

## Случаи из практики

© В. И. Шевцов, Л. М. Куфтырев, К. Э. Пожарищенский, 1996.

### Лечение обширного дефекта большеберцовой кости в условиях выраженных рубцовых изменений мягких тканей

В. И. Шевцов, Л. М. Куфтырев, К. Э. Пожарищенский

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г.А.Илизарова, г. Курган  
(Генеральный директор — академик РАМТН, д.м.н., профессор В.И.Шевцов)

В РНЦ "ВТО" у больного М., 26 лет, с посттравматическим дефект-диастазом большеберцовой кости 20 см, в условиях выраженного рубцового процесса успешно применены методики чрескостного полилокального остеосинтеза при возмещении дефект-диастаза с формированием нескольких дистракционных регенератов малой величины. Дефект возмещен полностью в один этап.

Ключевые слова: большеберцовая кость, дефект-диастаз, рубец, дополнительная остеотомия, аппарат Илизарова.

Проблема реабилитации больных с обширными дефектами длинных трубчатых костей, сопровождающимися выраженными рубцовыми изменениями мягких тканей, представляет особую сложность в реконструктивно - восстановительной хирургии. Как правило, при использовании свободной костной трансплантации, лечение проводится в два этапа с выполнением предварительной кожной пластики. С внедрением в клиническую практику малотравматичных и эффективных методик замещения дефектов, на основе разработанных Г.А. Илизаровым и его школой методических принципов, появилась возможность лечить данную категорию больных в один этап и без свободной костной и кожной трансплантации. Это достигается путем использования дифференцированных приемов выполнения остеотомии или кортикотомии отломков вне кожных рубцов и направленного формирования дистракционных регенератов с минимальной травматизацией мягких тканей без угрозы возникновения трофических расстройств и нарушения целостности кожи в области ее спаяния с костью путем исключения значительных силовых нагрузок на рубцово - измененные мягкие ткани сегмента при перемещении костных фрагментов.

Примером успешного применения одной из разрабатываемых сотрудниками Российского научного центра "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова методик может служить следующее клиническое наблюдение. Больной М., 26 лет, поступил в клинику с посттравматическим дефектом левой большеберцовой кости на протяжении 20 см. На голени по передне-внутренней поверхности имелись обширные кожные рубцы, спаянные с

проксимальным отломком большеберцовой кости. В области межотломкового диастаза по передне-внутренней поверхности имелся кожный трансплантат размером 7,0 x 5,0 см, спаянный с концевым отделом проксимального отломка большеберцовой кости, мягкие ткани по наружно-задней поверхности голени были рубцово-изменены.

На рентгенограммах при поступлении концы отломков большеберцовой кости поперечные, тонкая замыкательная пластинка (до 0,2 см) прослеживается только на концевом отделе проксимального отломка. Имеется сросшийся перелом малоберцовой кости на границе верхней и средней трети голени. Межотломковый диастаз составлял 17 см, укорочение сегмента — 3 см. Левая стопа в положении эквинуса 120°, контрактура голеностопного сустава с амплитудой движений 10° (рис. 1).

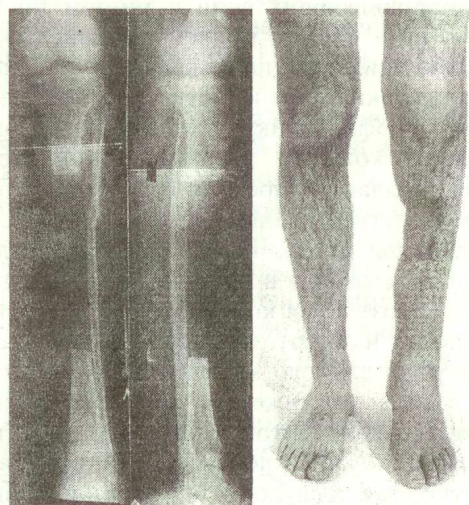


Рис. 1. Рентгенограммы и локальный статус больного М. до лечения.



