

Сроки удлинения зависели от величины укорочения и составляли от 22-148 дней. Сроки стабильной фиксации аппарата после окончания удлинения составили 18-102 дня. Все, имевшие место осложнения, за исключением 2 случаев замедленной консолидации в зоне псевдоартроза и 1 случая неврита бедренного нерва, были ликвидированы в процессе лечения без дополнительных оперативных вмешательств и не повлияли на результаты лечения.

В 2-х случаях после снятия аппарата наступила трансформация регенерата с частичной потерей длины от 1 до 2,5 см и угловой деформацией до 10-15°. Возникшее при этом укорочение компенсируется обувью.

Во всех остальных случаях, помимо полного восстановления длины сегмента, устранены контрактуры и деформации суставов, достигнуто сращение псевдоартрозов, санация гнойных осложнений, восстановлена или улучшена опороспособность конечностей.

Все больные отмечают улучшение анатомического и функционального состояния оперированных конечностей.

Таким образом, метод удлинения конечностей, разработанный в РНЦ "ВТО" под руководством Г. А. Илизарова позволяет получить хорошие анатомические и функциональные результаты.

Специфические осложнения при удлинении конечностей не появляются внезапно, их можно предвидеть, а, следовательно, и своевременно предупредить.

В. И. Веденов, В. Б. Гурьев, Т. А. Морозова
(Кострома)

Возможности аппарата Илизарова для реконструктивных операций рецидивных форм врожденной косолапости

Possibilities of the Ilizarov apparatus for reconstructive
surgeries of congenital recurrent club-foot

Костромскому детскому ортопедическому отделению исполняется 35 лет. Мы начинаем лечение врожденной косолапости часто с момента рождения консервативно и своевременно оперируем до начала ходьбы. Однако получили 37% рецидива деформации стоп, что повышает актуальность данной проблемы.

С 1976 года при оперативном лечении рецидива косолапости и других деформаций стоп используем аппарат Илизарова. Выполнено 86 операций у 72 больных в возрасте от 10 месяцев до 22 лет. Двусторонняя косолапость была у 45 и односторонняя - у 27 пациентов. До трехлетнего возраста оперировано 20 человек, от 3 до 7 лет - 30, старше - 22 больных.

Причины рецидива косолапости делим на две группы: 1. Анатомические и медицинские: артрогрипоз, параличи, амниотические перетяжки, нарушения консервативного лечения и оперативной техники - 34 человека. 2. Социальные причины: позднее обращение, перерывы в лечении, ранний отказ от ортопедической обуви из-за ее низкого качества - 38 больных.

Методика устранения всех компонентов косолапости сложна для освоения, т.к. в заводских комплектах нет некоторых удобных деталей для монтажа, а стандартные кольца мало пригодны для самых маленьких пациентов. Пришлось кустарно изготавливать облегченные аппараты из текстолита и титана.

Особенностью методики считаем точное проведение спицы с напайкой через плюсневые кости из пятой в первую и через таранную кость для профилактики вывиха последней. С целью предупреждения вывиха пальцев используем не только матерчатые гамачки, но и фиксацию первого пальца спицей трансартикулярно. У больных старше пяти лет с тяжелой деформацией 29 раз применена шарнирная остеотомия костей стопы по Илизарову. Этот прием позволяет

значительно увеличить длину стопы за счет разворота или выращивания клиновидного регенерата. Полные шарнирные узлы аппарата дают возможность постепенно устранять все элементы деформации без перемонтажа. Облегченные аппараты монтируем так, чтобы дети могли наступать на оперированные ноги даже при двусторонней операции, выполненной одновременно. Помогают специальные подстопники из толстого упругого поролона.

Обучение ходьбе по разработанной нами методике. До операции приучаем маленьких детей пользоваться костылями или ходунками. После операции стремимся поставить больного возможно рано с частичной опорой на оперированную ногу в период применения обезболивающих препаратов. Коррекцию начинаем с 7 дня. Темп distraction рассчитывается по специальной формуле и зависит от угла деформации и величины колец. Часто скорость distraction снижаем из-за натяжения кожи при старых рубцах. Общий срок лечения аппаратом зависит от индивидуальных особенностей пациентов и колеблется от 1,5 до 3,5 месяцев. После снятия аппарата заказывается ортопедическая обувь, до изготовления которой дети носят гипсовые сапожки.

Осложнения были связаны: с нагноением в зоне проведения спиц - 24 наблюдения (27,2%). У трех из них пришлось снять аппарат преждевременно и отложить лечение. В трех наблюдениях был поверхностный некроз кожи в зоне старого послеоперационного рубца. У трех был подвывих первого пальца.

