

Способ лечения кистозного поражения дистального эпиметафиза бедренной кости

Л.М. Куфтырев, Д.Д. Болотов

A technique for treatment of the cystic involvement of the distal femoral epimetaphysis

L.M. Kuftyrev, D.D. Bolotov

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)

Из многочисленных используемых в ортопедии способов замещения дефектов костей, образовавшихся вследствие резекций по поводу опухолей и опухолеподобных заболеваний, наименьший процент ближайших и отдаленных осложнений выявлен при применении незначительных по величине аутотрансплантатов [6]. Варианты пластики костного дефекта полимерами, корундовой керамикой, ксено- и аллотрансплантатами, несмотря на довольно широкое распространение, сопровождаются частыми (до 50 %) осложнениями, а костно-пластические способы характеризуются длительными сроками сращения и перестройки, что требует продолжительной иммобилизации конечности [1, 3, 4, 9]. По мнению многих авторов [2, 5, 7, 8, 10], ауто-трансплантаты, в связи с наиболее быстрой перестройкой и наибольшей остеогенетической активностью материнского ложа, являются лучшим пластическим материалом.

В РНЦ «ВТО» разработан способ костно-пластического замещения костной пострезекционной полости аутотрансплантатами в сочетании с фиксацией трансплантатов и конечности аппаратом Илизарова¹.

После проведения спиц в метафизарных отделах костей и наложения базовых опор аппарата Илизарова (при околосуставном поражении кости дополнительно устанавливают 1 - 2 опоры аппарата на смежном сегменте, что позволяет разгружать сустав в раннем послеоперационном периоде, а также проводить лечебную физкультуру) производят доступ к пораженному участку кости в проекции очага деструкции, формируют трепанационное окно, через которое выполняют внутрикостную резекцию образования в преде-

лах здоровых тканей. Поднадкостнично взятый диафизарный кортикальный трансплантат из пораженного или смежного сегмента после фрагментации укладывают в область образовавшегося дефекта перекрестно по отношению друг к другу, вклинивая его части в стенки полости с фиксацией их спицами, закрепленными в опорах аппарата Илизарова.

Пример использования способа.

Больной Б., 17 лет (рис. 1, 2, 3), поступил в клинику с диагнозом: аневризмальная костная киста нижней трети левой бедренной кости. При поступлении предъявлял жалобы на выраженные боли в левом коленном суставе и нижней трети левого бедра, появившиеся около года назад, сопровождающиеся отеками. На рентгенограммах в области дистального отдела бедренной кости определялся очаг деструкции 7×2×4 сантиметра, включающий большую часть обоих мышечков. Кортикальный слой по латеральной поверхности наружного мышечка деформирован, контур изменен. Субхондральная пластинка сохранена.

В клинике Центра произвели внутрикостную резекцию образования с аутопластикой образовавшейся полости двумя трансплантатами по описанной выше методике.

Течение послеоперационного периода гладкое, швы сняты на 10-е сутки. Лечебную физкультуру коленного сустава начали через 1,5 месяца. Чрескостный аппарат на голени демонтирован через 98, а на бедре — через 102 дня. При контрольном обследовании через 4 месяца пациент жалоб не предъявляет, результат лечения сохраняется, признаков рецидива заболевания нет. Нагрузка на ногу полная, без средств опоры и фиксации. Движения в тазобедренном и голеностопном суставах в полном объеме, в коленном — 180 / 90°.

¹ Заявка № 2001109579/14 РФ, МКИ⁷ А 61 В 17/56. Способ костно-пластического лечения кистозной полости / Л.М. Куфтырев, К.Э. Пожарищенский, Д.Д. Болотов, (РФ). — Заявлено 09.04.2001 г.

