
КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

О.Е. Агранович, А.Г. Баиндурашвили, С.И. Трофимова, Д.С. Буклаев, Е.А. Коченова**ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
У БОЛЬНЫХ С АРТРОГРИПОЗОМ***Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера (Санкт-Петербург)*

Деформации верхних конечностей (по данным литературы) встречаются в 59 % случаев у больных с врожденным множественным артрогрипозом. Отсутствие единого подхода к лечению данной патологии, а также крайне неудовлетворительные результаты, обуславливают актуальность данной темы.

Цель исследования: разработка алгоритма лечения деформаций верхних конечностей у больных с артрогрипозом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 2004 по 2010 гг. в ФГУ НИДОИ им. Г.И. Турнера находились на обследовании и лечении 86 больных с артрогрипозом с поражением верхних конечностей в возрасте от 5 месяцев до 18 лет. Проводилось клиническое, рентгенологическое, физиологическое (ЭМГ, ЭНМГ), неврологическое обследование. Большое внимание уделялось фото и видео документированию состояния больного при поступлении, на этапах лечения, при планировании этапности и объема вмешательств, а также при оценке результатов лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Верхние конечности больных с артрогрипозом при рождении имеют характерный вид: приведение и внутренняя ротация в плечевых суставах, разгибательные контрактуры в локтевых суставах, сгибательные контрактуры и ульнарная девиация в лучезапястных суставах, сгибательно-разгибательные контрактуры трехфаланговых пальцев кистей, сгибательно-приводящие контрактуры первого пальца кисти. Отмечается выраженная гипоплазия мышц плечевого пояса и всей конечности, ограничение пассивных и активных движений в суставах. Для локтевых суставов характерны разгибательные контрактуры, значительно реже встречаются сгибательно-разгибательные и крайне редко — сгибательные контрактуры. Отсутствие сгибательной контрактуры в лучезапястном суставе наблюдается при наиболее тяжелом поражении нейромышечного аппарата конечности с невозможностью всех видов схвата. Для пальцев кистей характерно недоразвитие межфаланговых (реже пястно-фаланговых) суставов.

Залогом успеха в восстановлении функции верхних конечностей у больных с артрогрипозом является раннее начало лечения, а также активная помощь родителей, их терпение и желание добиться результата. Консервативная терапия детей с данной патологией должна начинаться с первых дней после рождения ребенка и включать в себя ЛФК, массаж, использование гипсовых или пластиковых лонгет, физиотерапевтическое лечение, проведение планового неврологического лечения. При лечении деформаций верхних конечностей у больных с артрогрипозом перед врачом стоят следующие вопросы: сроки начала оперативного лечения, этапность устранения имеющихся деформаций (кисть и лучезапястный сустав, локтевой сустав, плечевой сустав, ротационные установки конечности).

Анализируя результаты лечения больных с артрогрипозом, мы пришли к выводу, что оптимальным для начала оперативного лечения является возраст 10 — 12 месяцев. Более раннее лечение в ряде случаев нежелательно ввиду наличия тяжелой сопутствующей патологии. Кроме того, врожденное недоразвитие сухожильно-мышечного аппарата, а также малые размеры сегментов конечности, затрудняют проведение реконструктивных операций в эти сроки. В тех случаях, когда у больного возможно пассивное сгибание в локтевом суставе до 90° и более, показано устранение деформаций лучезапястного сустава и пальцев кисти. В зависимости от степени тяжести сгибательной контрактуры в лучезапястном суставе выполняются сухожильно-мышечные пластики на предплечье и кисти в изолированном варианте или в сочетании с резекцией костей запястья, укорачивающей остеотомией костей предплечья. В случае пассивного сгибания в локтевом суставе до 90° первым этапом необходимо проведение мобилизации локтевого сустава в сочетании (или без) с восстановлением активных движений в суставе путем транспозиций различных групп мышц (большой грудной, трехглавой, широчайшей). Разработанная нами методика транспозиции длинной головки трехглавой мышцы плеча в позицию двуглавой мышцы, позволяет улучшить активные движения не только в локтевом, но и в плечевом суставах. В случае сгибательной контрактуры в локтевом суставе и наличии в нем полного или избыточного сгибания мы предпочитаем выполнение разгибательной остеотомии плеча. При наличии внутренней ротации плеча, пронационной или супинационной контрактуры предплечья с 2 — 3-летнего возраста показано

