

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

В. Л. Корытов, к.м.н. А. В. Муратов, Д.
М. Коваленко

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКИМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

*Кировская государственная
медицинская академия Кировская
областная клиническая
травматологическая больница*

Несмотря на достижения современной медицины, пациенты с гнойными заболеваниями и осложнениями составляют 30-35% среди всех хирургических больных. Из этого количества на долю посттравматического остеомиелита приходится 6-10%. Гнойные осложнения после открытых переломов длинных трубчатых костей наблюдаются у 10-51% травмированных, а после хирургических вмешательств на костях у 0,6- 7,2% больных [1, 8, 9]. В значительном числе наблюдений развивается посттравматический остеомиелит, возникновение которого препятствует сращению костей, вызывает появление ложного сустава, может приводить к образованию дефекта костной ткани, что в ряде случаев является причиной стойкой утраты трудоспособности [8, 9].

Хирургическая тактика в отношении остеомиелита предусматривает: хирургическую обработку очага инфекции и лечение послеоперационных дефектов кости и мягких тканей [1, 2, 4, 5, 6, 7, 9]. В качестве радикальных операций для хирургической обработки очага остеомиелита предлагаются секвестрнекрэктомия и резекция кости в пределах здоровых тканей [1, 2]. Метод поднадкостничной циркулярной резекции пораженного участка кости не рекомендуется некоторыми авторами по причине его травматичности и опасности образования ложных суставов [2]. В то же время имеются сообщения о возможном благоприятном исходе лечения дефектов костной ткани с использованием поднадкостничной

циркулярной резекции пораженного участка кости в комбинации с аутооттрансплантацией фрагмента гребня подвздошной кости. Учитывая достаточную резистентность аутооттрансплантатов из гребня подвздошной кости к аутоинфекции, при условии адекватной антибиотикотерапии может использоваться комбинация обоих методов замещения дефектов костной ткани [7]. Тем не менее по настоящее время данный вопрос остается дискуссионным и требует, на наш взгляд, более детального изучения.

В связи с вышеизложенным, заслуживает пристального внимания клинический случай, наблюдавшийся в отделении гнойной хирургии (заведующий отделением Корытов В. Л.) Кировской областной клинической травматологической больницы (главный врач Горев С. Г.) в 1993-1994 годах.

В отделении с 29 декабря 1993 года находился на лечении больной Ч., 13 лет с диагнозом: «Открытый оскольчатый перелом дистального метафиза и открытый двойной перелом нижней трети диафиза правой лучевой кости со смещением костных отломков, осложненный гнойной флегмоной правого предплечья и первично-хроническим посттравматическим остеомиелитом в стадии секвестрации, свищевая форма. Многокомпонентная контрактура суставов правой кисти».

Травма получена в быту 13 декабря 1993 года (придавило упавшим «рулоном» сена), через 1,5 часа с момента травмы больной был доставлен в центральную районную больницу Мурашинского района, где по экстренным показаниям выполнены: первичная хирургическая обработка ран, закрытая ручная репозиция костных отломков с иммобилизацией гипсовой лонгетой от кончиков пальцев до верхней трети плеча под масочным наркозом. Назначена антибактериальная терапия антибиотиками пенициллинового ряда. Течение травмы осложнилось гнойной флегмоной предплечья, в связи с чем больной и был переведен в отделение гнойной хирургии Кировской областной клинической травматологической больницы.

При поступлении 29 декабря 1993 года в Кировскую областную клиническую травматологическую больницу общее состояние средней тяжести, сознание ясное, соматически стабилен, без особенностей; локально-умеренный отек, гиперемия правой кисти и предплечья, в нижней трети две раны 54 см и контрапертура 30,8 см с гнойным отделяемым со специфическим запахом.

В отделении гнойной хирургии на фоне антибактериальной терапии с учетом чувствительности (гентамицин, линкомицин, клафоран), инфузионной терапии (5% раствор глюкозы, гемодез, 5% раствор аскорбиновой кислоты) выполнено: 30 декабря 1993 года перевязка под наркозом - некрэктомия, туалет раны; 3 января 1994 года остеосинтез костей правого предплечья аппаратом Илизарова с вторичной хирургической обработкой раны правого предплечья. В послеоперационном периоде проводились ежедневные перевязки с различными водными и спиртовыми растворами антисептиков, водорастворимыми мазями (левомеколь).

