

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ НАДВЕРТЛУЖНОГО «НАВЕСА» ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ

Д. Л. Акбердина, А. Л. Гиммельфарб, Л. А. Ширизова

Казанский филиал Всесоюзного курганского научного центра «Восстановительная травматология и ортопедия» (директор — доктор мед. наук Х. З. Гафаров)

Диспластический коксартроз относится к числу наиболее часто встречающихся и быстро прогрессирующих форм артрозов. Его лечение уже на ранних стадиях осуществляется оперативно с проведением сложных реконструктивно-восстановительных операций на тазовой и бедренной костях.

В нашем сообщении анализируются результаты применения 32 больным диспластическим коксартрозом операции формирования надвертлужного «навеса» методом ацетабулопластики. Больные были в возрасте от 17 до 45 лет; мужчин было 5, женщин — 27. У большинства больных данной группы имелась высокая степень дисплазии тазобедренного сустава: уплощение крыши вертлужной впадины, уменьшение угла Ланца до 25—30°, увеличение шеечно-диафизарного угла до 135—150°, деформация головки бедренной кости со значительным увеличением вертикальных размеров, подвывих и дефицит ее покрытия. Более чем у 50% больных были выраженные дегенеративно-дистрофические изменения в суставах кондах. Клинически у всех больных определялись болевой синдром, прихрамывание, положительный симптом Тренделенбурга, почти у 70% — приводящая и наружная ротационная контрактуры.

В зависимости от показаний, которые оценивали с учетом диспластических и артрозных нарушений в суставе, объем операции ограничивали формированием надвертлужного «навеса» или последнее сочетали с межвертлужной остеотомией. В том случае, когда дефицит покрытия головки бедренной кости не превышал по размерам $\frac{1}{4}$ ее окружности, не было фиксированных контрактур, шеечно-диафизарный угол составлял не более 135°, угол антервсии — 20°, а артроз характеризовался лишь клиническими проявлениями (боли, утомляемость, перемежающаяся хромота), было достаточно образования «навеса» (у 10 больных). Когда же имелись высокая степень диспластических и дегенеративно-дистрофических изменений, фиксированные контрактуры, формирование «навеса» сочетали с межвертлужной остеотомией (у 22 больных). У части больных межвертлужную остеотомию предпринимали с целью устранения контрактуры и по возможности улучшения конгруэнтности суставных поверхностей, однако в большей части случаев к этому этапу вмешательства прибегали как к методу

патогенетического воздействия на сам артроз.

Формирование надвертлужного «навеса» в сочетании с межвертлужной остеотомией начинали с остеотомии, что целесообразно как технически, так и для правильной ориентации при формировании «навеса», особенно если предстоит перемещение центрального отломка — варизация, деротация. Необходимость и характер перемещений отломков бедренной кости при остеотомии определяли по рентгенограммам, сделанным до операции в положении больного стоя, в отведении, приведении, внутренней ротации.

В большинстве случаев была выполнена остеотомия с медиализацией и внутренней деротацией отломка. Варизация центрального отломка при операции по поводу коксартроза у взрослых вследствие наступивших стойких деформирующих изменений в суставных поверхностях не всегда возможна, особенно при II—III стадиях артроза и неравномерном сужении суставной щели.

После остеотомии отломки бедренной кости синтезировали фиксатором ангулирующим (Авторское свидетельство № 449714) или пластиной Петуховой — Петрулиса. Остеотомию всегда сочетали с миофасциотомией (тенотомией подвздошно-поясничной мышцы, приводящих мышц, широкой фасции бедра).

Надвертлужный «навес» формировали по методике Гирголава. При сочетании межвертлужной остеотомии с «навесом» разрез мягких тканей, сделанный по наружной поверхности бедра, с уровня основания большого вертела продолжали дугообразно по ходу гребня подвздошной кости. Ягодичные мышцы отслаивали от наружной поверхности крыла подвздошной кости единым блоком. Для формирования костного «навеса» использовали аутооттрансплантат, взятый из всей толщи крыла подвздошной кости вместе с гребнем. Его забавали в паз, сделанный в подвздошной кости по краю крепления капсулы сустава на глубину 1,5—2 см, над наиболее выступающим, чаще верхним квадрантом головки. Размеры трансплантата зависели от величины головки бедренной кости и степени ее подвывиха. В большинстве случаев при операции у взрослых он был не менее 5×4—4,5 см.

Трансплантат из крыла подвздошной кости, благодаря имеющейся естественной вогнутости, облегал округлость головки бедрен-

ной кости, создавая тем самым подобие истинной «крыши» вертлужной впадины. Если покрытие в верхнем квадранте головки оказывалось недостаточным, то в верхнезаднем отделе вертлужной впадины под тупым углом к первому трансплантату таким же образом забивали второй трансплантат, чаще из аллокости.