выполнение корригирующих остеотомий, что позволяет улучшить возможность самообслуживания больного, а также предотвратить рецидив деформации лучезапястного сустава после ранее проведенного оперативного лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Раннее начало консервативного лечения деформаций верхних конечностей у больных с артрогрипозом позволяет уменьшить объем, а в ряде случаев и необходимость выполнения операций. При лечении данного контингента больных необходимо оценивать функцию всей конечности в целом, а не каждого сегмента в отдельности, а также учитывать компенсаторно-приспособительные механизмы больного при совершении того или иного движения. Своевременное начало оперативного лечения, рациональное планирование этапности и тактики хирургических вмешательств, грамотное ортезирование и последующее диспансерное наблюдение, позволяют восстановить возможность самообслуживания больных и улучшить косметический вид конечности.

В.И. Айдаров, И.О. Панков, И.В. Рябчиков

УСТРОЙСТВО ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ УКОРОЧЕНИЯ И УДЕРЖАНИЯ СТОПЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КОРРИГИРУЮЩИХ ОСТЕОТОМИЙ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Научно-практический центр
Министерства здравоохранения Республики Татарстан (Казань)*

ВВЕДЕНИЕ

Одним из частых осложнений после наложения спице-стержневых аппаратов внешней фиксации при различных травмах и заболеваниях нижней конечности (в частности, при укорочении сегмента нижней конечности) является развитие эквинусной деформации стопы.

Цель: разработка устройства для компенсации укорочения конечности и удержания стопы в правильном положении, используемого начиная с раннего послеоперационного периода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было предложено устройство, позволяющее добиться улучшения исходов лечения, сокращения его сроков, повышения комфортности для больного и уменьшения осложнений: посттравматического плоскостопия, перекоса таза, развития компенсаторного сколиоза (патент РФ № 2294178).

Устройство содержит основание, супинационную стельку и эластичные тяги для крепления к аппарату внешней фиксации. На основании установлены вертикально и жестко закреплены в нем, резьбовые направляющие штыри, один из которых расположен у края посередине короткой стороны основания, а два других — по углам вдоль второй короткой стороны. На штырях размещены распорки, количество которых подбирается таким образом, чтобы суммарная высота соответствовала величине компенсируемого укорочения конечности. Блок чувствительного элемента состоит из подложки, по центру которой закреплен тензодатчик, и пластинчатой пружины изгиба прямоугольной формы. Тензодатчик и пластинчатая пружина соединены между собой отогнутыми лапками подложки. Супинационная стелька состоит из жесткой пластины с элементами крепления к ноге и тремя вертикальными выступами по трем сторонам для крепления эластичных тяг, и собственно супинационной стельки. При этом супинационная стелька зафиксирована на штырях гайками, с возможностью возвратно-поступательных движений, без напряжения пружины изгиба. Пластинчатые пружины имеют по своим коротким сторонам овальные пазы под направляющие штыри, ориентированные вдоль их длинных сторон, обеспечивающие полное распрямление пружины под нагрузкой.

Стоподержатель имеет набор тарированных пластинчатых пружин, рассчитанных для использования в различные послеоперационные периоды. Тензодатчик посредством преобразователя сигнала соединен с наушником. Наборные распорки устанавливаются на штырях, устраняют перекос таза, а высота их подбирается и соответствует величине компенсируемого укорочения конечности. Наличие блока чувствительного элемента, позволяет дозировать нагрузку на конечность подбором соответствующей пружины и извещать больного о превышении нагрузки на оперированную конечность.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Данное устройство, выполненное в единственном пилотном экземпляре, успешно использовалось в отделениях травматологии и ортопедии при различных травмах и заболеваниях нижней конечности после чрескостного остеосинтеза аппаратами внешней фиксации в течение двух лет.