

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр травматологии и ортопедии»



Актуальные вопросы связочной нестабильности коленного сустава

материалы международной
научно-практической конференции

29 мая 2015 г.

Минск
2015

Эндопротезы суставов – наукоемкие и высокоточные изделия, рассчитанные на многолетнюю эксплуатацию в биологической агрессивной среде. В настоящее время множество фирм выпускает под разными торговыми марками огромное количество эндопротезов суставов. При выборе эндопротеза сустава из огромной совокупности существующих на сегодняшний день конструкций следует ориентироваться на продукцию фирм, имеющих многолетний опыт производства эндопротезов.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкий, А.В. Состояние проблемы и перспективы развития эндопротезирования суставов в Республике Беларусь / А.В. Белецкий, Л.Н. Ломать, А.В. Борисов, А.М. Мухля, П.Г. Скакун, Е.А. Воробей // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2010. – № 2 (30). – С. 94–96.
2. Белецкий, А.В. Тотальное эндопротезирование коленного сустава у молодых пациентов / А.В. Белецкий, М.А. Герасименко, П.Г. Скакун, С.И. Третьяк // Здравоохранение. – 2010. – № 2. – С. 54–56.
3. Белоенко, Е.Д. Этапы развития тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в клинике БелНИИТО (анализ применения различных конструкций и отдаленных результатов) / Е.Д. Белоенко, А.И. Воронович, И.З. Минаковский, О.А. Трофимов // Материалы VII съезда травматологов-ортопедов Республики Беларусь. – Гомель, 2002. – С. 331–333.
4. Загородний, Н.В. Эндопротезирование при повреждении и заболеваниях тазобедренного сустава: Дисс. докт. мед. наук. – М., 1998. – 245 с.
5. Bell, R.S.J. Bone Joint Surg. – 1985. – Vol. 67-A. – P. 1165–1175.
6. Белецкий, А.В. Заболеваемость артрозами, потребность в эндопротезировании крупных суставов и состояние проблемы в Республике Беларусь / А.В. Белецкий, Л.Н. Ломать, А.В. Борисов, А.М. Мухля, Е.А. Ралько // ARS Medica. – 2012. – № 4/59. – С. 11–19.
7. Белецкий, А.В. Развитие эндопротезирования крупных суставов в Республике Беларусь» / А.В. Белецкий, И.Р. Воронович, А.И. Воронович, П.Г. Скакун, Л.Н. Ломать, А.В. Борисов, А.М. Мухля, Е.А. Воробей // ARS Medica. – 2010. – № 2/30. – С. 94–96.
8. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава / Под ред. Р.М. Тихилова, В.М. Шаповалова. – СПб.: РНИИТО им. Р.Р. Вредена, 2008. – 324 с.

Беспальчук П.И., Михалкевич Д.И., Будревич А.А., Руммо Д.В.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь
6-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

Частичная апоневрэктомия при лечении контрактуры Дюпюитрена

■ ВВЕДЕНИЕ

Контрактура Дюпюитрена – одно из наиболее распространенных заболеваний среди многообразной ортопедической патологии – представляет собой хроническое, рецидивирующее поражение соединительной ткани, характеризующееся фиброзным перерождением ладонного апоневроза кисти с возникновением стойких сгибательных установок пальцев [2]. Последние приводят к значительному нарушению функциональной способности одного из самых совершенных органов опорно-двигательного аппарата – кисти, участвующей во всевозможных трудовых и бытовых процессах, позволяющей создавать шедевры архитектуры и живописи, скульптурные творения и музыкальные произведения, управлять компьютерной клавиатурой и современной бытовой оргтехникой.

Еще в 1614 г. шведский врач Феликс Платтер описал известную испокон веков патологию, приводящую к «окаменелости» кисти, связав ее развитие с деформацией и контрактурой сухожилий сгибателей пальцев. Это заблуждение имело широкое распространение до 1777 г., когда английский врач Генри Кляйн, отпрепарировав кисти двух умерших пациентов, не показал, что основная причина патологии заключается в рубцовом перерождении ладонного апоневроза. Десятью годами позже Г. Кляйн описал ладонную фасциотомию. Наконец, в 1831 г. французский хирург прочитал лекцию в отеле Дью (Париж), а в 1832 и 1834 гг. опубликовал данные своих исследований, доказывающих причину развития патологии в фиброзном перерождении мощной ладонной фасции, имеющей довольно сложное анатомическое строение [5]. За прошедшие почти два столетия были опубликованы тысячи научно-практических работ, посвященных лечению заболевания, которому заслуженно присвоена фамилия автора и общепризнано, что основным действенным методом борьбы с патологией является хирургическое вмешательство. Диапазон оперативных вторжений варьирует от подкожной фасциотомии [3] до радикального иссечения рубцового тяжа с омолодевшей кожей [4], требующего последующей кожной пластики, как свободной (желательно васкуляризированным трансплантатом), так и несвободной.