6 января произведен демонтаж аппарата Илизарова. Длительное время на перевязках сохранилось слизисто-гнойное отделяемое из раны, в связи с чем планировалось формирование свищевого хода для выполнения в дальнейшем, после прокрашивания некротизированных тканей, фистулосеквестрнекрэктомии. Однако во время очередной перевязки 22 февраля из раны извлечен секвестр, представляющий собой дистальный отломок лучевой кости около 8-9 см в длину, лишенный надкостницы, которая осталась в ране (фото 1).

Фото 1. Секвестр дистального отдела правой
лучевой кости



Перевязки были продолжены; работа с аппаратом Илизарова не проводилась (аппарат находился на стабилизации). Рентгенологически в динамике наблюдалась активная регенерация костной ткани за счёт надкостницы (фото 2).

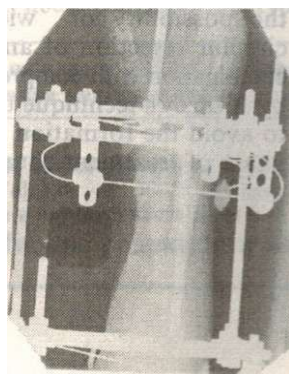
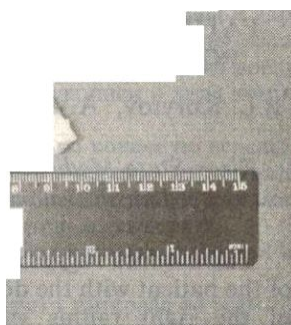


Фото 2. Этапные рентгенограммы правого предплечья в аппарате Илизарова

После перемонтажа аппарата Илизарова 1 марта 1994 года больной выписан домой с рекомендациями на дальнейшее амбулаторное долечивание у хирурга в поликлиническом отделении по месту жительства.

Аппарат Илизарова снят через 2 месяца во время явки больного на консультативный приём Кировской областной клинической травматологической больницы. Заключение рентгенологического обследования: наступила полная консолидация перелома и восстановление полноценного регенерата лучевой кости. С этого момента больной к сотрудникам отделения гнойной хирургии не обращался.



ЩШРЖРШШ

Весной 2001 года данный пациент был вызван нами на консультативный приём Кировской областной клинической травматологической больницы. При осмотре жалоб не предъявляет, ограничений в нагрузке на правую верхнюю конечность не испытывает. Сделаны контрольные рентгенограммы, на которых патологических изменений не обнаружено (фото 3). Проведено измерение объема движений в суставах правой кисти: движения пальцев в норме, в правом лучезапястном суставе сгибание тыльное 30° , ладонное 80° ; отведение - ульнарное 35° , радиальное 20° .

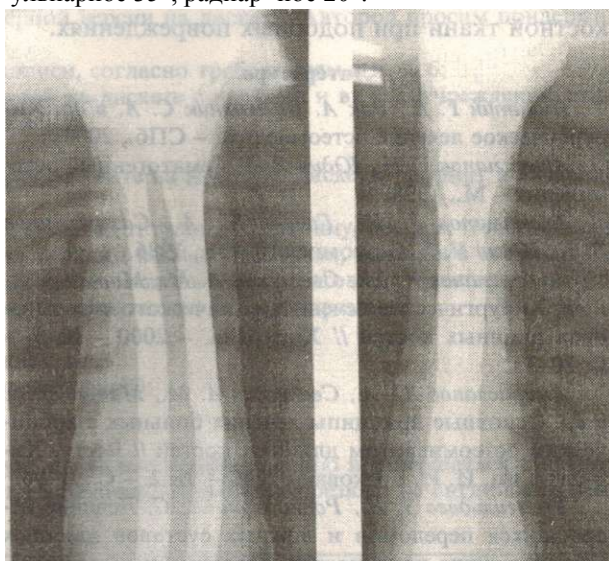


Фото 3. Контрольные рентгенограммы правого предплечья

Но наиболее интересным является тот факт, что в 18 лет данный больной был призван в ряды Вооруженных сил Российской Федерации, где и отслужил 2 года. В настоящее время является студентом одного из высших учебных заведений города Кирова.

