

УДК:616-089:617.58:616-001.6

**УДЛИНЕНИЕ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

А.М. ШАМСИЕВ, Ж.А. ШАМСИЕВ, З.М. МАХМУДОВ, М.Д. БУРГУТОВ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

**ЧАНОҚ-СОН БЎҒИМИ СУЯКЛАРИНИНГ ОСТЕОМИЕЛИТИНИ ЎТКАЗГАНДАН СЎНГ ОЁҚНИ УЗАЙТИРИШ**

А.М. ШАМСИЕВ, Ж.А. ШАМСИЕВ, З.М. МАХМУДОВ, М.Д. БУРГУТОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

**AN ELONGATED LOWER EXTREMITIES AFTER PATHOLOGICAL DISLOCATION OF THE HIP**

A.M. SHAMSIEV, J.A. SHAMSIEV, Z.M. MAHMUDOV, M.D. BURGUTOV

Samarkand State Medical Institute Republic of Uzbekistan, Samarkand

Ёшлигида чаноқ-сон бўғими бутунлигининг бузилиши билан суякларининг гематоген остеомиелитини ўтказган ва бунинг натижасида оёқ калта бўлиб қолган беморга Илизаров аппарати ёрдамида суякни резекция қилмасдан оёқ узайтирилди.

**Калит сўзлар:** *гематоген остеомиелит, чаноқ-сон бўғими, оёқнинг калта бўлиши, Илизаров аппарати.*

Patients surviving infancy hematogenous osteomyelitis of the hip bones, complicated by the destruction of the joint and the shortening of the lower limb, using the Ilizarov apparatus, without subperiosteal bone resection was produced lengthening limbs.

**Key words:** *hematogenous osteomyelitis, hip, lower limb shortening, the Ilizarov apparatus.*

Лечение детей и подростков с последствиями гематогенного остеомиелита бедра является одной из сложнейших проблем детской хирургии. Гематогенный остеомиелит до сих пор является распространенным заболеванием, составляя 6-10,7% всех гнойно-воспалительных заболеваний в структуре стационарных больных. При гематогенном остеомиелите чаще всего поражается бедренная кость, как изолированно на одном или на нескольких уровнях.

Актуальность вопроса заключается не только в частоте поражения бедренной кости, но и в особой тяжести последствий поражения ростковых зон этого сегмента, сопровождающихся развитием больших укорочений (10-20 см), деформаций, ложных суставов, дефектов бедренной кости с разрушением смежных тазобедренного и коленного суставов, приводя в 25-33% случаев к инвалидизации [2,3,4,5,7,8].

Каждое из перечисленных последствий требует различных подходов в тактике, техническом исполнении и последующей восстановительной линии. В ряде работ, посвященной данной теме, большинство авторов [1,4,6,8,9,10,11] отдают предпочтение остеосинтезу аппаратом Илизарова или другими устройствами внешней

фиксации, позволяющим в сравнительно короткие сроки без дополнительной иммобилизации конечности гипсовой повязкой, применения наружных металлических фиксаторов, кожной и костной пластики купировать последствия гематогенного остеомиелита бедра.

Вместе с тем, до настоящего времени не разработаны показания и методики этого вида остеосинтеза у больных с последствиями гематогенного остеомиелита. Не установлено место других видов остеосинтеза в решении проблемы последствий гематогенного остеомиелита, не определены оптимальные схемы ортопедического подхода к данной патологии.

**Материал.** Больной А. 12 лет поступил с жалобами на наличие укорочения правой нижней конечности, по сравнению со здоровой, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. Из *анамнеза* болен с грудного возраста. Заболевание связывает с перенесенным в 8 месячном возрасте острым гематогенным остеомиелитом проксимального эпифиза правой бедренной кости, который в дальнейшем осложнился разрушением тазобедренного сустава и укорочением правой нижней конечности.



**Рис. 1.** Рентгенограмма больного А. до наложения аппарата Илизарова.



**Рис. 2.** Рентгенограмма больного А. после наложения аппарата Илизарова.

В 2009 году в травматологической больнице г. Самарканда больному произведена хирургическая коррекция патологического вывиха правого бедра.

При осмотре в области правого тазобедренного сустава имеется послеоперационный рубец размером 10,0x0,5 см без признаков воспаления. Сгибательные движения в правом тазобедренном суставе ограничены. Имеется укорочение правой нижней конечности на 5,0 см, за счет бедра, по сравнению с левой. Отмечается компенсаторный перекос костей таза в правую сторону. При ходьбе больной хромает, западает на правую ногу. На обзорной рентгенографии костей таза визуализируется наличие лизиса головки и части шейки правой бедренной кости, но лизированная шейка бедра справа находится в проекции вертлужной впадины (рис. 1).

23/01-2015 года в клинике для коррекции укорочения правой нижней конечности на правое бедро был установлен аппарат Илизарова (состоящий из двух колец и четырех штанг, нижнее кольцо с параллельно установленными спицами проведены через ростковую зону дистального метэпифиза правой бедренной кости, верхнее кольцо со спицами проведены через подвертельную область). Во время операции аппарату была дана максимальная дистракция и первоначально расстояние между двумя кольцами аппарата Илизарова составляло 15,0 см.

