

Случай из практики

© Группа авторов, 2005

Лечение больного с анкилозом коленного сустава в порочном положении

В.И. Шевцов, В.Д. Макушин, О.К. Чегуров, Р.Г. Искаков

The treatment of a patient with ankylosis of the knee in a faulty position

V.I. Shevtsov, V.D. Makushin, O.K. Chegourov, R.G. Iskakov

Государственное учреждение

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган (генеральный директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

Описан технологический прием устранения порочного положения нижней конечности вследствие анкилоза коленного сустава туберкулезной этиологии у пациента 19 лет. В возрасте трех лет пациент перенес туберкулез эпифизов костей, образующих коленный сустав. Образовалась сгибательная установка в коленном суставе, и развился анкилоз. После остеотомии по линии сращения аппаратом Илизарова дозированно устранено порочное положение конечности. Показано преимущество остеосинтеза аппаратом Илизарова при лечении данной патологии.

Ключевые слова: коленный сустав, последствия туберкулеза, анкилоз в порочном положении, аппарат Илизарова.

A major procedure is described for the correction of lower limb faulty position due to the knee ankylosis of tuberculous etiology in a male patient at the age of 19. At the age of 3 years the patient got over tuberculosis of the bone epiphyses forming the knee. A flexion setting in the knee occurred and ankylosis developed. After performing osteotomy along the union line the faulty position of the limb was gradually corrected using the Ilizarov fixator. The advantage of osteosynthesis with the Ilizarov fixator for this pathology treatment was demonstrated.

Keywords: the knee (joint), tuberculosis sequelae, ankylosis in a faulty position, the Ilizarov fixator.

Костно-туберкулезное поражение коленного сустава нередко заканчивается порочным положением конечности. Несвоевременное ортопедическое лечение больных, перенесших заболевания, в деревнях, удаленных от крупных ортопедических клиник, приносит страдания больному, семье, снижает качество жизни. В случаях многолетнего отсутствия нормальной функции возникает проблема тяжелой ретракции капсульно-связочного и сухожильно-мышечного компонентов, которые затрудняют одномоментное исправление порочной установки конечности из-за возможной несостоятельности мягкотканых образований, адаптированных в положении укорочения. Традиционные корригирующие остеотомии приводят к большому анатомическому укорочению, что требует повторных оперативных ортопедических коррекций.

Использование аппарата Илизарова имеет ряд преимуществ, так как позволяет осуществлять постепенное устранение деформации с образованием клиновидного регенерата и одновременную коррекцию биомеханической оси и укорочения.

Мы посчитали целесообразным поделиться опытом постепенного устранения у пациента тяжелой сгибательной установки конечности в анкилозированном суставе с последствиями туберкулезного гонита.

Больной А., 19 лет (история болезни № 44852), поступил в клинику по поводу анкилоза левого коленного сустава в порочном положении: сгибательная установка 120°. Ходил с помощью костылей, не опираясь на левую ногу. Анатомического укорочения конечности не было. В домашних условиях передвигался на согнутых ногах, приспособившись к порочной установке в анкилозированном суставе.

Из анамнеза выяснено, что в возрасте трех лет перенес туберкулезный гонит в синовиальной форме. В течение 1,5 лет лечился в костно-туберкулезном Республиканском санатории. После выписки стал ходить, нога постепенно согнулась, образовался анкилоз сустава. Своевременной ортопедической реабилитации не проводилось. В деревне, где он жил, стеснялся ходить, был замкнутым. Учился на дому. Вопросы об операции родители не ставили.

Два года назад консультирован в районной больнице, но из-за давности анкилоза хирурги не посчитали возможным оперировать ввиду возможных нервно-сосудистых осложнений.

На рентгенограмме в боковой проекции определяется костный анкилоз левого коленного сустава под углом 120° . Антеркувация дистального отдела бедренной кости 40° (рис. 1).

В подколенной области определялись плотные сухожильно-мышечные образования (сгибатели голени). В глубине пальпировалась подколенная артерия. Сосудисто-нервных расстройств со стороны дистальных отделов левой голени не отмечалось.

На хирургическом совете было решено произвести шарнирную остеотомию через зону анкилоза с фиксацией аппаратом в специальной компоновке для постепенного устранения деформации.

В клинике больному выполнена шарнирная

остеотомия в области вершины деформации и наложен аппарат Илизарова в компоновке с шарнирными узлами. На операционном столе одномоментно устранена сгибательная установка на 20° до упругого натяжения сухожилий сгибателей голени. В дальнейшем устранение деформации производили постепенно с темпом 0,5х4 раза в сутки с постепенным снижением до 1,0 мм в два приема ежедневно (рис. 2).

