

© Коллектив авторов, 2012

РЕЗУЛЬТАТ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕСРАЩЕНИЯ И УКОРОЧЕНИЯ БЕДРА

И.И. Литвинов, А.В. Колтунов, И.Н. Соловьев

ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Ключевые слова: реостеосинтез бедра, укорочение сегмента, аппарат внешней фиксации.

Result of Orthopedic Correction for Femur Nonunion and Shortening

I.I. Litvinov, A.V. Koltunov, I.N. Solov'yov

Key words: femur reosteosynthesis, segment shortening, external fixation device.

Ортопедическая коррекция укорочений, несращений бедренной кости является сложной медицинской проблемой. Например, по данным В. De Billy и соавт. [1], у 151 пациента при удлинении бедер с использованием различных хирургических технологий осложнения возникли в 100% наблюдений. Среди конструкций для удлинения костей, в том числе бедренных, наибольшее распространение получили аппараты внешней фиксации различных модификаций — Илизарова, Wagner, Judet, Orthofix и др. Однако использование чисто аппаратных методик при коррекции укорочения бедра создает очевидные неудобства для пациента и медицинского персонала, часто сопровождается стойким ограничением функции коленного сустава, нагноением мягких тканей вокруг спиц и стержней, нарушением оси сегмента, рефрактурами при преждевременном демонтаже аппарата и другими осложнениями [2–4, 6]. Приводим пример использования комбинации чрескостного дистракционно- и внутрикостного блокирующего остеосинтеза при лечении несращения и укорочения бедра.

Больной С., 24 лет (рост 185 см, масса тела 120 кг), сотрудник УВД, 24.09.06 получил высокоэнергетические повреждения в результате лобового столкновения двух легковых автомобилей, являясь водителем одного из них. Диагноз: сочетанная травма: закрытый неосложненный оскольчатый перелом левой бедренной кости в средней — нижней трети (тип В3 по АО/ASIF); двойной перелом нижней челюсти; закрытая черепно-мозговая травма: сотрясение головного мозга. 04.10.06 в отделении травматологии Дорожной больницы выполнен остеосинтез левого бедра блокируемой нейтральной пластиной по инвазивной технологии. В послеоперационном периоде имело место нарушение режима (нагрузка на ногу). Через 4 нед выявлен перелом пластины. 15.11.06 там же проведено удаление сломанной пластины и винтов, выполнен реостеосинтез левого бедра блокируемым канюлированным стержнем и проволочными серкляжами (см. рисунок, а). В течение 8 мес больной ходил с двумя костылями, затем перешел на один костыль и трость. 23.07.07 пациент был выписан на работу (при ходьбе пользовался тростью). Однако в ходе дальнейшего наблюдения констатированы несращение левого бедра (гиперпластический тип), перелом дистального блокирующего винта и дистального конца стержня на уровне блокирующего отверстия, укорочение бедра на 3,5 см (см. рисунок, б). 26.05.09 в МУЗ КБСМП им. Н.В. Соловьева (Ярославль) выполнены удаление обломков



Рентгенограммы больного С. 24 лет.

а — после реостеосинтеза левого бедра блокируемым канюлированным стержнем и проволочными серкляжами; б — через 2,5 года после внутрикостного реостеосинтеза; в — после монтажа спице-стержневого аппарата внешней фиксации.



Рентгенограммы больного С. 24 лет.

а — по окончании дистракции; б — через месяц после реостеосинтеза; в — через 10 мес после реостеосинтеза.

конструкций, трехплоскостная остеотомия в зоне несращения левого бедра, остеосинтез блокированным стержнем диаметром 13 мм (на 3 мм толще удаленного) с расверливанием, проксимальное блокирование, монтаж спице-стержневого аппарата внешней фиксации, смонтированного из деталей аппарата Илизарова и стержневого аппарата МКЦ-01, с целью этапного удлинения на стержне (см. рисунок, в). Через 7 дней начата дистракция по 1,5 мм в сутки, результатом которой стало удлинение конечности на 3,5 см (см. рисунок, г). Спустя месяц после реостеосинтеза произведен демонтаж аппарата внешней фиксации, дистальное статическое блокирование стержня (см. рисунок, д). Через 4 мес пациент ходил с полной нагрузкой на ногу, на контрольных рентгенограммах определялось периостальное сращение. Приступил к труду, инвалидность не получал. При осмотре через 10 мес констатировано полное функциональное восстановление, разницы в длине ног нет, на контрольных рентгенограммах — сращение (см. рисунок, е). Результат по шкале Neer — Grantham — Shelton [6] оценен как отличный (98 баллов).

Данное клиническое наблюдение иллюстрирует возможность сокращения сроков применения аппарата внешней фиксации, а также достижения полного функционального восстановления при коррекции укорочения бедра и его несращения по

средством сочетанного использования внешнего дистракционного и внутрикостного блокирующего остеосинтеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. De Billy B., Langlais J., Pouliquen J.C. et al. Complications in lengthening of the femur using different methods // *J. Bone Jt Surg. (Br)* — 2005. — Vol. 87. — P. 70.
2. Faber F.W.M., Keessen W., van Roermund P.M. Complications of leg lengthening // *Acta Orthop. Scand.* — 1991. — Vol. 62, N 4. — P. 327–332.
3. Lie C.W., Chow W. Limb lengthening in short-stature patients using monolateral and circular external fixators // *Hong Kong Med. J.* — 2009. — Vol. 15, N 4. — P. 280–284.
4. Marangoz S., Feldman D.S., Sala D.A. et al. Femoral deformity correction in children and young adults using Taylor Spatial Frame // *Clin. Orthop. Relat. Res.* — 2008. — Vol. 466, N 12. — P. 3018–3024.
5. Neer C.S., Grantham S.A., Shelton M.L. Supracondylar Fracture of the Adult Femur. // *J. Bone Jt Surg. (Am).* — 1967. — Vol. 49, N 4. — P. 591–613.
6. Zarzycki D., Tesiorowski M., Zarzycka M. et al. Long-term results of lower limb lengthening by the Wagner method // *J. Pediatr. Orthop.* — 2002. — Vol. 22, N 3. — P. 371–374.

Сведения об авторах: Литвинов И.И. — доктор мед. наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ЯГМА; Колтунов А.В. — ассистент той же кафедры; Соловьев И.Н. — канд. мед. наук, ассистент той же кафедры.
Для контактов: Литвинов Игорь Иванович. 150057, Ярославль, ул. Калинина, дом 23, кв. 101. Тел.: 8 (915)972–29–62.
 E-mail: litorthorus@rambler.ru