

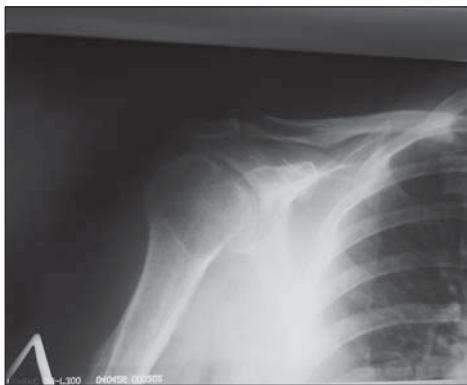


Рис. 3. Рентгенограмма плечевого сустава больной

беспокоили боли в мелких суставах кистей и сформированные сгибательные контрактуры IV-V пальцев левой кисти. Диагноз ревматоидного артрита был снят, клинические

и рентгенологические данные указывали на эрозивную форму остеоартроза суставов кистей рук.

В данном наблюдении представлен вариант паранеопластического ревматоидоподобного артрита, для которого были свойственны вовлечение суставов кистей рук, относительная симметричность и небольшие титры иммунологических маркеров ревматоидного артрита. Вызывало сомнения в плане диагноза позднее начало заболевания (около 60 лет), преобладание отека кисти и тендинитов над артритами, нетипичная рентгенологическая картина.

Таким образом, паранеопластический синдром может проявляться артритом. От врача требуется знание семиотики паранеопластических синдромов, умение провести грамотный диагностический поиск и направить больного для лечения основного заболевания к онкологу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурасулов Д.М. Паранеопластические синдромы. — Ташкент: Медицина, 1983. — 309 с.
2. Анкудинов А.С., Калягин А.Н., Черных С.Ю. и др. Паранеопластический миозит. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2013. — Т. 118. №3. — С. 120-123.
3. Геворков А.Р., Дарьялова С.Л. Паранеопластические синдромы. // Клиническая геронтология. — 2009. — Т. 15. №2. — С. 34-49.
4. Гогин Е.Е., Нешитов С.П., Чуванов М.В., Скалозуб О.И. Сложность распознавания паранеопластических синдромов. // Терапевтический архив. — 2008. — Т. 80. №4. — С. 73-76.
5. Дворецкий Л.И. Паранеопластические синдромы // Consilium medicum. — 2003. — Т. 3. №3. — С. 12-18.
6. Дворников А.С. К вопросу о патогенезе паранеопластических процессов. // Вестник новых медицинских технологий. — 2011. — Т. 18. №2. — С. 515-516.
7. Лисенко С.А., Болюх Б.А., Стрижалковский О.В. Структурні особливості плоскоклітинних карцином у хворих на рак легені з паранеопластичним ревматологічним синдромом // Світ медицини та біології = Мир медицины и биологии. — 2012. — Т. 8. №2. — С. 120-122.
8. Мазуров В.И. Клиническая ревматология (руководство для врачей). — СПб.: ФОЛИАНТ, 2005. — С. 278-301.
9. Мороз Н.Г., Бызова Т.Н., Мазина Н.М. Паранеопластическая реакция типа ревматоидного артрита и аллергического синдрома при опухолевых заболеваниях. // Терапевтический архив. — 1985. — Т. 18. — С. 130-132.
10. Ивашкин В.Т. Паранеопластический артрит: этиопатогенез — клинко-диагностические параллели. // Клиническая геронтология. — 2009. — Т. 15. №2. — С. 27-33.
11. Кузнецова Н.П., Цыренова С.А. Паранеопластические дерматозы. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 1994. — Т. 1. №1-2. — С. 39-41.
12. Николаева С.С., Аснер Т.В., Перетинская А.А. Случай дерматомиозита, обусловленного рецидивом гипернефроидного рака. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 1994. — Т. 1. № 1-2. — С. 41-42.
13. Райцева С.С. Паранеопластические изменения кожи: распространенность, клиническое значение, дифференциальная диагностика: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Екатеринбург, 2003. — 23 с.
14. Ребров А.П., Алексеева И.Л., Кондюрина Е.Ю. и др. Ревматические маски паранеопластического синдрома. // Научно-практическая ревматология. — 2001. — №2. — С. 18-21.
15. Ревматология. Национальное руководство. / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С.502-517.
16. Фомина Л.Л. Паранеопластические синдромы в ревматологии. // Научно-практическая ревматология. — 2002. — №2. — С. 4.

Информация об авторах: Калягин Алексей Николаевич — заведующий кафедрой, профессор, д.м.н., 664046, Иркутск, ул. Красного Восстания, д. 1, тел. (3952) 703722, e-mail: akalagin@mail.ru;
Григорьева Татьяна Васильевна — врач-ревматолог; Антипова Ольга Валентиновна — заведующая центром;
Большедворская Ольга Александровна — врач-терапевт.