На базе 6-й клинической больницы г. Минска активное изучение болезни Дюпюитрена начато в 1976 г., когда стала возможной активная работа сотрудников кафедры травматологии и ортопедии. В 1986 г. первым иностранным аспирантом кафедры И. Асфура (Сирия) была защищена кандидатская диссертация, обобщающая опыт лечения 378 больных за 10-летний период [1]. После открытия в 1994 г. на базе клиники Республиканского специализированного центра хирургии кисти возросло как общее количество пациентов, так и тех, кто обратился за хирургической помощью по поводу болезни Дюпюитрена. Из общего количества больных, леченных в центре, до 10% составляют те, кто страдает рубцовым перерождением ладонного апоневроза. Если в 1976 г. были оперированы 26 пациентов, то в 2013 г. эта цифра увеличилась десятикратно. Этому в немалой степени способствовала просветительная работа: выступления сотрудников центра в специальных программах на телевидении, участие в радиопередачах, публикации в печати, а также ежедневные консультации пациентов на базе центра.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящая работа основана на изучении опыта лечения контрактуры Дюпюитрена у 120 пациентов, госпитализированных в Республиканский центр хирургии кисти для оперативного лечения, имевших II–III степень заболевания. Средний возраст больных составил 54 года (от 26 до 82 лет). Мужчин было 102 (85%), женщин – 18 (15%). Правая кисть подвергнута хирургическому лечению у 86 пациентов (71,7%), левая – у 34 (28,3%). Двусторонняя патология отмечена в 78 (65%) наблюдениях, причем у 52 из этих больных была первая степень заболевания, не требующая, как известно, хирургического пособия. 10 пациентов запланировали госпитализацию для операции на второй кисти. У представленной группы пациентов преобладала ладонно-пальцевая форма патологического процесса с поражением безымянного пальца – 68 случаев (56,7%), мизинца – 20 (16,7%), IV–V – 22 (18,3%), III–IV–V – 6 (5%) и среднего пальца – 4 (3,3%). Сопутствующие рубцовые изменения кожи над фиброзными тяжами ладонного апоневроза отмечены у 69 (57,5%) оперированных больных.

Оперативные вмешательства были выполнены на следующий день после поступления больных в стационар. Всем пациентам была проведена проводниковая анестезия. Операции осуществлены по общим правилам хирургии кисти в условиях полноценного обескровливания оперированной конечности путем наложения пневматического жгута

преимущественно на верхнюю треть предплечья (280–300 мм от ст.). Всем 120 пациентам выполнена частичная апоневрэктомия: иссечение только рубцово-измененных тяжей ладонного апоневроза. В 16 случаях, когда кожные покровы над пораженным ладонным апоневрозом были мобильны, мягки, не имели рубцовых втяжений, хирургические доступы осуществлены по естественным ладонным складкам и у основания пораженного пальца. Резекция пораженного участка ладонного апоневроза выполнена путем тупого и острого его выделения в подкожных туннелях. В 65 случаях выполнены волнообразные хирургические доступы над рубцово-измененными тяжами, в 24-х – зигзагообразными разрезами кожных покровов и подкожной клетчатки над патологическими апоневротическими участками и у 15 пациентов, имевших грубые омололости кожных покровов выполнено иссечение единым блоком патологически измененной кожи и фиброзно-измененных участков ладонного апоневроза. Учитывая умеренно-выраженные контрактуры в суставах пальцев при рассматриваемой степени патологии, пальцы во всех случаях удалось полностью выпрямить. Раны ушивали послойно, преимущественно узловыми швами, наглухо. Учитывая работу по резекции измененных участков апоневроза в условиях «сухой» раны с визуализацией целостности глубжележащих сосудов и нервов, необходимости в дренировании раны не было. Выполняли иммобилизацию кисти тыльной гипсовой шиной. Швы с раны снимали на 12–14-й день, с 15–16 дня после вмешательства прекращали иммобилизацию и проводили в амбулаторных условиях курсы восстановительного лечения: ЛФК и физиотерапевтические процедуры.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты были обследованы в сроки от 6 месяцев до года после хирургического вмешательства. Все остались довольны результатами проведенных им операций. Результаты во всех случаях расценены, как отличные и хорошие, поскольку функция оперированной конечности была восстановлена полноценно, ангионевротических нарушений не было. У 16 пациентов в случаях, когда хирургический доступ осуществлялся по ладонным складкам, послеоперационные рубцы были трудно дифференцируемы.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хирургическое лечение: частичная апоневрэктомия или иссечение рубцово-измененного ладонного апоневроза на современном этапе развития медицины является методом выбора для лечения болезни Дюпюитрена II–III степени, позволяя избавить пациентов от контрактур пальцев и восстановить их функциональную полноценность.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Асфура, И. Комплексное лечение болезни Дюпюитрена // Дисс. канд. мед. наук // Минск. – 1986. – 118 с.
2. Брянцева, Л.Н. Контрактура Дюпюитрена / Л.Н. Брянцева. – Ленинград, 1963. – 100 с.
3. Goto, M., Kobayashi, A., Torunaga, J. Surgery of Dupuytren's contracture follow-up study of the open palm method / M. Goto, A. Kobayashi, J. Torunaga // J. Jpn. Soc. Surg. Hand – 1991. – № 8. – P. 762–768.
4. Moermans, J.P. Long-term results after segmental aponeurectomy for Dupuytren's disease/ J.P. Moermans // J. Hand Surg. – 1996. – 21 B. – P. 797–800.
5. Rayan, G.M. Dupuytren's disease/ G.M. Rayan // Hand Clin. – 1999. – № 15. – P. 1–185.

