

**Лечение больных хроническим остеомиелитом
бедренной кости, сочетающимся с анкилозом
коленного сустава в порочном положении**

Н.М. Ключин, Т.А. Девятова, А.И. Лапынин, В.Е. Дегтярев

***Treatment of a patient with chronic femoral osteomyelitis combined
with ankylosis of the knee in improper position***

N.M. Kliushin, T.A. Deviatova, A.I. Lapynin, V.Y. Degtiariov

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)

Лечение больных хроническим остеомиелитом длинных трубчатых костей, несмотря на широкие возможности современной травматологии и ортопедии, остается наиболее сложной и не решенной проблемой [1, 2].

Известны несколько способов лечения хронического остеомиелита длинных костей. Один из них предусматривает выполнение секвестрнекрэктомии, подавление в тканях гнойно-воспалительного процесса путем антибиотикотерапии и последующее решение задач ортопедической реконструкции, включая замещение дефекта кости с помощью различного рода трансплантатов. Этот вид лечения предусматривает поэтапную медицинскую реабилитацию, что сказывается на общей продолжительности лечения, и сопряжен с возможностью развития послеоперационных осложнений [2].

Другой заключается в выполнении секвестрнекрэктомии с удалением части кости, остеотомии одного из отломков и дозированного перемещения выделенного фрагмента в дефекте до торцевого контакта с противостоящим отломком. Однако в условиях анкилоза коленного сустава в порочном положении использование данной методики не обеспечивает восстановления биомеханической оси конечности. Устранение указанной патологии достигается путем повторного оперативного вмешательства непосредственно на коленном суставе. Это приводит как к продлению сроков лечения, так и повышает его травматичность [3].

При лечении дефект-псевдоартроза бедренной кости в сочетании с анкилозом коленного сустава нами предложен способ лечения, обеспечивающий сокращение сроков лечения и снижение травматичности оперативного вмешательства за счет объединения в один этап замещения костного дефекта, восстановления

биомеханической оси конечности и сохранения интактности зоны анкилоза коленного сустава в порочном положении.*

Суть методики заключается в том, что выполняется секвестрнекрэктомия пораженного участка кости с обработкой концов отломков, остеотомия одного из них при необходимости замещения дефекта или удлинения сегмента и сращение с противостоящим отломком кости, при этом необходимо сохранять интактной зону анкилоза коленного сустава. Голень фиксируется по продольной оси проксимального отломка бедра с восстановлением правильной биомеханической оси конечности. Приемное ложе формируется на противостоящей ему боковой поверхности дистального отломка, а выступающий за пределы кости конец последнего удаляется, после чего отломки сращиваются в зоне сформированного ложа [4].

Иллюстрацией предложенной методики является следующее клиническое наблюдение.

Больной Е., 50 лет, инвалид II группы, поступил в клинику с диагнозом: дефект-диастез нижней трети правого бедра 16 см, анкилоз правого коленного сустава в порочном положении, хронический посттравматический остеомиелит правого бедра, свищевая форма.

При поступлении больной предъявлял жалобы на нарушение опороспособности, укорочение правой нижней конечности, наличие свища в нижней трети бедра с гнойным отделяемым.

Из анамнеза известно, что шесть лет назад в автоаварии получил открытый оскольчатый перелом нижней трети правого бедра. По месту

* Заявка № 2001128027 Способ лечения больных хроническим остеомиелитом бедренной кости, сочетающимся с анкилозом коленного сустава в порочном положении. Н.М. Ключин, А.И. Лапынин, Т.А. Девятова, В.Е. Дегтярев, приоритет от 15.10.01.

жительства выполнена первичная хирургическая обработка, наложено скелетное вытяжение сроком на семь месяцев. Послеоперационный период осложнился развитием остеомиелита. Получал консервативное лечение, инфузионную, антибактериальную терапию, многократно вскрывались гнойные затеки, остеомиелитические флегмоны. Свищи закрылись, но сращения не было достигнуто. Ходил с двумя костылями, иммобилизация конечности осуществлялась ортопедическим тутором. Через четыре года после травмы выполнен открытый погружной чрескостный остеосинтез бедра аппаратом Илизарова. Послеоперационный период осложнился обострением остеомиелитического процесса. Из-за воспаления мягких тканей вокруг спиц аппарат снят, сращения не достигнуто, функционировал свищ с гнойным отделяемым в нижней трети бедра.

При поступлении в РНЦ «ВТО» больной ходил с двумя костылями без нагрузки на больную ногу. Иммобилизация конечности осуществлялась ортопедическим тутором. В нижней трети бедра определялась болезненная болтающаяся подвижность с амплитудой до 30° . Укорочение бедра составляло 12 см, анкилоз коленного сустава в порочном положении с установкой 130° , в нижней трети бедра в области послеоперационного рубца по передней поверхности свищ с гнойным отделяемым в умеренном количестве, свищевой ход идет до кости. На рентгенограммах определяется в нижней трети бедра диастаз между отломками до 2,5 см. Дистальный фрагмент с очагами деструкции $0,5 \times 1,0$, $0,5 \times 0,5$, $0,5 \times 0,3$ см. Рентгенконтрастное вещество частично заполняло очаги поражения. По задне-внутренней поверхности проксимального фрагмента остатки костной мозоли. Анкилоз коленного сустава с установкой 130° . Надколенник спаян с бедренной и большеберцовой костями (рис. 1 а).

