

В.М. Пучков, В.С. Галецкий

ОПЫТ УДЛИНЕНИЯ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ПРИ ДЕФЕКТЕ – ДИАСТАЗЕ БЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ НА БАЗЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МУЗ ГБ 1 г. БРАТСКА

Городская больница № 1 (Братск)

Авторы пришли к выводу, что у больных с открытыми многооскольчатыми переломами костей голени, с дефектами костной ткани предпочтительнее после тщательной первичной хирургической обработки раны выполнение одномоментной моделирующей резекции костных отломков, остеосинтез голени аппаратом внешней фиксации с остеотомией берцовых костей и формированием дистракционного регенерата, устранение дефекта – диастаза костей.

Ключевые слова: удлинение костей голени, диастаз берцовых костей

SHIN BONE LENGTHENING AT DIASTASIS OF FIBULA AND TIBIA PERFORMED IN TRAUMATOLOGICAL DEPARTMENT OF CITY HOSPITAL N 1 OF BRATSK CITY

V.M. Puchkov, V.S. Galetskiy

City Hospital N 1, Bratsk

The authors came to a conclusion that at compound multifragmental fracture of the shin bones, with defects of bone tissue more preferable is to perform single-stage modeling resection of bone fragments, shin external fixation osteosynthesis with osteotomy of fibula and tibia and formation of distraction regenerate, and then elimination of the defect – bones diastasis.

Key words: shin bone lengthening, fibula and tibia diastasis

Впервые в отечественной и зарубежной клинической практике травматологии и ортопедии замещать диафизарный дефект кости путем удлинения одного из отломков предложил Г.А. Илизаров в 1965 г. и 2 марта 1966 г. выполнил первую операцию у больного С. (ист. бол. 269) с диафизарным дефектом костей голени 10 см. В дальнейшем о практической реализации предложенного способа при лечении 21 больного с дефектом костей голени Г.А. Илизаров и В.И. Ледяев сообщили в 1968 г. Сущность способа лечения заключалась в том, что у больных с дефектом большеберцовой кости замещение его производилось за счет удлинения наиболее длинного отломка после остеотомии у взрослых, а у детей с незаконченным ростом замещение достигалось закрыто дистракционным эпифизеолизом. В зависимости от последовательности сочетания приемов дистракции и компрессии метод получил название билокального комбинированного компрессионно-дистракционного или последовательного дистракционно-компрессионного остеосинтеза. На протяжении последующих лет в литературе описывается опыт применения чрезкостного остеосинтеза при лечении костных дефектов посттравматической и постостеомиелитической этиологии.

Известно, что перелом кости активизирует процессы репаративной регенерации и приводит к появлению гиперемии, продолжающейся не менее 6 – 8 недель. После сращения костных отломков локальную гиперемию поддерживают процессы структурной перестройки кости. Исследования, выполненные в РНЦ «ВТО» им. Г.А. Илизарова, показали, что остеотомия и образование

дистракционного костного регенерата обеспечивают увеличение количества сосудов и сосудистых взаимосвязей в окружающих кость тканях не только в зоне регенерата, но и на протяжении всей конечности.

Исходя из данных разработок РНЦ «ВТО» им. Г.А. Илизарова и проведя специализацию наших ординаторов на базах Сибирского отделения РАМН г. Иркутска, Кургана, мы использовали данные методики в практической работе травматологического отделения г. Братска и сейчас можем поделить некоторые результаты нашей работы.

За период с 2003 по 2006 гг. нами использована методика билокального последовательного дистракционно-компрессионного остеосинтеза у 6 пациентов с открытыми многооскольчатыми переломами костей голени с обширным размозжением мягких тканей. 2 больных поступили в отделение в сроки от 5 до 8 месяцев после травмы, за этот период они перенесли несколько оперативных вмешательств в других лечебных учреждениях. У 3 больных замещение дефекта большеберцовой кости выполнено за счет выращивания клиновидного регенерата по Г.А. Илизарову.

Клинические примеры

Наблюдение 1 (рис. 1).

