

Реабилитация больного с дефект-псевдоартрозом голени, осложненным выраженной деформацией

Н.М. Мурзиков, В.К. Камерин

Rehabilitation of a patient with the leg defect-pseudoarthrosis, complicated by a marked deformity

N.M. Mourzikov, V.K. Kamerin

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)

Процесс социально-трудовой реабилитации больных с ложными суставами и дефектами длинных костей, особенно нижних конечностей, является актуальной проблемой травматологии и ортопедии. Это обусловлено наличием у этой категории больных комплекса разнообразных анатомо-функциональных нарушений в виде осевых деформаций, контрактур смежных суставов, анатомического и функционального укорочений, нейротрофических расстройств, остеомиелитического процесса и обширных рубцов мягких тканей, наступивших вследствие тяжести повреждения и предшествующих многократных, зачастую безуспешных оперативных вмешательств.

В РНЦ «ВТО» имени академика Г.А. Илизарова разработаны оригинальные методики закрытого и открытого одноэтапного устранения дефектов и многокомпонентных деформаций конечностей, без использования трансплантатов.

Приводим клиническое наблюдение. Больной П., 22 лет, инвалид II группы (история болезни № 1687), поступил в центр 21.08.98 г. с диагнозом: дефект-псевдоартроз левой голени, варусно-антекурвационная деформация в средней трети $<145^{\circ}$, разгибательная контрактура левого коленного сустава, деформирующий артроз левого коленного сустава. Укорочение левой нижней конечности 6 см. Хронический остеомиелит в стадии ремиссии.

В мае 1994 года в автодорожной катастрофе получил открытый III – В тип по классификации А.В. Каплана, О.Н. Марковой перелом. В городской больнице г. Магнитогорска произведена первичная хирургическая обработка ран голени и нижней трети бедра, коленного сустава, остеосинтез аппаратом Илизарова. Послеоперационное течение осложнилось остеомиелитом костей голени. Аппарат снят через 4 месяца, и фиксация продолжалась гипсовой повязкой. В 1995 году производилась секвестрэктомия, после которой сращения не наступило и остался функ-

ционирующий свищ, закрывшийся только в 1997 году (через 2,5 года). В 1995 году больной переведен на II группу инвалидности.

При поступлении предъявлял жалобы на деформацию и укорочение левой голени и боли в области левого коленного сустава.

Ходит с помощью трости, хромая на левую конечность. Отечность голени 7,5 см в средней трети. В средней трети голени по передней поверхности кожные покровы рубцово изменены. Укорочение голени 6 см. В средней трети голени антекурвационная деформация $25-45^{\circ}$, варусная – 165° , внутренняя ротация дистального отдела голени – 10° . Движения в левом коленном суставе $170-180^{\circ}$, в голеностопном – в полном объеме. В средней трети голени определяется тугая амортизация в косо-фронтальной плоскости в пределах $5-7^{\circ}$ (рис. 1).



Рис. 1. Рентгенограмма (а) и фото (б) больного при поступлении в центр (деформация голени, рубцово-измененные кожные покровы, укорочение конечности).

На обзорной рентгенограмме определяется остеопороз дистального конца бедра. Деформация эпифизов с краевым дефектом. Надколенник спаян с бедром. На голени выраженная антекурвационно-варусная деформация, щель на вершине деформации едва прослеживается в виде узкой косопоперечной линии. Выражены периостальные напластования по вогнутой поверхности. Резкий склероз на протяжении средней трети большеберцовой кости, костномозговой канал не определяется.

21.08.98 г. под эпидуральной анестезией произведена операция: косопоперечная остеотомия через зону ложного сустава (стимулирующе-корригирующая) большеберцовой кости и поперечная – малоберцовой в средней трети голени. Остеосинтез аппаратом Илизарова с установкой шарниров на вершине деформации (рис. 2).



Рис. 2. Рентгенограммы после операции (а) и после исправления деформации (б).

Послеоперационное течение гладкое. Швы сняты через 9 дней, заживление ран первичным натяжением.

С первого дня после операции больной занимается разработкой коленного и голеностопного суставов, а с 3 дня ходит с костылями, нагружая конечность.

На 10 сутки после операции начата дистракция для коррекции деформаций и восстановления длины конечности с темпом 1 мм в сутки, а через 5 дней продолжена с темпом 2 мм по вогнутой и 0,5 мм по выпуклой поверхности. Дистракция продолжалась 45 дней, последующая фиксация в аппарате – 155 дней.

Через 16 дней после операции больной перешел к ходьбе с тростью. Аппарат снят 11.02.99 г. Оставлено укорочение конечности 2 см, учитывая контрактуру коленного сустава. При клинической пробе патологической подвижности в зоне регенерата нет, ось голени правильная; рентгенологически регенерат губчатого строения. С профилактической целью конечность фиксирована глубокой задней гипсовой повязкой на 1,5 месяца (больной весит 110 кг). При выписке рекомендована ходьба с костылями в течение 3 недель, а затем с костылем и тростью – 2-3 недели, в последующем – с тростью. Через 2 месяца после выписки (снятия аппарата) больной начал полностью нагружать оперированную конечность. Через 8 месяцев рентгенологически ось голени правильная, регенерат представлен губчатой костью с выраженными кортикальными пластинками. Склероз большеберцовой кости уменьшился. Предъявляет жалобы на умеренный отек левой голени после длительной ходьбы. Ходит без дополнительных средств опоры.

Варусная деформация в области коленного сустава 170° , отек в средней трети голени 6 см. Укорочение конечности – 2 см. Движения в голеностопном суставе в полном объеме ($85-120^{\circ}$), в коленном – $170-180^{\circ}$, надколенник неподвижен. Больной лечением доволен, ставит вопрос о реабилитации по поводу разгибательной контрактуры коленного сустава (рис. 3).

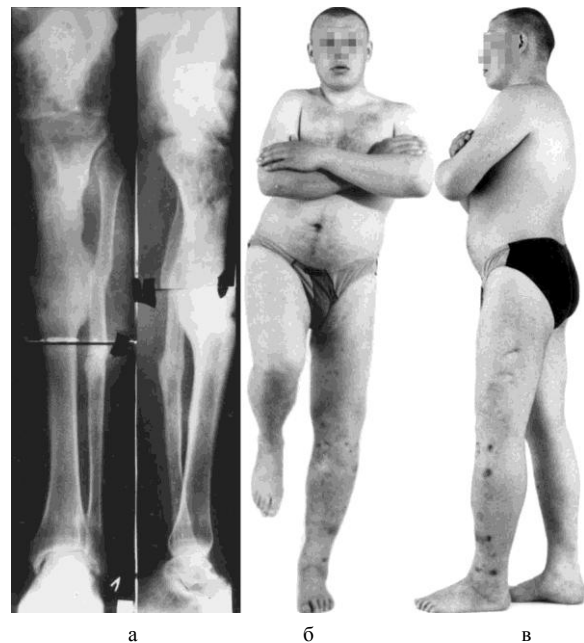


Рис. 3. Рентгенограмма (а) и фото больного (б, в) через 8 месяцев после снятия аппарата.