© ЛЕОНОВА С.Н., РЕХОВ А.В., КАМЕКА А.Л. — 2013
УДК: 616.718.5/6-001.5+616.748.3

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Светлана Николаевна Леонова, Алексей Владимирович Рехов, Алексей Леонидович Камека
(Научный центр реконструктивно-восстановительной хирургии СО РАМН,
директор — чл.-корр. РАМН Е.Г. Григорьев)

Резюме. Приводится результат лечения пациента П., который в быту получил открытый перелом костей левой голени, осложнившийся хроническим травматическим остеомиелитом. В результате проведенного по месту жительства лечения с использованием чрескостного остеосинтеза не было достигнуто сращения перелома и купирования гнойного процесса, сформировался ложный сустав. При лечении в клинике Научного центра реконструктивно-восстановительной хирургии выполнена резекция зоны ложного сустава, чрескостный остеосинтез левой голени и продольная кортикотомия большеберцовой кости в области перелома. В результате лечения было достигнуто полноценное сращение перелома большеберцовой кости, восстановлена опороспособность левой нижней конечности, купирован остеомиелитический процесс. Использование при лечении переломов, осложненных гнойной инфекцией, продольной кортикотомии, позволяет добиться хорошего клинического результата.

Ключевые слова: переломы костей голени, ложные суставы, хронический травматический остеомиелит, продольная кортикотомия.

TREATMENT OF FRACTURES COMPLICATED WITH PURULENT INFECTION

S.N. Leonova, A.V. Rekhov, A.L. Kameka

(Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery SB RAMS, Russia)

Summary. The paper presents the result of treatment of patient P., who had domestic open fracture of left shin bones complicated with chronic traumatic osteomyelitis. As the result of treatment conducted domiciliary with use of transosseous osteosynthesis adhesion of a fracture and reduction of purulent process didn't happen and false joint formed. During the treatment in the clinic of Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery resection of false joint zone, transosseous osteosynthesis of left shin and longitudinal corticotomy of tibial bone in the fracture area were conducted. As the result of treatment full adhesion of the fracture of tibial bone was reached, support ability of left lower extremity was restored, osteomyelitis process was reduced. Use of longitudinal corticotomy in the treatment of fractures complicated with purulent infection allows to achieve good clinical result.

Key words: fractures of shin bones, false joints, chronic traumatic osteomyelitis, longitudinal corticotomy.

Лечение несросшихся переломов и ложных суставов длинных костей, осложнённых гнойной инфекцией, остается сложной проблемой восстановительной хирургии [1, 3]. Проведенный нами анализ закономерностей и механизмов нарушения процесса репаративной регенерации в условиях гнойной инфекции способствовал разработке новых, эффективных методов лечения переломов [2, 4]. Для полноценного сращения переломов важное значение имеет использование методов, позволяющих оптимизировать репаративный процесс.

Приводим собственное клиническое наблюдение.

Пациент П., 1963 года рождения, 6 июля 2000 г., в быту получил открытый перелом обеих костей левой голени. Лечился по месту жительства в чрескостном аппарате в течение девяти месяцев. В процессе лечения развился хронический остеомиелит, перелом не сросся, сформировался ложный сустав, в связи с чем аппарат был демонтирован (рис. 1 а).

В связи с нарушением опороспособности левой нижней конечности и наличием хронического гнойного процесса 30.06.2001 г. был госпитализирован в клинику НЦРВХ СО РАМН на оперативное лечение. Диагноз: ложный сустав нижней трети большеберцовой кости левой голени. Хронический травматический остеомиелит нижней трети большеберцовой кости левой голени в фазе неполной ремиссии.

4.07.2001 г. выполнена операция: резекция зоны ложного сустава левой большеберцовой кости, некрэксекстрэктомия. Чрескостный остеосинтез левой голени. Продольная кортикотомия зоны ложного сустава, остеотомия нижней трети малоберцовой кости.

Под спинномозговой анестезией, после обработки операционного поля, продольным линейным разрезом

длиной 4,5 см по передней поверхности левой голени осуществлен доступ к зоне ложного сустава левой большеберцовой кости в нижней трети диафиза. С помощью долот и фрез удалены рубцы, грануляции, а также мелкие секвестры, концы отломков освобождены, вскрыт костномозговой канал отломков в проксимальном и дистальном направлении. Рана промыта растворами антисептиков, вакуумирована. Концы отломков резецированы в горизонтальной плоскости с помощью фрез и долот и адаптированы под контролем зрения. Рана повторно промыта растворами антисептиков.

Через проксимальный и дистальный отломки большеберцовой кости левой голени проведены по две перекрещивающиеся спицы на двух уровнях каждого из отломков, которые фиксированы и натянуты в кольцах чрескостного аппарата, кольца соединены штангами.

При помощи долот произведено продольное рассечение кости (кортикотомия) через контакт отломков (зона перелома) и оба отломка кости выше и ниже линии перелома на протяжении 2-4 см в двух плоскостях до противоположной кортикальной пластинки большеберцовой кости. Рана промыта растворами антисептиков, установлена пареоссально дренажная трубка для активного дренирования на всем протяжении раны.

