

УДК 616.728.2:616.71-001.5-089.84

ВОЗМОЖНОСТИ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КОНТРАКТУРАМИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

С.П. Введенский¹, Н.Б. Точилина², П.С. Введенский³.

¹Военно-медицинский институт ФСБ России, г. Н. Новгород,

²ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава»,

³ФГУ «Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии Росмедтехнологий»

Устранение контрактур до настоящего времени остаётся сложной проблемой. Применявшиеся ранее методы вытяжения, этапных гипсовых редрессаций, закруток утратили свою значимость как малоэффективные.

В настоящее время наиболее перспективным методом исправления сгибательных контрактур суставов нижней конечности является дистракционный метод с использованием чрескостных аппаратов. Вопросам лечения больных с контрактурами тазобедренного, коленного и голеностопного суставов посвящены работы Г.А. Илизарова, А.А. Девятова (1971), А.М. Савина (1982), О.В. Оганесяна (1975, 2004). Недостатком существующих способов чрескостного остеосинтеза является недооценка биомеханических факторов, так как в основе этих методик лежит приложение растягивающих усилий при помощи дистракционных аппаратов в направлении по оси конечности. Это существенно снижает эффективность лечения и поэтому требует дальнейшего совершенствования методов.

Устранение сгибательных контрактур тазобедренного сустава является наиболее сложной задачей. При исправлении сгибательных контрактур тазобедренного сустава по обычной методике усилия прикладываются обычно по длине бедра, т. е. спицы проводятся через передне-верхнюю ость таза и надмыщелковую область бедра. В таком случае момент сил, образованный плечом от ости таза до центра вращения головки бедра, чрезвычайно мал и контрактура фактически исправляться не будет. Учитывая эти недостатки, с учётом биомеханических условий нами предложено специальное устройство для устранения сгибательных контрактур тазобедренного сустава (а.с. № 858798, 1981 г.). Устройство состоит из тазобедренной гипсовой опоры, на которой крепится пирамидальная стойка из дюралевых уголков, соединённая шарнирно-дистракционными стержнями с бедренной опорой.

Биомеханическая сущность устройства и способа состоит в том, что оно обеспечивает возможность постоянной дозированной

дистракции путём приложения силы почти перпендикулярно оси бедра, находящегося в положении сгибания.

Такой механизм приложения силы создаёт оптимальные возможности для исправления контрактуры, которые обусловлены увеличением плеча, получаемого за счёт использования пирамидальной опоры и тем самым увеличения момента сил, позволяющего растянуть мышцы, рубцово-изменённую капсулу такого мощного сустава, как тазобедренный.

Так как сгибательная контрактура как правило сопровождается приведением и ротацией, данное устройство позволяет устранить порочное положение бедра во всех плоскостях.

Коррекция порочного положения бедра начинается с устранения сгибания за счет постепенной дистракции на стержнях, идущих от пирамидальной опоры, путем подкручивания гаек 4 раза в сутки. Выведение бедра из положения приведения и ротации целесообразно проводить после исправления сгибания в тазобедренном суставе. Длительность устранения контрактуры зависит от тяжести контрактуры и продолжается до двух недель. После этого фиксация конечности продолжается ещё 1–2 недели и гипсовая повязка снимается, спицы удаляются. Назначается физиотерапевтическое лечение, лечебная гимнастика.

Показанием к применению этого метода являются контрактуры различного происхождения: посттравматические, развившиеся после гемартрозов, послеожоговые, после перенесённого остеомиелита и последствий полиомиелита.

В случаях нормальных анатомических взаимоотношений сустава, сохранности суставных поверхностей и незначительных изменениях структуры кости можно рассчитывать на восстановление функции сустава.

Приводим следующее клиническое наблюдение.

Больная Ц. (и.б. № 195008), 12 лет, поступила в ННИИТО 02.01.2001 г. с диагнозом: постостеомиелитическая сгибательно-приводящая ригидность левого тазобедренного сустава. При ходьбе больная сильно хромала. За счет фиксированного приведения бедра определялся резкий перекос таза в здоровую сторону. Левое бедро в положении приведения под углом 36°, сгибания 25°, внутренней ротации 15°. Определяются едва уловимые пассивные качательные движения. На Rg-грамме от 25.03.2000 г. видна выраженная сгибательно-приводящая установка левого бедра. Бедро в положении верхне-наружного подвывиха, суставная щель резко неравномерно сужена. Контур головки узурированы, структура ее неоднородно уплотнена. У наружного края впадины оссификат.

17.01.2001 г. больной наложен гипс-аппарат. В течение 18 дней постепенно сгибание, приведение и ротация бедра были устранены. Фиксация бедра в гипс-аппарате продолжалась еще 12 дней, в этот период уже начата лечебная гимнастика – пассивно-активные движения в суставе. Более активные занятия ЛФК продолжались после снятия гипс-аппарата. Разработка движений в тазобедренном суставе проводилась при фиксированном тазе гипсовой покрывкой на специальном щите.

На Rg-грамме от 21.02.2001 г. сгибание бедра устранено, имеется незначительное приведение. Определяется деформация головки, некоторое расширение суставной щели, дефект центрального сегмента головки с неровными контурами. Больная была поставлена на костыли и продолжала в условиях стационара заниматься ЛФК, получила физиолечение. Выписана из стационара 06.04.2001 г.

В сентябре 2001 г. находилась в течение месяца в отделении восстановительного лечения ННИИТО. Объем движений в тазобедренном суставе нарастал. На Rg-грамме от 20.11.2001 г. левое бедро в положении отведения. Выраженная положительная динамика, структура головки бедренной кости восстанавливается, более гомогенная, контуры ее четкие, более ровные.

Больная продолжала ходить на костылях с разгрузкой конечности.

В апреле 2002 г. прошла повторный курс лечения в отделении восстановительного лечения.

При контрольном осмотре через 4,5 года положение конечности правильное. В левом тазобедренном суставе восстановились движения – сгибание до угла 90°, отведение 20°.

Данное наблюдение показывает, что предложенный способ устранения фиксированных постостеомиелитических сгибательно-приводящих контрактур является эффективным методом. Позволяет не только вывести конечность в правильное положение, но и восстановить функцию сустава.

Предлагаемое устройство и методика с успехом применяются не только для устранения контрактур и ригидности суставов, но и для исправления порочного положения бедра у больных с фиброзным анкилозом тазобедренного сустава. При этом главной задачей при лечении больных с фиброзным анкилозом тазобедренного сустава в порочном положении является стабилизация сустава в функционально выгодном положении. Тактика лечения при этом определяется выраженностью деструктивных проявлений в суставе. При сохранности суставных поверхностей и незначительных изменениях структуры кости считаем возможным после устранения порочного положения бедра восстановление движений в суставе.

В тех случаях, когда фиброзный анкилоз бедра в порочном положении обусловлен выраженными деструктивными процессами головки бедра и вертлужной впадины с их разрушением и нет надежды хотя бы на частичное восстановление функции сустава, считаем необходимым стабилизировать тазобедренный сустав в функционально выгодном положении. Для этого после устранения порочного положения бедра гипс-аппарат переводится на компрессию, таким образом производится закрытое артродезирование тазобедренного сустава и создается костный анкилоз.

В заключение следует сказать, что предложенный способ чрескостного остеосинтеза является эффективным методом устранения порочного положения бедра при контрактурах и фиброзных анкилозах тазобедренного сустава, позволяет восстановить функцию сустава или стабилизировать сустав в функциональном положении.