

Случай из практики

© Группа авторов, 2004

Лечение врожденного вывиха надколенника, осложненного подвывихом голени и контрактурой коленного сустава

В.И. Шевцов, А.В. Попков, П.П. Буравцов

Treatment of patellar congenital complete dislocation complicated by leg incomplete dislocation and the knee contracture

V.I. Shevtsov, A.V. Popkov, P.P. Buravtsov

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 случай устранения врожденного вывиха надколенника в сочетании с задним подвывихом голени и сгибательно-разгибательной контрактурой коленного сустава. Предложенная последовательность действий позволила устранить подвывих голени, сгибательную контрактуру коленного сустава, вывих надколенника и улучшить функцию коленного сустава.

Ключевые слова: вывих надколенника, подвывих голени, контрактура коленного сустава, аппарат Илизарова.

A case of the correction of patellar congenital complete dislocation in combination with that of leg posterior incomplete dislocation and the knee flexion-and-extension contracture. The sequence of actions proposed allowed to correct the leg incomplete dislocation, the knee flexion contracture, the patellar complete dislocation and improve the knee function.

Keywords: patellar complete dislocation, leg incomplete dislocation, the knee contracture, the Ilizarov fixator.

Врожденные вывихи надколенника часто сопровождаются укорочением бедра, голени, контрактурами и деформациями коленного сустава, подвывихами голени [1], деформацией стоп, торсией бедра, голени [2]. Многие авторы [3, 4, 5, 6, 7] отмечают, что причиной данной патологии являются диспластические изменения в коленном суставе, которые проявляются в процессе роста ребенка в детском или юношеском возрасте. По нашим наблюдениям, при врожденной патологии опорно-двигательной системы часто имеются выраженные изменения различной степени выраженности в мышцах, фасциях, связочном аппарате, костной системе. При оперативном исправлении любой деформации в этих условиях следует учитывать возможность вывиха надколенника. Для иллюстрации приводим клиническое наблюдение.

Больная С., 8 лет, история болезни № 39984, поступила на лечение в РНЦ «ВТО» с диагнозом: врожденное укорочение правого бедра три с половиной сантиметра, привычный вывих надколенника средней степени тяжести, сгибательно-разгибательная контрактура коленного сустава, задний подвывих голени (рис. 1, а). В возрасте пяти с половиной лет по месту жительства пациентке произвели оперативное

удлинение бедра аппаратом Илизарова на девять сантиметров. В процессе удлинения появились вывих надколенника, задний подвывих голени, сгибательно-разгибательная контрактура коленного сустава (рис. 2, а, б, в). В течение шести месяцев ортопеды безрезультатно пытались устранить подвывих голени и сгибательную контрактуру коленного сустава этапными гипсовыми повязками. Вывих надколенника не устраняли. При поступлении пациентка ходила с помощью костылей из-за уменьшения опорности правой нижней конечности. Сгибание в коленном суставе было до 150°, разгибание — до 160° активно и пассивно с мышечной силой два балла, надколенник располагался на наружной поверхности мыщелка бедра. Имелся задний подвывих голени. Пациентке с применением компоновки аппарата Илизарова в течение 11 дней устранили сгибательную контрактуру коленного сустава и задний подвывих голени (рис. 1, б; рис. 2, г). Затем выполнили реконструктивную операцию на разгибательном аппарате коленного сустава с перемещением собственной связки надколенника медиально для устранения вывиха надколенника. Ходить пациентка начала на вторые сутки после операции с костылями без нагруз-

ки на оперированную ногу, а на третий день – с постепенно возрастающей нагрузкой с переходом к полной к моменту снятия аппарата через 37 дней после операции. Разработку коленного сустава пациентка начала на седьмые сутки. Перед снятием аппарата сгибание было до 160° , разгибание активно до 170° с мышечной силой два балла, пассивно – до 180° . В процессе лечения больная получала курсы массаж бедра и электростимуляцию четырехглавой мышцы. Через шесть месяцев после операции жалоб не предъявляла, ходила без дополнительных средств опоры. Сгибание в коленном суставе активно было до 130° , пассивно – до 120° , разгибание активно – до 170° с мышечной силой три балла, пассивно – до 180° (рис. 3). Надколенник располагался в межмыщелковой ямке по средней линии. Взаимоотношения суставных поверхностей в коленном суставе были правильными (рис. 4).