Отдаленные результаты изучаются постоянно и известны у 51 пациента. Сроки наблюдения от 3 до 16 лет. Отличных результатов не было. Хорошо - 33, удовлетворительно - 12 и 6 плохих результатов, то есть - повторный рецидив. Все они оперированы повторно.

Лечение рецидива врожденной косолапости аппаратом Илизарова следует считать методом выбора.

Х. З. Гафаров, И. Ф. Ахтямов (Казань)

Анализ результатов лечения осложненных форм врожденного вывиха бедра методом Илизарова

Analysis of results of treatment of complicated congenital
dislocation of the hip by the Ilizarov method

Активное внедрение способов лечения заболеваний тазобедренного сустава аппаратом Илизарова позволило в значительной мере снизить частоту неудовлетворительных результатов. Особая ценность этого метода заключается в возможности постепенной коррекции элементов сустава, снижении риска операционных ошибок, активном послеоперационном ведении больных и облегчении ухода за ними. Это облегчает возможность восстановления нормальных биомеханических параметров бедра, а впоследствии, при необходимости, и эндопротезирование сустава.

В отделении патологии конечностей у детей Научно-исследовательского центра Татарстана "Восстановительная травматология и ортопедия" наблюдались 220 больных в возрасте от трех до шестнадцати лет, оперированных по поводу врожденного вывиха бедра. Среди них было 183 девочки и 37 мальчиков. Подвывих бедра был обнаружен в 125 суставах из 275 прооперированных. Двусторонняя патология выявлена у 55 больных, дисплазия различной выраженности левого тазобедренного сустава - у 92, правого - у 73.

С учетом формы ВВБ, дегенеративно-дистрофического поражения суставов, возраста больного и сопутствующих осложнений разработана система оперативных вмешательств, направленных на восстановление опороспособности и биомеханики в суставе. Основными требованиями были: малая травматичность, сохранность хрящевого покрова и кровоснабжения суставных элементов.

Детям старше трехлетнего возраста (как и в более раннем возрасте) мы проводили открытое вправление в сочетании с

ДВО во всех случаях. Коррекцию угла АТ и ШДУ производили до нормальных возрастных величин. Открытое вправление ВВБ с коррекцией проксимального отдела бедра осуществлено нами в 141 случае (при маргинальном вывихе - на 39, при наацетабулярном - на 46, при подвздошном - на 56 суставах). В 5 случаях пришлось провести повторную артротомию в связи с релюксацией (4 сустава) и латеропозицией (1 сустав) головки бедра. В 102 случаях корригировали и свод вертлужной впадины.

У детей в возрасте 10 лет и старше оперативное лечение застарелых вывихов бедра имеет паллиативный характер. Эффективность открытого вправления в этом возрасте весьма низкая, что определяет выбор оперативно-тактического варианта, связанного с формированием дополнительной точки опоры бедренной кости по Г. А. Илизарову. Он применен на 9 суставах. Показаниями к операции служили боли в области тазобедренного сустава, значительное нарушение походки и резко положительный симптом Тренделенбурга. В 3 случаях при подвывихе бедра сформирована дополнительная точка опоры по Г. А. Илизарову. К паллиативным вмешательствам отнесены низведение большого вертела (3 случая) и формирование навеса над неартрозом аппаратом внешней фиксации (1 случай).

Метод лечения с помощью аппарата Илизарова сочетал применение способов постепенной, дозированной коррекции бедренного, тазового и мягкотканых элементов сустава. При необходимости использовались методы биостимуляции головки и шейки бедренной кости на фоне разгрузки в тазобедренном суставе. Возможность активного ведения больного в послеоперационном периоде, сохранения движений в тазобедренном, смежных суставах и поддержание достаточного тонуса параартикулярных мышц позволили получить значительный эффект в лечении подвывиха бедра. Недостаточно эффективными оказались лишь 10,5% из этих вмешательств, тогда как в сравняемой группе - 35%. Лишь в 2 случаях при использовании аппарата Илизарова исход лечения был отнесен к IY группе по ЦИТО, тогда как в 23 - ко II группе, такие результаты при хирургическом лечении можно считать отличными.

Угол АТ был корригирован полноценно в обеих группах. Однако только при использовании аппаратного метода нам удалось практически исключить развитие послеоперационных наружноротационных контрактур.

Ацетабулярный индекс и угол Виберга при использовании аппарата внешней фиксации были корригированы эффективнее, а это свидетельствует о достаточной устойчивости суставов и возможности полноценного их развития на отдаленных сроках. Как при использовании мышечной пластики, так и при аппаратных методах коррекции элементов сустава удалось улучшить взаимориентацию элементов сустава.