По нашему мнению, полученные результаты лечения (как непосредственные, так и отдаленные)

были достигнуты за счет стабильной фиксации костных отломков, адекватной антибактериальной терапии в комплексе с местными манипуляциями, предполагавшими бережное отношение к тканям и хорошими регенераторными способностями костной ткани из-за молодого возраста больного. В случае применения лечения по общепринятым правилам, больному на достаточно ранних сроках могла быть выполнена остеонекрэктомия, предполагающая и удаление надкостницы. В результате этого сроки пребывания больного в стационаре и временная не трудоспособность могли увеличиться в 1,5 и 3 раза соответственно из-за необходимости восстановления длины лучевой кости и ее полноценной структуры.

Таким образом, мы считаем возможным более широкое применение поднадкостничной

циркулярной резекции пораженного участка кости (особенно у лиц молодого возраста) в сочетании с наложением компрессионно-дистракционных аппаратов по методике Илизарова для фиксации и возможности компрессии на завершающем этапе лечения с целью профилактики образования ложного сустава. Кроме того, учитывая достаточную резистентность аутотрансплантатов из гребня подвздошной кости к аутоинфекции при условии адекватной и своевременной антибиотикотерапии возможно применение комбинации обеих методик замещения дефектов костной ткани при подобных повреждениях.

Литература

Никитин Г. Д., Рак А. В., Линник С. А. и др. Хирургическое лечение остеомиелита - СПб., 2000.

Акжигитов Г. Н., Юдин Я. Б. Гематогенный остеомиелит - М., 1998.

Акжигитов Г. Н., Галеев М. А., Сахаутдинов

В. Г., Юдин Я. Б. Остеомиелит - М., 1986.

Амирасланов Ю. А., Светухин А. М., Митин В. А.

и др. Хирургическое лечение хронического остеомиелита длинных костей // Хирургия. - 2000 - № 5. - С.30-33.

Амирасланов Ю. А., Светухин А. М., Митин В. А. и др. Основные принципы лечения больных с хроническим остеомиелитом длинных костей // Вестн. Хирургии им. И. И. Грекова. - 2000 - № 2. - С. 91-96.

Уразгильдеев З. И., Роскидайло А. С. Лечение несросшихся переломов и ложных суставов длинных костей нижних конечностей, осложненных остеомиелитом // Хирургия. - 1999. - № 9. - С. 48-54.

Оноприенко Г. А., Буачидзе О. Ш., Зубиков В. С. и др. Хирургическое лечение хронического посттравматического остеомиелита бедренной кости при ложных суставах, несросшихся переломах и дефектах. // Хирургия. - 1999. - № 9. - С. 43-47.

Каплан А. В., Маркова О. Н., Лебедев В. И. Лечение открытых переломов костей и их последствий. - М., 1985

Каплан А. В., Махсон Н. Е., Мельникова В. М. Гнойная травматология костей и суставов. - М., 1985.

THE CASE OF TREATMENT OF

THE
PATIENT WITH PRIMARY
CHRONICAL POSTTRAUMATIC
OSTEOMYELITIS

B.L. Korytov, A.V. Muratov, D.M.
Kovalenko

*Kirov State Medical Academy Kirov
Regional Clinical Traumatological
Hospital*

The authors suggest the experience of treatment of the patient with the double open splinter fracture of the right radius with the removal of bone fragments complicated with putrefactive phlegmon of the right forearm and primary chronical posttraumatic osteomyelitis. The defect of the radius was 9 cm.

As a result of treatment course the patient has no limitations in loading on the right upper extremity, no pathological changes have been found during X-ray investigations. Taking into consideration the results of that case we think about the possibility of wider use of subperiosteum circular resection of an injured part of a bone in combination with compression-expandable apparatus by Ilizarovs technique to fix and compress in order to avoid the formation of a wrong joint at the last phase of treatment course.