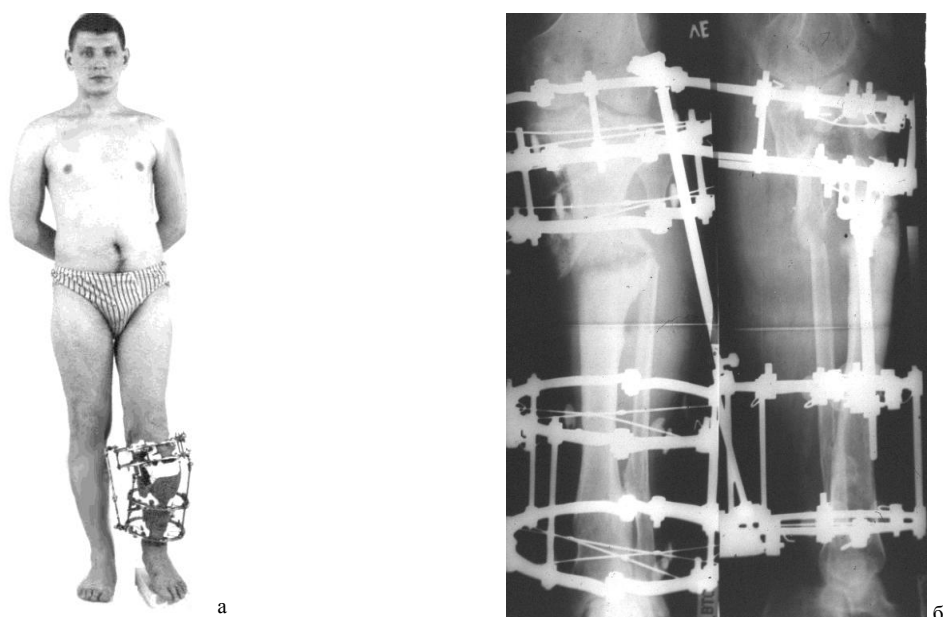


Рис. 2. Больной М. (а) и его рентгенограммы (б) в процессе остеосинтеза.



Рис. 3. Рентгенограмма больного М. (а) и функциональный результат (б, в) после снятия аппарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макушин В.Д. Лечение по Илизарову больных с дефектом костей голени: Автореф. дис...д-ра мед. наук. - Пермь, 1987. - 35 с.
2. Шевцов В.И. и др. Дефекты костей нижней конечности / В.И. Шевцов, В.Д. Макушин, Л.М. Куфтырев. - Курган, 1996. - 502 с.
3. Ткаченко С.С. Костная гомопластика. - Л.: Медицина, 1970. - 295 с.
4. Якунина Л.Н. Трансплантация костной ткани при дефектах трубчатых костей. - Кишнев: Штиинца, 1989. - 109 с.
5. Плаксейчук А.Ю. Сравнительный анализ современных методов замещения дефектов длинных трубчатых костей //Амбулаторная травматолого-ортопедическая помощь: Тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. в 2-х ч. - Ч. 2. - Спб. - Йошкар-Ола, 1994. - С. 16-17.
6. Шумада И.В. и др. Лечение ложных суставов и дефектов диафизов трубчатых костей / И.В. Шумада, О.И. Рыбачук, Ю.С. Жила - Киев: Здоровья, 1985. - 147 с.

Рукопись поступила 24.04.01.