В плановом порядке под перидуральной анестезией для восстановления опороспособности конеч-

ности и ликвидации гнойно-воспалительного процесса больному выполнена операция: радикальная секвестрнекрэктомия бедренной кости с обработкой концов отломков, формирование приемного ложа в боковой поверхности дистального отломка, остеосинтез аппаратом Илизарова.

В ходе операции, согласно предложенному способу, был выполнен остеосинтез правого бедра и голени с проведением фиксирующих спиц через проксимальную, среднюю и дистальную треть бедра, а также в верхней и нижней трети голени. В натянутом состоянии спицы закрепили на опорах, которые соединили между собой резьбовыми стержнями и шарнирными узлами. Смещением систем аппарата, фиксирующего бедро и голень, произвели коррекцию положения последней, установив ее по продольной оси проксимального отломка бедра. Положение составляющих анкилозированного коленного сустава при этом сохраняли интактным.

Через разрез мягких тканей в нижней трети бедра осуществили доступ к зоне остеомиелитического очага и выполнили секвестрнекрэктомию. В боковой поверхности метадиафизарной части дистального отломка сформировали приемное ложе, в которое одномоментно внедрились обработанный до конгруэнтности и противостоящий ему конец проксимального отломка. При этом выступающий за пределы кости конец дистального отломка резецировали. Системы аппарата стабилизировали, рану послойно ушили с предварительной установкой дренажной системы.

В послеоперационном периоде поддерживали стабильную фиксацию отломков бедра. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Продолжительность фиксации составила 157 дней. После проведения клинической пробы аппарат демонтировали. Дополнительной иммобилизации конечности не выполнялось (рис. 1 б, в).

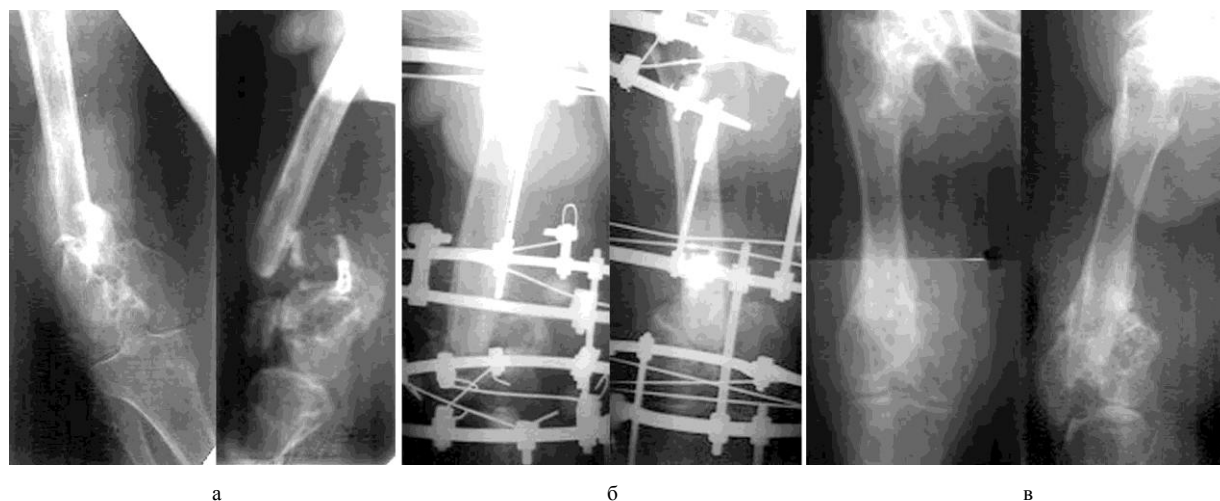


Рис. 1. Рентгенограммы больного Е.: а – до лечения, б – в процессе фиксации, в – результат лечения

В результате лечения опороспособность и биомеханическая ось конечности восстановлена, остеомиелитический процесс ликвидирован в раннем послеоперационном периоде. Больной результатом лечения доволен. На контрольном осмотре через 3 года результат лечения сохраняется. Больной ходит с полной нагрузкой на оперированную конечность, ось которой правильная. Признаков рецидива остеомиелита не отмечалось.

Использование способа при лечении больных хроническим остеомиелитом бедра, соче-

тающимся с анкилозом коленного сустава в порочном положении, обеспечивает сокращение сроков лечения и снижение его травматичности за счет объединения в один этап лечения костного дефекта, восстановления биомеханической оси конечности и сохранения зоны анкилоза. Применение в клинике предложенного способа, на наш взгляд, позволяет повысить эффективность реабилитационных мероприятий у больных с одной из наиболее тяжелых форм поражения опорно-двигательного аппарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каплан А.В. и др. Гнойная травматология костей и суставов / А.В. Каплан, Н.Е. Махсон, В.М. Мельникова. – М.: Медицина, 1985. – 384 с.
2. Никитин Г.Д. и др. Хронический остеомиелит: Пластическая хирургия / Г.Д. Никитин, А.В. Рак, С.А. Линник, И.А. Агафонов. – Л.: Медицина, 1990. – 200 с.
3. Чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова при лечении дефектов бедренной кости в условиях гнойной инфекции: Метод. рекомендации / Сост.: Г.А. Илизаров, А.А. Девятов, В.Г. Трохова, А.Н. Мешков. - Курган, 1970. - 40 с.
4. Заявка № 2001128027 Способ лечения больных хроническим остеомиелитом бедренной кости, сочетающимся с анкилозом коленного сустава в порочном положении. / Н.М. Ключин, А.И. Лапынин, Т.А. Девятова, В.Е. Дегтярев. (приоритет от 15.10.01.)

Рукопись поступила 10.06.02.