Воронович И.Р.

Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии, Минск, Беларусь

Малотравматичный метод лечения Т-образного внутрисуставного ложного сустава бедренной кости с выраженным остеосклерозом и облитерацией костномозгового канала

■ ВВЕДЕНИЕ

Известны способы лечения ложных суставов костей конечностей путем выделения концов отломков, вскрытия костномозговых каналов, скрепления их металлическими фиксаторами различными конструкциями (пластины, стержни, винты, компрессирующие аппараты), а также костной ауто- или аллопластикой после вправления отломков. Однако при выраженном остеосклерозе с облитерацией костномозгового канала на значительном протяжении такие оперативные вмешательства весьма травматичны, нередко сопровождаются несращением концов отломков и местными осложнениями: некрозом участка кожи в области псевдоартроза и нагноением. Нами разработан и внедрен в практику способ лечения такого псевдоартроза бедренной кости с выраженным остеосклерозом на значительном протяжении путем алло-аутопластики костными трансплантатами без обнажения и выделения концов отломков, без вскрытия коленного сустава.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Способ заключается в том, что осуществляют два вертикальных разреза по наружной и внутренней поверхности бедра, начиная на 10 см выше суставной щели коленного сустава и заканчивая на уровне выступающей части мыщелков бедренной кости. Отделяют надкостницу от кости по ходу разрезов шириной в 2,0 см; долотом делают небольшие ложбинки на кортикальном слое бедренной кости для помещения трансплантатов. В мыщелках бедренной кости просверливают отверстия диаметром 1,8 см на глубину 3,5 см для последующего внедрения концов костных трансплантатов. Затем подготавливают два костных трансплантата: один – аллотрансплантат из кортикального слоя консервированной трубчатой кости размером 12×2 см, другой – аутоотрансплантат заготавливают из большеберцовой кости пациента размером 10×1,8 см на пострадавшей ноге. Аутоотрансплантат одним концом внедряется в нишу наружного мыщелка бедра на глубину 3,5 см, остальная часть трансплантата помещается в подготовленную площадку по наружной поверхности бедра и фиксируется троссально к диафизу бедренной кости. Затем аллотрансплантат внедряется в нишу внутреннего мыщелка на глубину 3,5 см и укрепляется по внутренней поверхности бедра аналогичным способом, как и аутоотрансплантат. Вставляются дренажи и раны зашиваются наглухо.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациент П., 37 лет, инвалид 2-й группы, поступил в клинику РНПЦ ТО с внутрисуставным ложным суставом бедра после огнестрельного перелома. Пациент получил огнестрельное ранение в области передне-наружной поверхности в нижней части бедра. Лечился в военном госпитале, неоднократно был оперирован по поводу развившегося остеомиелита костей. Спустя 9 месяцев раны зажили, но сращения не наступило; ходил с палочкой, дозировано нагружал пострадавшую ногу.

При поступлении в клинику РНПЦ травматологии и ортопедии: общее состояние вполне удовлетворительное; ходит, опираясь на палочку, хромя на левую ногу. Левая нога в нижней