

Сразу после снятия гипсовой иммобилизации им был проведен курс реабилитационной терапии. Децентрации головки бедра не наблюдалось. Движения в тазобедренном суставе не ограничены. Симптом Тренделенбурга был отрицательным.

ВЫВОДЫ

1. При врожденном вывихе бедра наблюдается выраженное отклонение от нормы длин мышц наружных ротаторов бедра: их относительное удлинение (при подвздошном вывихе) или резкое укорочение (при подвывихе).

2. Коррекция длины мышц наружных ротаторов бедра предотвращает развитие наружноротационной контрактуры. Необходимо проводить коррекцию ротаторов бедра в зависимости от степени вывиха: если при

подвывихе бедра требуется удлинение наружных ротаторов, то при подвздошном вывихе этого делать не следует.

3. Удлинять наружные ротаторные бедра эффективнее с сохранением целостности паратенона, что снижает травматичность операции и улучшает результаты лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гафаров Х. З. // Ортопед., травматол. — 1986. — № 7. — С. 29—32.

2. Гафаров Х. З., Андреев П. С., Ахтямов И. Ф. и др. // Ортопед., травматол. — 1988. — № 10. — С. 45—46.

3. Корж А. А., Тихоненков Е. С., Андрианов В. Л. и др. // Диспластический коксартроз. — М., Медицина, 1986.

4. Николаев Л. П. // Руководство по биомеханике в применении к ортопедии, травматологии и протезированию. — Киев, 1950. — Т. 2.

Поступила 10.04.89.

УДК 616.748.54—018.38—089.8

ПОВРЕЖДЕНИЯ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Р. А. Зулкарнеев, З. Я. Ахметов

*Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав.— проф. Р. А. Зулкарнеев)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Избыточная масса тела и гиподинамия, особенно характерные для городского населения, способствуют ослаблению определенных участков опорно-двигательной системы, вызывая в них ранние дегенеративно-дистрофические изменения. Хаотическая двигательная активность, сопровождающаяся нескоординированным сокращением мышц, приводит на этом фоне к подкожным «крадущимся» разрывам сухожилий, среди которых повреждения ахиллова сухожилия занимают одно из первых мест. Кроме того, растет число открытых повреждений этого сухожилия в быту, при дорожно-транспортных происшествиях и на производстве.

С 1970 по 1986 г. в больнице скорой медицинской помощи г. Казани и с 1984 по 1986 г. в Республиканской клинической больнице на стационарном лечении находились 84 пациента с открытыми и закрытыми повреждениями ахиллова сухожилия. В возрасте от 20 до 50 лет было 83,1% больных. Мужчин было больше, чем женщин (66,7% и 33,3%). 66,7% случаев открытых повреждений, которые отмечены у 44 (52,4%) больных, были получены в быту и лишь 25% — на производстве. Чаще всего это были раны, нанесенные режущими предметами (стеклом, ножом, металлической стружкой). У 9 из 44 пострадавших повреждение было частичным. Оперативное вмешательство выполняли сразу же при поступлении пострадавших в стационар,

обычно в день получения травмы. После экзоскелетного иссечения краев раны и ее туалета делали разрезы, расширяющие рану, что было необходимо для наложения шва сухожилия. В 36 (81,8%) случаях его накладывали по Кюнео с использованием нитей из лавсана. В 4 наблюдениях из-за разволокнения концов возникла необходимость укрепления области шва П-образным лоскутом, выкроенным из проксимального конца. У 2 больных рана располагалась у самого прикрепления сухожилия к пяточной кости, что потребовало фиксации предварительно прошитого сухожилия к пяточной кости. При натяжении краев раны выполняли насечки, а если этого было недостаточно, производили послабляющие разрезы (4), которые наносили параллельно краям раны. Образовавшиеся дефекты закрывали с помощью свободных кожных лоскутов. Первичную хирургическую обработку раны обычно заканчивали промыванием раны 3% раствором перекиси водорода и фурациллином в соотношении 1 : 5000. Область шва сухожилия обкалывали 0,8% раствором метилурацила и антибиотиками, на 24—48 ч вводили дренаж. Конечность фиксировали чаще всего гипсовой лонгетной повязкой в положении эквинуса стопы и сгибания в коленном суставе на срок 4—6 нед. С 2-го дня назначали УВЧ и токи Бернара. Помимо антибиотиков и обезболивающих средств в течение 3—7 дней применяли нестероидные

противовоспалительные средства (индометацин, ибупрофен, вольтарен и др.). С учетом недостаточного кровоснабжения этой области швы снимали на 10—14-й день.