Больной Т. 37 лет, в результате автодорожной травмы (сбит автомашиной) получил открытый многооскольчатый перелом костей левой голени в средней нижней трети, типа II^B по Каплану. Заживление раны происходило вторичным натяжением. Поступил в травматологическое отделение нашей больницы через 5 месяцев после травмы с аппаратом внешней фиксации. В отде-

лении выполнен демонтаж аппарата, моделирующая резекция неконгруэнтных концов стыка костей в дефекте — диастазе, остеосинтез голени комбинированным спице-стержневым аппаратом внешней фиксации, частичная компактомия большеберцовой кости в верхней трети с последующей ее остеоклазией. Через 5 дней после опе-

рации начата дистракция по 1 мм в сутки в 4 приема и выращен дистракционный регенерат 6 см, устранен дефект — диастаз большеберцовой кости. Через 8 месяцев после операции наступила консолидация перелома. После реабилитационного лечения в течение 2 месяцев больной приступил к работе по прежней специальности.



Рис. 1. Рентгенограммы больного Т. в процессе лечения.

Наблюдение 2 (рис. 2).

Больная Ч., 17 лет, в результате падения с мотоцикла получила открытый многооскольчатый перелом нижней трети правой голени типа III^B по Каплану. До поступления в наше отделение, после ПХО раны лечение больной производилось на скелетном вытяжении. Заживление ран происходило вторичным натяжением. Гипсовая иммобилизация голени в течение 3,5 месяцев — консолидации перелома не наступило. В нашем отделении

выполнена моделирующая резекция большеберцовой кости в зоне перелома, остеотомия малой берцовой кости по зоне ее консолидации, остеосинтез голени спице-стержневым аппаратом, частичная компактомия большеберцовой кости в верхней трети с ее остеоклазией. Выращен дистракционный регенерат 6 см в течение 60 дней, созревание регенерата и консолидация перелома в нижней трети голени, через 7 месяцев стабилизации аппарат демонтирован.

