

Тактика лечения больных с укорочением бедра и вывихом надколенника

П.П. Буравцов

The tactics of treatment for patients with femoral shortening and patellar dislocation

P.P. Bouravtsov

Федеральное государственное учреждение науки
«Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" имени академика Г.А. Илизарова
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Курган
(директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

Рассматривается влияние удлинения бедра на положение надколенника после устранения его вывиха различными способами. Проведен анализ результатов лечения. Доказано, что удлинение бедра не изменяет положения надколенника после устранения его вывиха способом, разработанным в РНЦ «ВТО».

Ключевые слова: вывих надколенника, удлинение бедра, чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова.

The work deals with the effect of femoral lengthening on the position of patella after its dislocation correction by different techniques. The results of treatment have been analyzed. It has been proved that femoral lengthening doesn't change the position of patella after its correction by the technique worked out at RISC "RTO".

Keywords: patellar dislocation, femoral lengthening, transosseous osteosynthesis with the Iizarov fixator.

ВВЕДЕНИЕ

Врожденные заболевания опорно-двигательной системы помимо контрактур и деформаций коленного сустава, подвывихов голени, торсии и укорочения бедра, голени и других нарушений часто сопровождаются вывихом надколенника [1, 2]. И если в отношении такой патологии, сопровождающей вывих надколенника, как вальгусная деформация, сгибательная контрактура коленного сустава встречаются публикации [3, 4], то работ по изучению

удлинения бедра при вывихе надколенника нами не найдено. Цель нашей работы состояла в изучении влияния удлинения бедра на положение надколенника при устранении его вывиха различными способами. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с вывихом надколенника, леченых закрытым способом одновременно с удлинением бедра и при удлинении бедра после устранения вывиха надколенника.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Наблюдались пятнадцать пациентов с вывихом надколенника и укорочением бедра, лечившихся с 1984 по 2002 г. Возраст пациентов был от шести до тридцати лет. С врожденной патологией было восемь больных, с последствиями гематогенного остеомиелита — пять пациентов и по одному пациенту с последствиями полиомиелита

и перелома бедренной кости в дистальной трети. Величина укорочения бедра составляла от двух до четырнадцати сантиметров. По классификации М.В. Волкова [5] вывих средней степени тяжести был у девяти пациентов и тяжелой степени — у шести. При обследовании применялись клинический и рентгенологический методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Одиннадцати пациентам произвели надмышечковую остеотомию для удлинения, которое составило от трех до тринадцати сантиметров. Одновременно через надколенник провели спицу с напайкой снаружи, фиксированную в дистракционном стержне, закрепленном на опоре на го-

лени. Устранение вывиха надколенника осуществляли тракцией по стержню, к которому была фиксирована спица, по 0,25 миллиметра четыре раза в сутки. Фиксация надколенника в межмышечковой ямке осуществлялась в среднем $73,8 \pm 6,8$ дня. При снятии аппарата надколенник

располагался в межмышцелковой ямке. У девяти больных в сроки от трех месяцев до двух лет после лечения выявили рецидив вывиха надколенника, результат удлинения бедра сохранялся. Двое пациентов на контрольный осмотр не явились. В связи с неэффективностью лечения вывиха надколенника закрытым способом с 1999 г. мы стали применять другую тактику.

Четырем пациентам для устранения вывиха надколенника применили реконструктивную операцию на разгибательном аппарате коленного сустава, разработанную в РНЦ «ВТО». Она заключалась в отделении наружной широкой мышцы от широкой фасции бедра без отсечения ее сухожилия от сухожилия прямой мышцы, мобилизации наружной широкой и прямой мышц и надколенника с перемещением их медиально с установкой надколенника в межмышцелковую ямку. От бугристости большеберцовой кости отделяли собственную связку надколенника и перемещали медиально до соосности ее с правильной осью конечности. С медиальной стороны надколенника укрепляли сухожильно-связочный аппарат, фиброзную капсулу и растянутую дистальную часть внутренней широкой мышцы дублированием выкроенных из них продольных лоскутов. Надколенник и перемещенную его собственную связку фиксировали аппаратом Илизарова. Одному пациенту через тридцать дней после операции выполнили подвертельную остеотомию и удлинили бедро на пять сантиметров. Второй пациентке одновременно с устранением вывиха надколенника произвели остеотомию в средней трети бедра для коррекции оси с удлинением на два сантиметра. И еще двоим больным произвели подвертельную остеотомию через шесть месяцев после устранения вы-

виха надколенника. Бедро удлинили на восемь сантиметров в обоих случаях. При осмотре через шесть месяцев после снятия аппарата Илизарова надколенник располагался в межмышцелковой ямке по средней линии при сгибании и разгибании в коленном суставе. Сгибание в коленном суставе было до 90-80°, разгибание до 180°.

Для иллюстрации эффективности реконструктивной операции при устранении вывиха надколенника и последующего удлинения бедра приводим клиническое наблюдение.