Для контроля на резьбах штанг в нижней части аппарата Илизарова нанесены первоначальные метки. Далее со следующего дня после операции на всех четырех штангах, гайки вы-

кручивались на один полный оборот, то есть на 1,0 мм. При выписке из стационара на 10 сутки после операции, аппарат Илизарова держится хорошо. Воспаления вокруг спиц не выявлено. Дана очередная тракция на 1 мм (15,0 см. + 10,0 мм = 16 см.). Также измерены оба бедра (от передне-верхней ости подвздошной кости и до верхнего края надколенника), длина правого бедра составила 33,0 см., левого 37,0 см. Далее больной находился под амбулаторным наблюдением, периодически проводился контрольный осмотр в стационаре. 16 марта 2015 года (через 40 дней после операции, каждые 10 дней бедро удлинено на 1,0 см.), аппарат Илизарова был снят.

При этом длина левого и правого бедра составили 37,0 см. Обе нижние конечности по длине были одинаковые. На контрольных рентгенограммах правой бедренной кости в прямой и боковой проекциях визуализируется удлинение бедренной кости за счет ростковой зоны. То есть хрящевая часть кости постепенно растягивалась. Для профилактики перелома, на правую нижнюю конечность была наложена циркулярная фиксирующая повязка «Scotch Cast», типа «тутора». И в это же время больному было дано разрешение на дозированную нагрузку, на правую нижнюю конечность при ходьбе с костылями. Через один месяц, т.е. в апреле 2015 года повязка с правой нижней конечности была снята. Больной начал ходить с одним костылем. Компенсаторный сколиоз позвоночника минимизировался.



Рис. 3. Рентгенограмма больного и бедра с аппаратом Илизарова через 40 дней после операции.



Рис. 4. Общий вид больного А. после операции.

**Выводы.** Таким образом, больному А. при помощи аппарата Илизарова, без поднадкостничной резекции кости, было произведено удлинение конечности, которое минимизировало хирургическое вмешательство и при этом был получен хороший результат, и не было осложнений.

#### Литература:

1. Аболина А.Е. Современные зарубежные аппараты внешней фиксации / А.Е. Аболина, В.П. Морозов //Ортопедия, травматология и протезирование. 1987.- №8. - С.71-73.
2. Акжигитов, Г.Н. Гематогенный остеомиелит / Г.Н. Акжигитов, Я.Б. Юдин. — М. : Медицина, 1998 г. - 286 с.
3. Андрианов В.Л. Восстановительное лечение детей и подростков с последствиями перенесенного гематогенного остеомиелита / В.Л. Андрианов, А.П. Поздеев, О.А. Даниелян, Е.Г. Сосненко // Сб. научн. трудов: Актуальные аспекты лечения заболеваний и поражений опорно-двигательного аппарата у детей. С-Пб, 1994. - С.30 1-302.
4. Архипов Г.К. Надежность реконструкции бедра по Илизарову при дефектах головки и шейки / Г.К. Архипов, О.А. Кадыкало //Сб. научн. трудов: Вопросы биомеханики в травматологии и ортопедии. Казань, 1985. - С.63-65.
5. Ахунзянов А.А., Ортопедические осложнения острого гематогенного остеомиелита у детей. / Ахунзянов А.А., Гребнев П.Н., Фатыхов Ю.И., Фатыхов А.Ю., Гильмутдинов М.Р., Смирнов

О.Г. //Тезисы докладов симпозиума по детской хирургии с международным участием. Ижевск. Апрель 2006 г. С. 14-16

6. Бордиян С.Г. Дифференциальная диагностика острых воспалительных заболеваний тазобедренного сустава у детей. Автореф, канд. мед. наук- Санкт Петербург, 2006, с.3-4

7. Беляев, М.К. К вопросу о выборе лечебной тактики при метафизарном остеомиелите у детей / М.К. Беляев, Ю.Д. Прокопенко, К.К. Федоров // Детская хирургия. - 2007. - №4. - с.27 — 29.

8. Введенский С.П. Клинико-биомеханическое обоснование и дифференцированное применение методов удлинения нижней конечности: автореф. дис. д-ра мед. наук / С.П.Введенский. М, 1983.-24 с.

9. Войно-Ясенецкий, В.Ф. Очерки гнойной хирургии / В.Ф. Войно-Ясенецкий. 5 изд. - М. : БИНОМ, 2000. - 704 с.

10. Чочиев Г.М. Ортопедическая реабилитация детей и подростков с последствиями гематогенного остеомиелита бедренной кости: автореф. дисс. канд. мед. наук/Г.М. Чочиев. М, 1996.-18 с.

11. Damsin J.P. Treatment of severe flexion deformity of the knee in children and adolescents

using the Ilizarov technique / J.P. Damsin, I. Ghanem // J. Bone and Joint Surg. Br. 1996. - V.78(1). - P. 140-144.

### УДЛИНЕНИЕ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

А.М. ШАМСИЕВ, Ж.А. ШАМСИЕВ,  
З.М. МАХМУДОВ, М.Д. БУРГУТОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Больному, перенесшему в младенчестве гематогенный остеомиелит костей тазобедренного сустава, осложнившийся разрушением этого сустава и укорочением нижней конечности, при помощи аппарата Илизарова, без поднадкостничной резекции кости, было произведено удлинение конечности.

**Ключевые слова:** гематогенный остеомиелит, тазобедренный сустав, укорочение нижней конечности, аппарат Илизарова.