Больные с подкожными разрывами (47,6%) обращались, как правило, поздно. У 31 больного были несвежие и застарелые повреждения. Это связано с тем, что резкая боль, возникающая в момент разрыва, в дальнейшем проходит, и частичное восстановление движений в голеностопном суставе создает у больного и врача иллюзию благополучного исхода. В наших наблюдениях сроки обращения за специализированной помощью при подкожных разрывах колебались от одного дня до полутора лет. При первичном осмотре отмечались выраженный отек и характерное западание мягких тканей, локализующееся чаще всего на 5—7 см выше места прикрепления. Помимо исследования силы подошвенного сгибания стопы необходимо изучение симптома Томпсона. При сжатии икроножной мышцы, если имеет место полный разрыв, подошвенное сгибание отсутствует. Если этот симптом неубедителен, под анестезией 1% раствором новокаина в место разрыва вводят иглу и по ее колебаниям во время пассивных движений стопой можно отличить полный разрыв от частичного.

Подкожные разрывы чаще всего возникают у лиц умственного труда (73,5%), причем нередко во время занятий спортом (у 39,4%). Одномоментное резкое сокращение икроножной мышцы при игре в волейбол или толчок во время бега — вот наиболее часто упоминавшиеся в анамнезе причины спонтанного разрыва ахиллова сухожилия. Лишь в одном из 40 наблюдений оно было частичным. В 3 случаях в местах повторного разрыва сухожилия имелись оссификаты, а в 2 — типичная костная ткань, образовавшаяся в результате метаплазии сформировавшегося ранее фиброзно-хрящевого конгломерата. Тщательно собранный анамнез позволил установить наличие предшествовавшей травмы, леченной консервативно. Повреждение ахиллова сухожилия трактовалось как частичное или вообще не диагностировалось и рассматривалось как ушиб, растяжение связок и т. д.

Реконструктивную операцию при подкожных разрывах проводили через 2—3 дня после соответствующего обследования и подготовки кожи. Для выбора рациональной методики вмешательства важно знать состояние концов разорванного сухожилия, особенно при разрывах по типу «конского хвоста». В таких случаях весьма информативными были боковые электрорентгенограммы, полученные в положении возможного сгибания и разгибания стопы. На них хорошо контурировались концы разорванного сухожилия, величина диастаза между ними, что позволяло установить степень их сближения. Техни-

ческие условия экспозиции силиновых пластин на генераторе ЭРГА-02 (ЭРГА-МТ) по сравнению с обычной рентгенографией были изменены в сторону повышения напряжения на трубке и увеличения экспозиции. На электромиограммах при попытке активного сгибания стопы резко снижалась электроактивность икроножной мышцы. Реовазография указывала в основном на замедление венозного оттока на пораженной стороне. Полученные данные давали возможность в каждом конкретном случае составлять схему лечения, включавшую хирургическое пособие, курс физиотерапевтических процедур и патогенетически обоснованное применение лекарственных средств.

Лишь 12 (14,3%) из 84 операций были выполнены под общим обезболиванием, остальные — под местной анестезией. Как правило, в области бедра проводили футлярную новокаиновую блокаду, накладывали пневматический жгут и по линии разреза вводили 0,25% раствор новокаина, а в место разрыва — 1% раствор. Затем на расстоянии 6—7 см вверх от места разрыва сухожилия производили разрез по внутреннему краю до места прикрепления к пяточному бугру. Если удавалось сопоставить экономно освещенные концы сухожилия, то применяли шов лавсановой нитью по Кюнео (у 13) и Казакову (у 9).

В 18 случаях концы сухожилия не адаптировались, о чем можно было судить и до операции (по электрорентгенограммам). Дефект замещали по Чернавскому и Никитину (соответственно у 8 и у одного больного); у 8 больных использовали лавсановую ленту, которую вшивали в предварительно фронтально расщепленные концы сухожилия. Лишь в одном случае применяли аллосухожилие, которое дополнительно покрывали аутофасцией, взятой с бедра. В 50% наблюдений область стыка концов сухожилия укрепляли П-образным лоскутом, который формировали из тканей проксимального отдела икроножной мышцы. В дополнение к приведенной выше схеме послеоперационного ведения больных помимо нестероидных противовоспалительных средств назначали троксевазин или венорутон (в течение 3—4 нед), метилурацил или оротат калия (10—14 дней). Время пребывания пациентов в стационаре составило в среднем 22 ± 2 дня, причем у 60% больных — 10—20 дней.