Больной Ж., шести лет, ист. бол. № 35615, поступил на лечение с диагнозом: врожденное укорочение правого бедра на восемь сантиметров, голени - на пять сантиметров, сгибательная контрактура и задний, наружно-ротационный подвывих в коленном суставе, аплазия малоберцовой кости, эквинусная деформация стопы, латеральный вывих надколенника тяжелой степени. Пациенту вначале устранили сгибательную контрактуру, подвывихи в коленном суставе и эквинусную деформацию стопы закрыто аппаратом Илизарова. На этапе лечения произвели вправление вывиха надколенника способом, описанным выше. Через шесть месяцев после устранения вывиха надколенника пациенту удлинили голень на восемь сантиметров, а еще через семь месяцев произвели подвертельную остеотомию и удлинили бедро на восемь сантиметров. При осмотре через восемь месяцев после снятия аппарата Илизарова сгибание в коленном суставе активно было до 80°, разгибание активно до 175°, пассивно - до 180°. Надколенник располагался в межмышцелковой ямке, перемещался по средней линии при сгибании и разгибании коленного сустава.

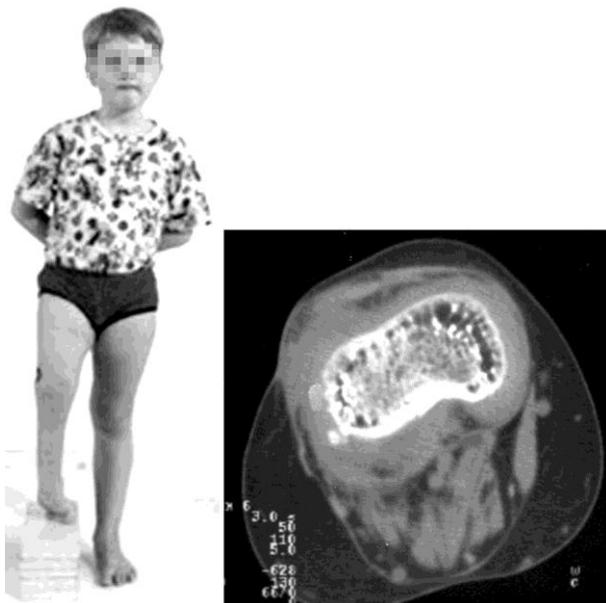


Рис. 1. Фото больного Ж., 6 лет, и компьютерная томограмма сустава до лечения



Рис. 2. Фото больного Ж., 8 лет, и рентенограммы бедра в процессе удлинения и через 8 месяцев после лечения

Таким образом разработанный нами способ лечения вывиха надколенника устраняет причину вывиха – смещение разгибательного аппарата коленного сустава латерально, восстанавливает мышечное равновесие наружной и внутренней широких мышц, центрирует собственную связку надколенника по оси конечности, что позволяет удлинить бедро, сохраняя положение надколенника в межмышцелковой ямке. Устранение деформаций с удлинением бедра в пределах двух

сантиметров возможно осуществлять непосредственно после устранения вывиха надколенника, а на большую величину – на следующем этапе лечения после восстановления амплитуды в коленном суставе и мышечной силы четырехглавой мышцы. Первые результаты удлинения являются обнадеживающими, но в связи с малым числом наблюдений необходимо дальнейшее накопление клинического материала с его анализом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шевцов, В. И. Комплексное лечение привычного вывиха надколенника методом чрескостного остеосинтеза / В. И. Шевцов, А. В. Попков, П. П. Буравцов // Новые технологии в медицине: тез. науч.-практ. конф. в 2-х ч.– Курган, 2000. – Ч. 2. – С. 136 – 137.
2. Диагностика и хирургическое лечение нарушений равновесия надколенника диспластического генеза : метод. рекомендации / Харьковский научно-исследовательский институт им. проф. Ситенко; Сост.: Б. И. Сименач, С. А. Нестеренко, Б. А. Пустовойт и др. – Киев, 1990. – 25 с.
3. Бондаренко, Н. С. Об оперативном лечении тяжелой степени врожденного вывиха надколенника у детей / Н. С. Бондаренко // Ортопед., травматол. – 1970. - № 4. – С. 32 – 36.
4. Введенский, С. П. К вопросу о методе оперативного вмешательства при врожденном вывихе надколенника / С. П. Введенский, К. И. Панина // Материалы науч.-практ. конф. – Кострома, 1971. – С. 274 – 276.
5. Изюмова, И. С. Лечение врожденного вывиха надколенника // Гигиена труда, профилактика травматизма, профессиональных заболеваний, лечение травм и ортопедических болезней / И. С. Изюмова : материалы межобл. науч.-практ. конф. – Горький, 1974. - С. 146-147.

Рукопись поступила 05.12.03.

Рекламируемые книги предназначены для травматологов-ортопедов, хирургов, преподавателей и студентов медицинских учебных заведений.

Книги высылаются наложенным платежом.

Заказы направлять Таушкановой Лидии Федоровне – заведующей научно-медицинской библиотекой Российского научного центра "Восстановительная травматология и ортопедия" им. акад. Г.А. Илизарова, по адресу:

ул. М. Ульяновой, 6, г. Курган, Россия, 640014

Тел. (3522) 530989

E-mail: gip@rncvto.kurgan.ru

Internet: <http://www.ilizarov.ru>