В процессе остеосинтеза при установке сгибания под углом 45° произведена остеотомия передней кортикальной стенки бедренной кости, препятствующей дальнейшему разгибанию и одномоментно конечность полностью в анкилозе разогнута. Остаточная антекурвационная деформация дистального отдела бедра составила 15° . В месте контакта отломков осуществлялась поддерживающая компрессия по 2,0 мм ежедневно. Общий срок distraction 55 дней, фиксации – 64 дня.



Рис. 1. Больной А. и его рентгенограмма при поступлении в клинику

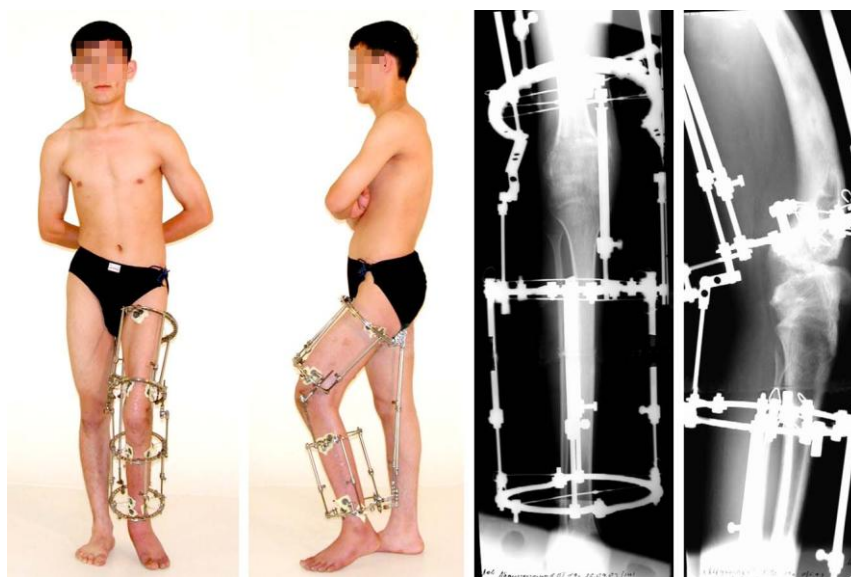


Рис. 2. Больной А., его рентгенограммы в процессе остеосинтеза

Конечности придано функционально пригодное положение. Лечение пациент и его родственники удовлетворены. Получено прочное сращение на стыке отломков после остеотомии (рис. 3).

Таким образом, щадящая тактика постепенного устранения застарелой деформации вследствие анкилоза коленного сустава с помощью аппарата Илизарова эффективна и показана при данной патологии.

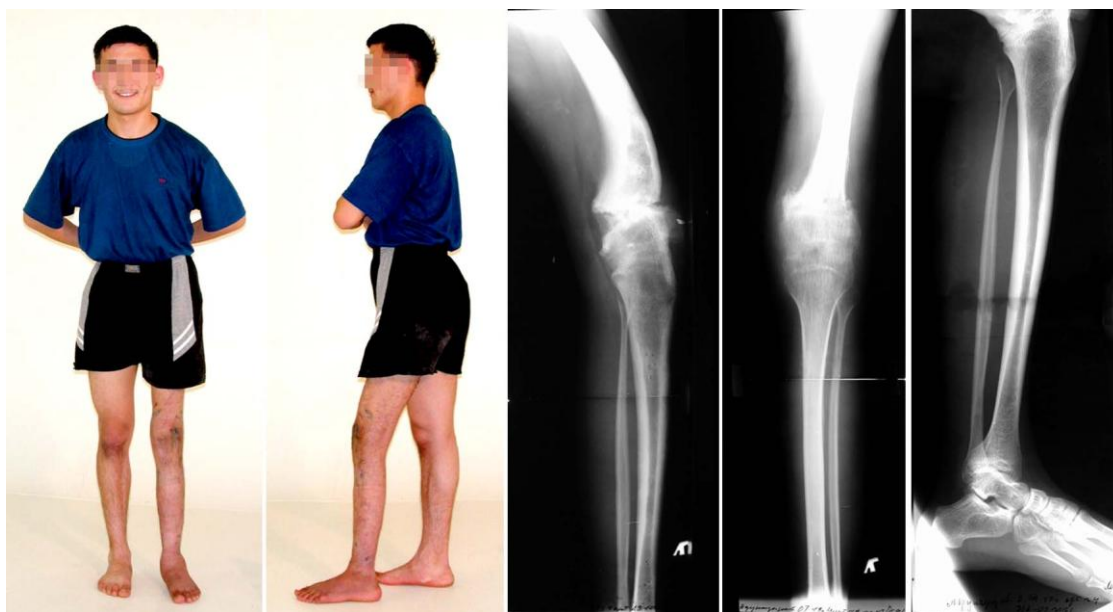


Рис. 3. Пациент А., его рентгенограммы при выписке из клиники центра

Рукопись поступила 17.12.03.