При открытых и закрытых повреждениях осложнения со стороны раны возникли у 7 (8,3%) больных. Краевой некроз был у 3 пациентов, паратравматическая пиодермия — у одного, нагноившаяся гематома — у 2, частичное расхождение швов — у одного, причем при открытых повреждениях наблюдалось лишь 2 случая частичного некроза краев раны. Нами не было отмечено ни одного случая расхождения сшитых концов сухожилия. Начиная с 4-й недели постепенно

уменьшали эквинусное положение стопы.

Отдаленные результаты прослежены у 25 больных (у 18 с подкожными и у 7 с открытыми повреждениями), причем у 20 пациентов — на сроках от 3 до 15 лет.

У 9 из 18 больных с подкожными разрывами было уменьшение мышц голени по окружности в среднем на 1,5—2 см. С годами гипотрофия исчезла и при обследовании через 10 и более лет не обнаруживалась.

Результаты лечения считали хорошими, если в поврежденной конечности не возникало неприятных ощущений, сила мышц голени была одинакова, больные могли бегать, прыгать и заниматься спортом. При слабости мышц голени, силу которых определяли по длительности стояния на носках, периодической хромоте и болевых ощущениях при перегрузке результат расценивали как удовлетворительный. Выраженный цианоз,

отек, постоянные боли рассматривались нами как плохой результат. У 14 из 18 больных с подкожными разрывами результаты лечения были хорошими, у 3 — удовлетворительными и лишь у одного — плохими. У этого больного при выполнении хирургического вмешательства были допущены технические погрешности.

У всех 7 больных с открытыми повреждениями результаты лечения на отдаленных сроках оказались хорошими, причем они не зависели от характера шва. Применение лавсановой ленты у всех 4 больных было успешным.

Таким образом, весьма благоприятные ближайшие и отдаленные результаты позволяют рекомендовать предлагаемую тактику диагностики и лечения повреждений ахиллова сухожилия для повседневной практики.

Поступила 12.10.88.

УДК 618.3—073.48

РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Я. Ю. Малков, В. А. Тумбаев

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Я. Ю. Малков) Пензенского института усовершенствования врачей

Для исследования анатомических структур малого таза мы использовали ультрасонограф фирмы «Taschiba» SAL-50a, работающий в реальном масштабе времени с линейным датчиком 5 МГц. Для достаточной визуализации внутренних половых органов рекомендуем обследуемым женщинам в течение 5—7 ч не мочиться или за 2 ч до исследования выпить 2—4 стакана жидкости (лимонад, сок, вода) в комплексе с назначением диуретиков (фуросемид и др.). В экстренных случаях наполняем мочевой пузырь путем катетеризации инструментами Нелатона, Пуссона, Гийона до полного перекрытия пузырем дна матки и возможно большему ее выведению к уровню терминальной линии из костного кольца малого таза. С целью четкой визуализации шейки матки предлагаем также при проведении исследований введение во влагалище деревянного (подобно используемому электроду при влагалищном электрофорезе) или свинцово-эбонитового стержня, которые довольно четко просматриваются при использовании гиперзвуковых частот с длиной волны выше 10⁹ Гц, либо рекомендуем подобной же формы стержни из свинца, имеющие коэффициент затухания волн более 8,01 см. Резко отличаясь на дисплее от обычной ткани, они дают информацию о структуре шейки матки в области наружного зева (см. рис.).

Нами обследовано 1808 больных, имеющих различную гинекологическую патоло-

гию, в возрасте от 8 до 92 лет, из них в описание вошли результаты наблюдений 535 женщин.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) 185 женщин с миомами матки патологический орган визуализировали наиболее легко, а серая шкала позволяла оценивать внутренние структуры по различным точечным и линейным эхосигналам. Если в I фазе эндометрий может быть не виден, то уже за несколько дней до менструации в норме возможен осмотр не только полости матки в виде одного или двух линейных эхосигналов, но также и всего слоя эндометрия передней и задней стенок, что дает возможность судить о его состоянии и стадии аденомиоза при его наличии [1].

При исследовании миометрия узлы были отмечены не только на поверхности матки (см. рис.); они определялись и в толще миометрия с коэффициентом отражения, отличным от мышц (от 11,4 до 57,9%). Миоматозные узлы визуализировались своей капсулой, которая выявлялась при изменении угла осмотра, достигаемого с помощью перемещения датчика. При субмукозном росте узла тени опухоли изменяли полость матки при ее осмотре в различных проекциях. На основании динамического наблюдения диагностировали отек или нагноение миоматозного узла. С помощью такой диагностики можно определять целесообразность консервативного или оперативного лечения.