При операции ягодичные мышцы, отслоенные из гребня подвздошной кости для взятия трансплантата и доступа к тазобедренному суставу, подшивали обратно к гребню чрескостным швом. Таким образом, при этой операции изменения точек прикрепления ягодичных мышц и ослабления их натяжения не происходило.

Наш опыт показал, что формирование надвертлужного «навеса» из трансплантатов, взятых в отдалении, являясь операцией технически простой, нетравматичной, обладает большей пригодностью для лечения коксартроза у взрослых, чем способы реконструкции надвертлужной области путем формирования трансплантатов непосредственно из этой зоны. Остеосклероз надвертлужной области, развивающийся при артрозе, уплотщение данной зоны вследствие дисплазии, не позволяют формировать здесь полноценные трансплантаты, необходимые для покрытия головки.

Надвертлужная остеотомия таза, по нашим наблюдениям, при артрозе у взрослых, особенно у женщин с развитой подкожной жировой клетчаткой в области тазового пояса, нередко оказывается операцией травматичной, а при дегенеративно-дистрофических изменениях в периартикулярных тканях вокруг сустава трудно выполнить остеотомию на оптимальном уровне и достигать необходимого перемещения тазовых костей.

После операции больным накладывали гипсовую повязку сроком на 3,5—4 мес. Через 2—2,5 мес ее меняли и освобождали коленный сустав, а к 6 мес разрешали нагрузку на конечность.

Клинико-рентгенологические наблюдения за ходом формирования надвертлужного «навеса» показали, что в большинстве случаев трансплантат, пересаженный в паз в надвертлужной области, приживается к материнскому ложу и сохраняет на отдельных сроках свою первоначальную форму и размеры.

К 2—2,5 мес костный трансплантат рентгенологически претерпевает явления остеопороза, который совпадает и с остеопорозом, развивающимся в суставных концах, особенно при сочетании операции формирования «навеса» с межвертельной остеотомией. К 4—4,5 мес структура костного «навеса» при благоприятном течении процесса регенерации у основания становится более плотной. Он как бы утолщается за счет формирования вокруг него костной мозоли, исходящей из материнского ложа (тазовой кости). К 5,5—6 мес «навес» приобретает более плот-

ную структуру на всем протяжении. Приблизительно в эти же сроки отмечается и срастание бедренной кости на месте межвертельной остеотомии. Однако очертания паза в тазовой кости, в которой был вбит трансплантат, на рентгенограммах определяются довольно продолжительное время, что заставляет ограничивать больным окончательную нагрузку на оперированную конечность до года.

У 5 среди 32 больных, которым производилось формирование надвертлужного «навеса», отмечено рассасывание трансплантата. У 4 из них в качестве трансплантата была взята не вся толща крыла подвздошной кости, а только ее расщеп, что привело уже на ближайших сроках к его перелому, смещению в мягкие ткани и быстрому лизису. В одном случае причиной лизиса была инфекция.

Отдаленные результаты лечения через 1,5—6 лет были прослежены у 23 больных: на сроках 1,5—1,8 года — у 5, 2—2,5 — у 5, 3 — у 3, 4 — у 5, 5—6 — у 3, свыше 6 лет — у 2.

Наблюдения на отдаленных сроках показали, что к 1,5—1,8 года трансплантат становится как бы естественным продолжением крыши вертлужной впадины с формированием под ним непрерывной суставной щели. Рентгенологически в головке бедренной кости, особенно в случаях, когда одновременно производилась и межвертельная остеотомия, имело место ослабление субхондрального склероза по сравнению с тем, что было до операции. Угол Ланца, бывший до операции в пределах 25—30°, в большинстве наблюдений возрастал на 15—20° за счет создания крыши вертлужной впадины. Покрытие головки у большинства больных увеличилось на 1,5—2 см.

Касаясь клинических результатов операции, следует отметить ослабление хромоты у оперированных больных, болей и симптома Тренделенбурга. Однако этот положительный эффект операции появлялся на более отдаленных сроках (через 1,5—2 года после операции). По-видимому, требуется определенное время для восстановления мышечной силы в конечности, ослабленной операцией, гипсовой иммобилизацией и разгрузкой.

Анализ результатов наблюдений 4—6-летней давности показал стойкость полученного благоприятного результата операции, отсутствие прогрессирования артроза, сохранность первоначальных размеров «навеса» без тенденции к укорочению. Этому, вероятно, способствует благоприятные условия приживления трансплантата к тазовой кости, которые создаются с самого начала (губчатая кость, хорошая васкуляризация, функциональная нагрузка).