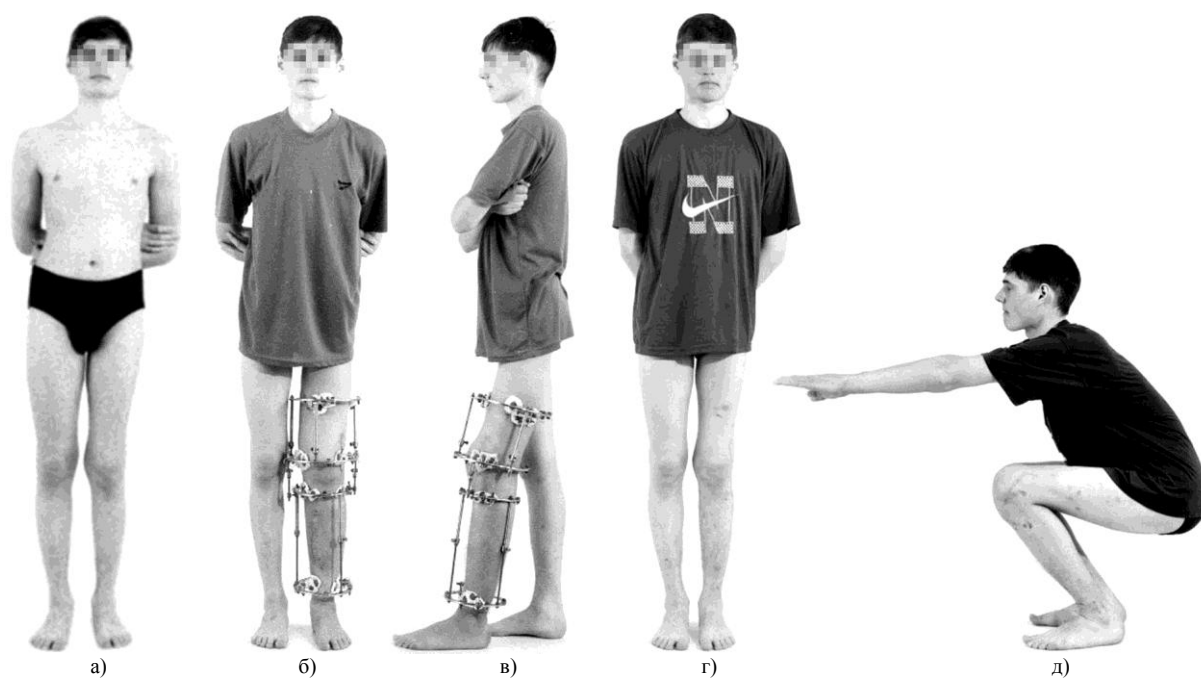


Рис. 1. Больной Б.: а) - до лечения; б), в) – в процессе лечения; г), д) – через 6 месяцев после лечения.

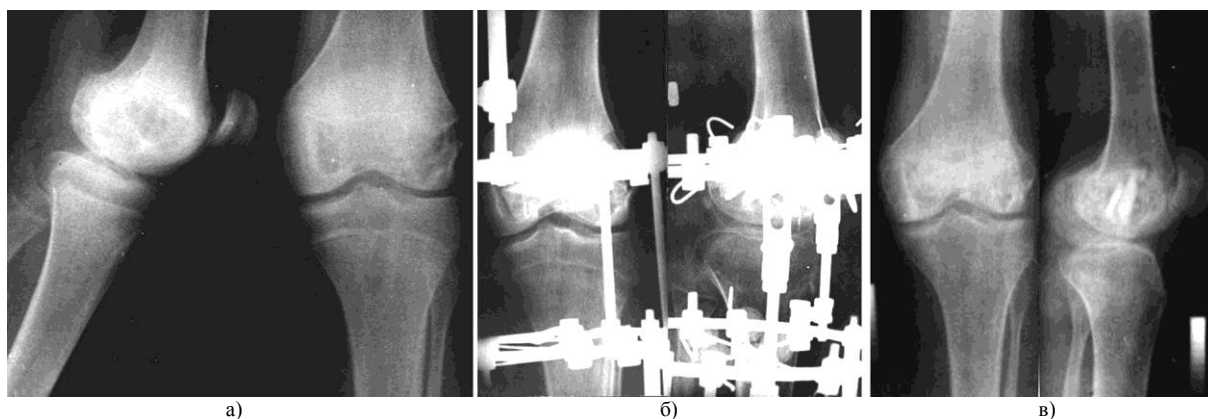


Рис. 2. Рентгенограммы больного Б., 17 лет: а) до лечения; б) в процессе остеосинтеза; в) после лечения.

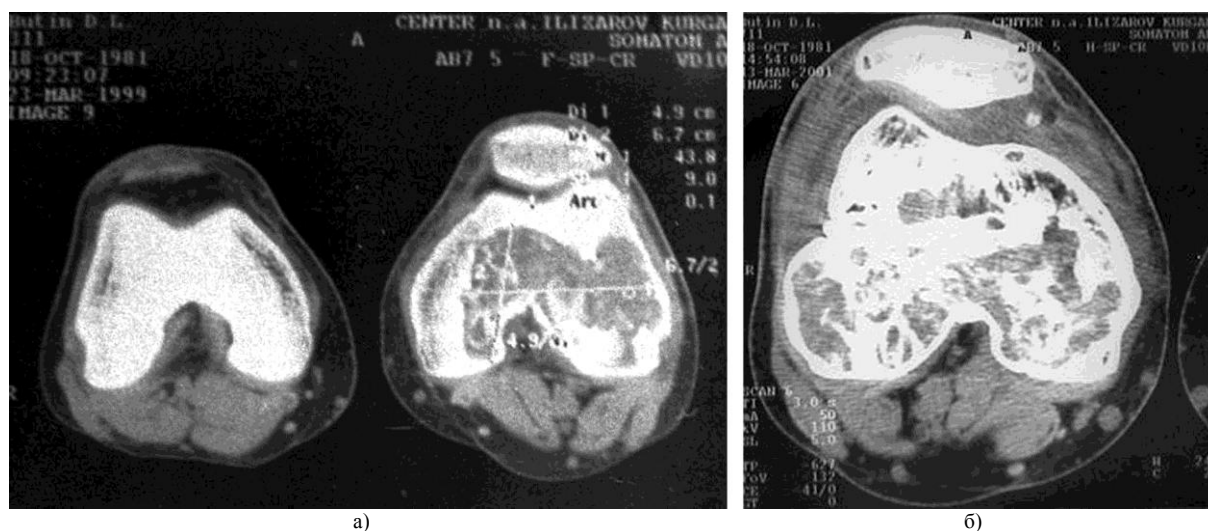


Рис. 3. Томограммы больного Б., 17 лет: а) до лечения; б) 6 месяцев после снятия аппарата.