Индекс ЦИТО до операции у больных с подвывихом бедра, оперированных с использованием аппарата чрескостного остеосинтеза, был ниже на 9,5%, тогда как после лечения он превосходил таковой в сравняемой группе на 0,2 балла ЦИТО.

Подобная закономерность наблюдалась при сравнении аппаратного и традиционного методов лечения врожденного вывиха бедра. Особенно заметны значительные преимущества применения аппарата Илизарова в плане стабилизации сустава. Величина нарушения линии Шентона при использовании методов аппаратного лечения ВВБ в 2,5 раза меньше, чем при традиционной фиксации, причем релюксация выявлена при лечении ВВБ аппаратом Илизарова лишь в 3 случаях из 9.

Таким образом, коррекция элементов сустава аппаратом Илизарова дает возможность получить оптимальные величины рентгенологических индексов уже в ближайшем послеоперационном периоде, сохраняя полноценную функцию в суставах конечности и достаточный тонус мышц.

С. Н. Голубь, Е. А. Бурматов (Курган)

Результаты лечения посттравматических ложных суставов голени

Results of treatment of posttraumatic leg pseudoarthroses

В ортопедо-травматологическом отделении больницы УВД Курганской области находилось на лечении 79 больных с ложными суставами костей голени: мужчин - 76, женщин - 3. Возраст пациентов колебался от 19 до 64 лет. Больные поступали на лечение в сроки от 9 месяцев до 7 лет с момента получения травмы. В период предшествующего лечения им было произведено 127 операций. Сроки иммобилизации гипсовой повязкой составляли у них от 2 месяцев до 1 года 10 месяцев. При этом у каждого имели место контрактуры смежных суставов различной степени выраженности. У 19 человек ложные суставы были осложнены остеомиелитом костей голени. В 17 случаях имелись внутри- или накостные металлические конструкции. У 30 больных имели место болтающиеся ложные суставы, у 49 - тугоподвижные. Дефекты большеберцовой кости от 2 до 20 см имелись у 19 больных. Форма концов отломков в 43 случаях была поперечной или близкой к ней, в 19 - косоугольной или спиралевидной и в 17 - сосулевидной.

Все больные лечились по методу Г. А. Илизарова. У 45 из них применен закрытый компрессионно-дистракционный остеосинтез, у 34 - открытый. В случаях, когда имелись внутрикостные или накостные фиксаторы, производилось их предварительное удаление.

Компоновка аппарата и режим работы выбирали в зависимости от смещения и формы концов костных отломков. При поперечной форме концов отломков производилась продольная встречная компрессия, при косоугольной - встречно-боковая. При сосулевидной форме применялся погружной остеосинтез.

Замещение дефектов производилось методом низведения проксимального остеотомизированного фрагмента или за счет зоны ложного сустава. Сроки фиксации аппаратом зависели, в основном, от формы концов отломков, величины дефекта, состояния окружающих мягких тканей, сопутствующей патологии (остеомиелит) и составляли от 61 до 390 дней. Средние сроки фиксации аппаратом в группе больных, которым не производилось замещение дефекта, составили 86 дней. В группе, где производилось замещение дефекта, сроки фиксации зависели от величины дефекта и составляли от 132 до 390 дней (у больного с дефектом большеберцовой кости в 20 см, осложненным хроническим остеомиелитом). После снятия аппарата дополнительная иммобилизация не проводилась.

Ближайшие результаты лечения (со сроком наблюдения до 1 года после выписки) прослежены у всех больных. Сращение ложного сустава достигнуто у всех лечившихся. К своим прежним служебным обязанностям приступили 54 человека. Негодным к строевой службе признаны 14 человек, они сменили работу, но являются практически здоровыми людьми. Остальные 6 человек - пенсионеры и 5 человек находятся на инвалидности, продолжая лечение. Рецидив ложного сустава наступил у 1 больного из-за неадекватной физической нагрузки.

Положительные результаты лечения достигнуты у 78 больных (98,7%), хорошие - у 69 (87,3%), удовлетворительные - у 9 больных (11,4%).

Неудовлетворительный результат лечения наблюдался у одного больного.

Полученные положительные результаты лечения больных с ложными суставами и дефектами костей голени свидетельствуют о высокой эффективности метода компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Г. А. Илизарову в условиях даже небольшого 30 койчного отделения больницы УВД, а также о широких возможностях реабилитации специфического контингента пострадавших (сотрудники МВД).