Таким образом, операция формирования надвертлужного «навеса» при диспластическом коксартрозе у взрослых может быть рекомендована для более широкого внедре-

ния в практику. В зависимости от показаний она может быть применена как самостоятельно, так и в комбинации со вмеша-

тельством на бедренной кости, в частности с межвертельной остеотомией.

Поступила 29.06.89.

УДК 616.284.7—089.874—06:617.57—08

ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ

А. А. Акимов, В. В. Сигаев, Э. С. Саакян, Г. В. Чубаров

Центральная клиническая больница № 4 МПС (главврач — канд. мед. наук С. Ф. Шулешко), Москва

Радикальное лечение рака молочной железы, включающее комбинированный и комплексный методы, в ряде случаев вызывает осложнения, которые у 30,2% больных приводят к инвалидности. Одним из наиболее частых поздних осложнений является отек конечности. Следует подчеркнуть, что отек не только изменяет пропорции тела, но и причиняет немалые неудобства, вызывая боли, постоянное чувство тяжести, значительные затруднения при ношении одежды, а также нарушения функции конечности у 45% и даже у 100% больных.

Первостепенное значение в генезе постмастэктомического отека имеют нарушения процессов микроциркуляции: замедление кровотока в капиллярах, увеличение числа стазированных сосудов, нарушение агрегационной способности тромбоцитов, появление перикапиллярного отека вследствие повышения проницаемости сосудистой стенки.

Существующие методы консервативной терапии отека конечности редко оказываются достаточно эффективными, применяемые же способы хирургического лечения многостадийны и травматичны. В этой связи поиск новых методов профилактики и лечения постмастэктомического отека является актуальной задачей практической медицины.

Нами разработан способ восстановления функционального состояния верхней конечности, включающий воздействие на процессы микроциркуляции с коррекцией локальных нарушений в системе гемостаза пораженной конечности при минимальных воздействиях на свертывающую систему в общем кровотоке и предусматривающий значительную активацию двигательной активности, повышение силы мышц конечности с восстановлением и нормализацией нейромышечной передачи в синапсах. Данная цель достигается воздействием на конечность дозированной компрессии в сочетании с постоянным магнитным полем.

Компрессионная оболочка, одеваемая на верхнюю конечность, выполнена в виде перчатки с отделениями для пальцев, кисти, предплечья и плеча из воздухопроницаемого эластомерного полотна. Давление в оболочке рассчитано таким образом, что оно максимально в дистальной части (5,3 кПа)

и минимально в проксимальной части (2—2,7 кПа). Эластичная оболочка по длине снабжена кармашками, в которых помещены ферромагнитные вкладыши размером 5×10 см с напряженностью магнитного поля 400—450 эрстэд.

Лекарственная коррекция отека предусматривает назначение ряда препаратов, влияющих как на систему гемостаза, так и на другие патогенетические звенья данного осложнения. Так, с целью уменьшения вязкости крови, снижения агрегации форменных элементов и восстановления проницаемости сосудистой стенки назначали трентал, доксим, пипольфен и венрутон. Гепарин применяли для нормализации микроциркуляторных процессов. Ускорение скорости лимфо- и кровотока достигали с помощью мощного диуретического средства — маннита. С целью повышения эластичности сосудистой стенки и активизации тканевого обмена использовали фитин, панангин, токоферол. Введение прозерина обеспечивало повышение тонуса мышц и улучшало передачу возбуждения в нервно-мышечных синапсах. Для рассасывания и размягчения послеоперационных рубцов и снижения риска развития контрактуры назначали лидазу. Следует отметить, что для создания высокой регионарной концентрации в тканях, снижения воздействия на организм в целом, образования кожного депо с медленной диффузией препаратов в окружающие ткани и прицельного воздействия на зоны с нарушенной микроциркуляцией ряд препаратов (гепарин и лидаза) вводили методом электрофореза. Терапию разработанной комбинацией лекарственных средств проводили в течение 4 нед, а воздействие магнитного поля и дозированной компрессии — в течение 4 месяцев.

Под нашим наблюдением в 1983—1985 гг. находились 85 больных с лимфатическим отеком верхней конечности различной выраженности, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы. Больные были в возрасте от 30 до 70 лет, причем 80% — от 41 года до 60 лет. Рак I стадии был установлен у 5 больных, II А — у 35, II Б — у 30, III А — у 8, III Б — у 7. Инфильтрирующая карцинома была у 35 женщин, аденокарцинома — у 19, железисто-солидный рак — у 12, скирр — у 5, солидный рак — у 7, слизистый рак — у 2.

Степень лимфатического отека оценивали