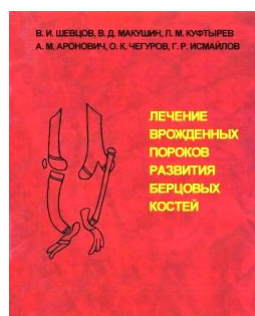
ЛИТЕРАТУРА

1. Воронцов А.В., Коробко Л.Т., Филатов С.В. Аллопластическое замещение дефектов метафизов костей, образующих коленный сустав, после резекций их при костных опухолях // Материалы 1 съезда травматологов ортопедов Молдавской ССР (7-8 декаб-

- ря 1978 г.). - Кишинев: Штиинца, 1978. - С.129-130.
- Иванов В.И. Опыт костно-пластических операций при дефектах костей // Ортопедия, травматология и протезирование: Респ. межвед. сб. - Киев, 1990. - Вып.20. - С.19-23.
 - Имамалиев А.С. Гомопластика суставных концов костей. - М.: Медицина, 1975. - 302 с.
 - Капустина Т.М., Приходько Л.Н. Костная аллопластика при замещении дефектов суставных концов длинных костей // Ортопедия, травматология и протезирование: Респ. межвед. сб. - Киев, 1986. - Вып.16. - С.81-84.
 - Костно – пластические операции в лечении ложных суставов и дефектов длинных костей / В.М. Книшевицкий, Ф.А. Левитский, Б.Ф. Хоменко, Н.М. Скорик // Ортопедия, травматология и протезирование: Респ. межведом. сб. - Киев, 1990. - Вып.20. - С.34-37.
 - Крупко И.Л. Трансплантация костной ткани // Ортопед., травматол. – 1967. - № 4. – С.3–9.
 - Крупко И.Л., Ткаченко С.С. Опыт 1100 операций костной гомопластики в хирургии опорно-двигательного аппарата // Травматология и ортопедия: Материалы науч. сессии по травматол. и ортопед. - Рига, 1966. - С.86-89.
 - Лаврищева Г.И. Проблема органотипической регенерации при больших дефектах костей // V Всесоюзный съезд травматологов-ортопедов: Тез. докл. - М., 1988. - Ч. II. - С.33-34.
 - Минасян А.Г., Сеинян С.Г., Шакарян В.М. Замещение дефектов кости при оперативном лечении доброкачественных опухолей костным матриксом // Ортопедия, травматология и протезирование: Респ. межвед. сб. - Киев, 1990. - Вып.20. - С.55-58.
 - Bone allografts: Long term results / D. Springfield, H.J. Mankin, M.C. Gebhardt, W.W. Tomford // Abstr. of 20th World Congress SICOT (18-23 August 1996). – Amsterdam, 1996. – P. 142.

Рукопись поступила 10.01.02.

Предлагаем вашему вниманию



Øãâöîâ Â.È., ìàèóøèí Â.Ä., Êóóòùðãã È.Ì.,
Àðàííîè÷ À.Ì., ×ããóðîâ Î.Ê., Èñìàèéèâ Æ.Ð.

ËÂÇÁÍÈÂ ÂÐÎÆÄÄÍÍÛÕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ
ÁÂÐÛÎÂÛÕ ÈÎÑÒÀÉ

Курган, 1999 г. – 582 с., табл. 66, ил. 439, библиогр. назв. 452.

ISBN5-87247-072-X

Монография посвящена проблеме лечения детей с врожденными пороками развития берцовых костей. В книге обобщён опыт лечения больных с применением методик чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова в различных его рациональных компоновках. Приведены основы биомеханического моделирования остеосинтеза при некоторых клинических ситуациях. Описываются уникальные, не имеющие аналогов в мировой медицине тактико-технологические принципы реконструкции берцовых костей, повышающие опороспособность и функциональные возможности нижней конечности. Приведённые технические сведения помогут хирургу принимать оптимальные решения в реабилитации пациентов и подготовке конечности к рациональному протезированию. Анализ возможных технологических ошибок и связанных с ними лечебных осложнений имеет большое значение для практикующего врача.

Представленные в книге параклинические исследования дают возможность клиницисту определить тяжесть развивающихся при пороке вторичных функциональных и анатомических расстройств.

Приведённые результаты лечения по методикам Российского научного центра «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова дают возможность оценить их эффективность в сравнении с традиционными хирургическими подходами в решении данной проблемы.

Книга иллюстрирована схемами остеосинтеза, клиническими примерами, способствующими усвоению представленного материала.

Монография рассчитана на широкий круг хирургов, ортопедов и педиатров.