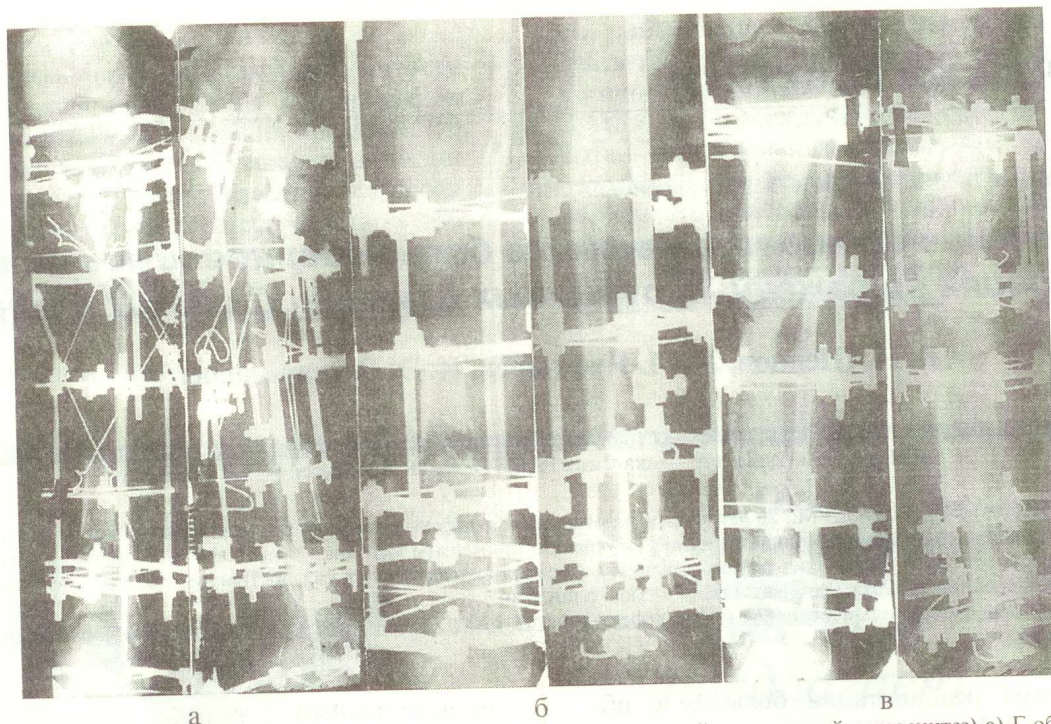


Рис. 2. Рентгенограммы больного М. в процессе лечения (полилокальный чрескостный остеосинтез) а) Г-образная остеотомия проксимального и кортикотомия дистального отломков; б) дополнительная остеотомия дистального перемещаемого фрагмента; в) состояние после открытой адаптации костных отломков.

С учетом клинико-рентгенологических показателей применена методика полилокального дистракционно-компрессионного остеосинтеза путем формирования нескольких дистракционных регенератов.

Первоначально больному наложен аппарат Илизарова на голень и стопу. В задне-наружном отделе проксимального отломка путем Г-образной остеотомии сформирован пристеночный фрагмент, тем самым была не подвержена травматизации передне - внутренней поверхность проксимального фрагмента, спаянная с кожным рубцом. В метадиафизарном отделе дистального отломка выполнена компактомия. Возмещение дефекта осуществлялось тракцией дистракционно-направляющих спиц с темпом по 0,25 мм 3-4 раза в день, причем тяга за проксимальные спицы осуществлялась в направлении кзади, кнаружи и книзу, что предусматривало профилактику травматизации близлежащего кожного лоскута, одновременно осуществлялась коррекция положения стопы путем скелетной тракции (рис. 2а).

На этапе остеосинтеза, когда межотломковый диастаз был в пределах 7 см, выполнена дополнительная кортикотомия дистального отломка и остеотомия малоберцовой кости для окончательного замещения дефекта (рис. 2б). После достижения контакта перемещаемых фрагментов, учитывая интактное состояние кожного лоскута, была произведена открытая адаптация их концов. Общий

срок дистракции составил 179 дней. Срок фиксации — 125 дней. Достигнута опороспособность голени с полным возмещением дефекта.

Данное наблюдение свидетельствует, что использование предлагаемой технологии выполнения чрескостного остеосинтеза формированием нескольких регенератов малой величины позволяет возмещать обширные дефекты костей в один этап, а в условиях выраженных мягкотканых рубцов улучшить косметический вид конечности (рис. 3).

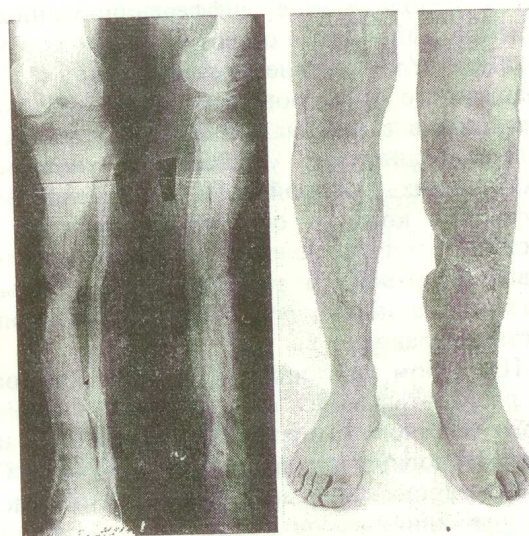


Рис. 3. Рентгенограммы и локальный статус больного М. после лечения.