В нижней трети голени по наружно-боковой поверхности через линейный продольный разрез тканей 1,5 см долотом выполнена остеотомия малоберцовой кости в косом направлении. Раны промыты растворами антисептиков, ушиты наглухо с оставлением дренажей в мягких тканях. Наложены асептические повязки. Дана компрессия в аппарате (рис. 1 б).

В послеоперационном периоде осложнений не было. Дренажи удалены на десятые сутки. Послеоперацион-

ные раны зажили первичным натяжением, швы сняты на 10 сутки. Выполнялась поддерживающая компрессия в аппарате на уровне перелома 1 мм в 14 дней. Дозированная нагрузка на левую ногу (до 15 % от массы тела) начата с третьих суток после операции, полная нагрузка — с седьмой недели.

Через 240 дней (8 месяцев) после операции перелом сросся, гнойный процесс купирован. После проведения контрольной рентгенографии и клинической пробы на левую голень 28.02.2001 г. аппарат был демонтирован (рис. 2).

В результате проведенного лечения было достигнуто полноценное

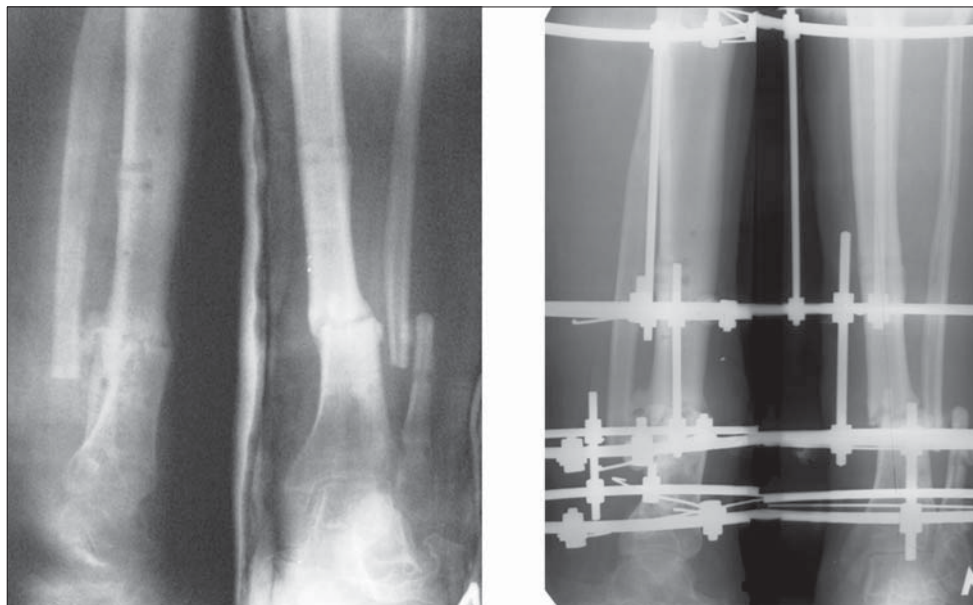


Рис. 1. Рентгенограмма больного П.: а — до операции; б — после операции.

сращение перелома большеберцовой кости, восстановлена опороспособность левой нижней конечности, купирован остеомиелитический процесс.

Использование при лечении переломов, осложненных гнойной инфекцией, продольной кортикотомии, позволяет добиться хорошего клинического результата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев А.Б. Хирургическая тактика при лечении ложных суставов большеберцовой кости, осложненных хроническим остеомиелитом // Травматология и ортопедия России. — 2007. — № 3 (45). — С. 22-26.
2. Леонова С.Н., Малышев В.В. Механизмы нарушения процесса регенерации при хроническом травматическом остеомиелите // Вестник Российской академии медицинских наук. — 2009. — № 4. — С. 13-16.
3. Леонова С.Н., Рехов А.В., Камека А.Л. Факторы риска развития репаративных осложнений у больных с переломами костей голени, осложненными хроническим травматическим остеомиелитом // Инфекции в хирургии. — 2012. — Т. 10. — № 4. — С. 38-43.
4. Леонова С.Н., Рехов А.В., Камека А.Л. Хирургическое лечение больных с переломами костей голени, осложненными хроническим травматическим остеомиелитом // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2012. — Т. 112. — № 5. — С. 117-120.

Информация об авторах:

Леонова Светлана Николаевна — к.м.н.,
ведущий научный сотрудник,
664003, Иркутск, ул. Борцов Революции, 1,
тел. (3952) 290364, e-mail: scrrs.irk@gmail.com;
Рехов Алексей Владимирович — к.м.н.,
старший научный сотрудник;

Камека Алексей Леонидович — научный сотрудник.



Рис. 2. Рентгенограмма больного П., после демонтажа аппарата.