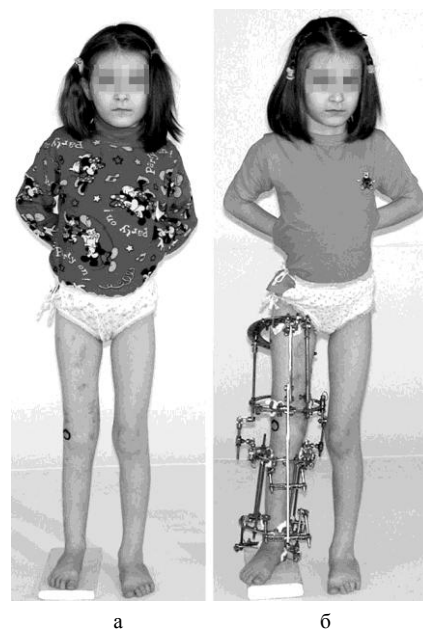


Рис. 1. Фото больной С.: а – до лечения, б – в процессе лечения

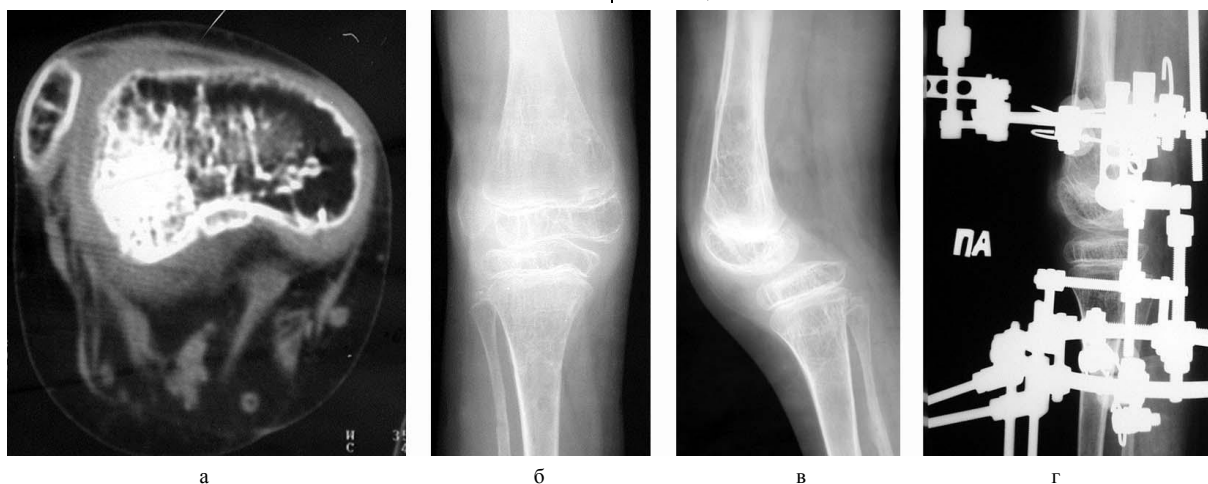


Рис. 2. а – компьютерная томограмма на уровне надмыщелков бедра; рентгенограммы б, в – коленного сустава пациентки С. до лечения, г – в процессе лечения



Рис. 3. Фото больной С. через шесть месяцев после операции

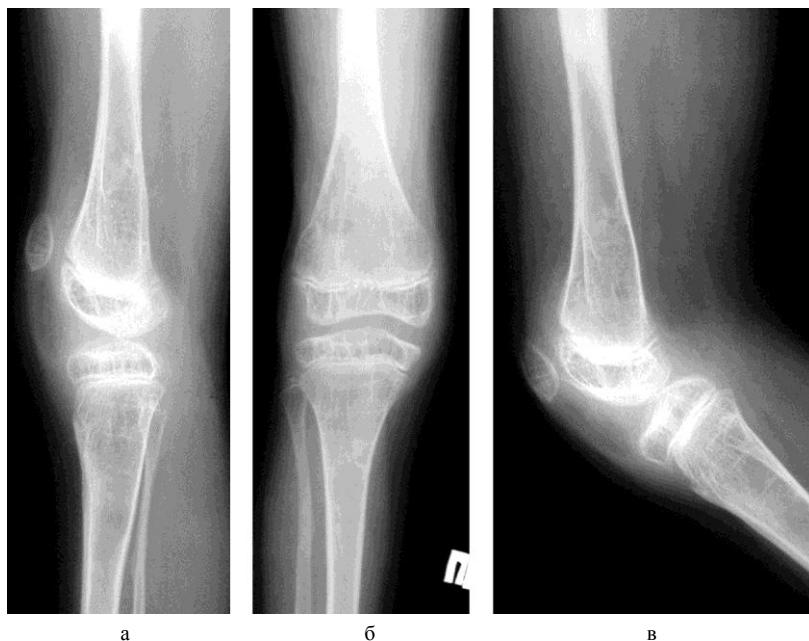


Рис. 4. Рентгенограммы коленного сустава больной С. через шесть месяцев после операции

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 НИИТО; Сост.: Б.И. Сименач, С.А. Нестеренко, Б.А. Пустовойт и др. – Киев, 1990. – 25 с.
3. Архипов, С.В. Клиника, диагностика и лечение вывихов надколенника у взрослых: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1985. – 15 с.
4. Грунтовский, В.И. Диспластический гонартроз и его лечение: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – Киев, 1992. – 57с.
5. Лозинский, Л.И. К оперативному лечению привычного вывиха надколенника /Л.И. Лозинский // Ортопед., травматол. – 1939. - № 3. – С. 55 - 56.
6. Многотомное руководство по ортопедии и травматологии: Т. 2 / Под ред. М.В. Волкова. - М.: Медицина, 1968. – С. 644 –665.
7. Суркин, Н.П. Синдром нарушения равновесия надколенника диспластического генеза (Клиническая и рентгенологическая диагностика): Автореф. дис... канд. мед. наук. – Харьков, 1985. – 19 с.

Рукопись поступила 03.12.03.