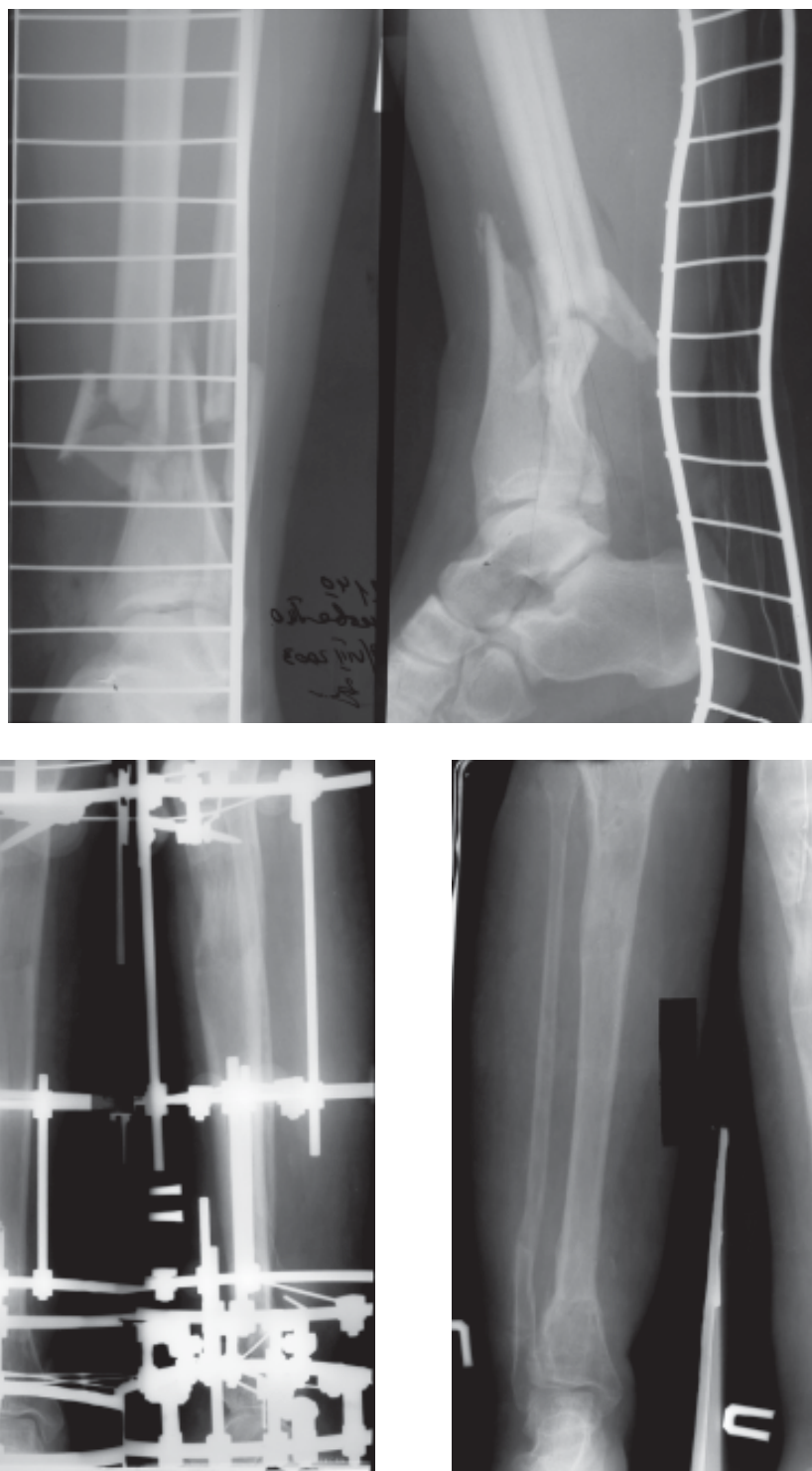


Рис. 2. Рентгенограммы больной Ч. в процессе лечения.

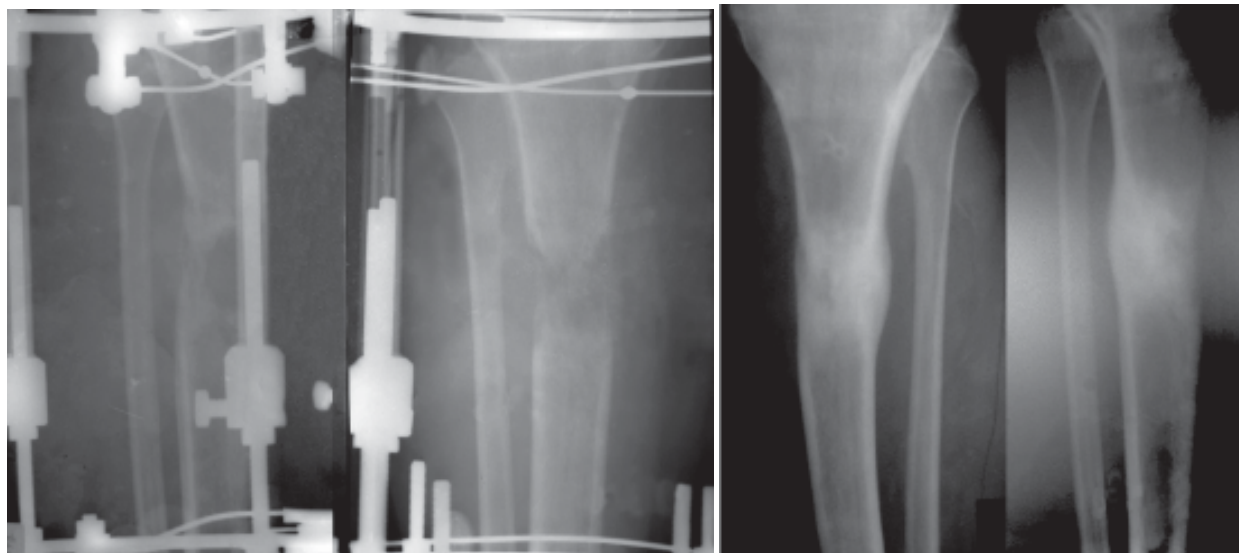


Рис. 3. Рентгенограммы больной Ш. в процессе лечения.

Больная Ш., 34 лет, инвалид детства с хроническим гематогенным остеомиелитом проксимального метаэпифиза бедренной кости с укорочением бедра до 5 см. Обострения остеомиелита в течение последних 15 лет не было. С целью удлинения конечности выращен дистракционный регенерат в верхней трети большеберцовой кости, нижней трети малоберцовой. Созревание дистракционного регенерата в течение 7 месяцев, выполнен демонтаж аппарата. У больной купировались боли в поясничном отделе позвоночника и в крестцово-подвздошных сочленениях.

ВЫВОДЫ

У больных с открытыми многооскольчатыми переломами костей голени, с дефектами костной ткани предпочтительнее после тщательной первичной хирургической обработки раны выполнение одномоментной моделирующей резекции костных отломков, остеосинтез голени аппаратом внешней фиксации с остеотомией берцовых костей и формированием дистракционного регенерата, устранение дефекта — диастаза костей.

По нашим наблюдениям — во всех случаях наступило сращение переломов с восстановлением длины и функции конечностей.