

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

А.П. Сворцов

НИИЦ "Восстановительная травматология и ортопедия" (директор — чл.-корр. АН РТ, проф. Х.З. Гафаров), г. Казань

Гематогенный остеомиелит до сих пор является распространенным заболеванием, составляя 6–10% от числа всех гнойно-воспалительных заболеваний [3], при этом заболеваемость варьирует от 0,3 до 0,75 на 1000 детского населения. Доля осложнений острого гематогенного остеомиелита (ОГО) в структуре гнойно-септических заболеваний колеблется от 8,6 до 12%, в структуре ортопедической патологии — от 3 до 6% [4]. Ортопедические осложнения (вывихи, деформации, укорочения, контрактуры и анкилозы крупных суставов) наблюдаются в 31–71% случаев [5]. У детей тяжесть заболевания в отдаленные сроки усугубляется поражением метаэпифизарных зон, что приводит к нарушению дальнейшего формирования опорно-двигательного аппарата [1, 2, 23].

Наиболее часто поражаются эпиметафизарная (54,5%) и метафизарная (39,6%) зоны длинных трубчатых костей, а по локализации — бедренная кость как на одном, так и на нескольких уровнях, что составляет 38–46% от всех случаев гематогенного остеомиелита [16]. Частые деформации именно коленного сустава объясняются тем, что более чем в 50% случаев ОГО у детей поражаются суставные концы костей, образующие коленный сустав, и прежде всего дистальный отдел бедренной кости. Тяжесть ортопедических поражений объясняется ростом бедренной кости преимущественно в длину за счет дистальной зоны роста бедренной кости (соотношение функционирования проксимальной к дистальной зоне роста меняется от 30–70% в возрасте 7 лет до 10–90% в возрасте 14–15 лет [16]).

В последующем, после стихания острого гнойно-воспалительного процесса, с ростом ребенка происходит развитие деформаций дистального отдела бедренной кости в виде комбинаций нарушений роста бедренной кости в длину и осевых деформаций коленного сустава. Актуальность проблемы лечения ортопедических последствий ОГО костей, образующих коленный сустав, заключается не только в их частоте, но и в тяжести последствий поражения ростковых зон, сегмента, сопровождающихся развитием значительных укорочений, деформаций, дефектов суставных концов с разрушением смежных тазобедренного и коленного суставов, что в 25–33% случаев приводит к инвалидизации [1, 12].

При определении показаний к оперативному лечению последствий ОГО в области коленного сустава общепринято исходить из величины укорочения сегмента, вида деформаций, степени деформации коленного сустава, а также возраста больного. Некоторые авторы основываются на показателях имеющихся угловых деформаций и считают, что варусные и вальгусные деформации коленного сустава при их превышении на 25–30° можно устранить только оперативным путем. По мнению других, показаниями к хирургическому

лечению является степень укорочения, вычисленная эмпирическим путем (отношение анатомического укорочения к возрасту больного при коэффициенте >0,6), что требует коррекции деформации и удлинения конечности с запасом.

При определении показаний к оперативному лечению следует учитывать не столько угловую величину деформации коленного сустава или величину укорочения сегмента, сколько их прогрессирование. При этом необходимо обращать внимание на состояние ростковых зон роста и возраст больного [3, 5].

Большинство авторов считают, что оперативное вмешательство следует проводить в возрасте 4–5 лет, а при меньших отклонениях и незначительном прогрессировании укорочения или деформации в возрасте 6–7 лет. Исходя из некоторой противоречивости используемых критериев коррекции деформаций в области коленного сустава у детей О.А. Даниелян [4] сделал вывод, что в настоящее время ни один из авторов при определении показаний к оперативному лечению не проводит комплексного обследования, основанного на результатах клинических и инструментальных методов оценки анатомо-функционального состояния пораженного коленного сустава. Вместе с тем полиморфность поражения требует учета всех анатомо-функциональных изменений, приводящих к нарушению статико-динамической функции конечности.

Основные методы оперативного лечения больных с последствиями ОГО области коленного сустава можно условно разделить на следующие виды:

- 1) вмешательства, направленные на стимуляцию поврежденной или угнетенной нормально функционирующей части зоны роста бедренной или большеберцовой костей (предотвращение асимметричного роста метаэпифизов суставных концов бедренной и большеберцовой костей);
- 2) корригирующие остеотомии или дистракционные эпифизиолиты бедренной или большеберцовой костей;
- 3) реконструктивно-восстановительные операции на суставных отделах;
- 4) стабилизирующие (артродезирующие) операции.

Вмешательства, направленные на предотвращение асимметричного роста метаэпифизов суставных концов бедренной и большеберцовой костей, преследуют собой цель повысить функциональную активность поврежденных при ОГО медиальной или латеральной частей зоны роста бедренной или большеберцовой костей. Именно частичное или полное закрытие части зоны роста (повреждение зон роста вследствие ОГО) ведет соответственно к развитию варусной или вальгусной деформаций, а в случае их симметричного повреждения — к нарастающему укорочению

голении или бедра. При условии одинаковой функциональной активности латерального или медиального отделов зоны роста бедренной или большеберцовой костей (одинаковое повреждение после ОГО) рост сегмента не будет сопровождаться развитием нарушений биомеханической оси; ему в таких случаях сопутствует только укорочение конечности. Исходя из концепции возможности предотвращения асимметричного роста эпиметафизов и развития деформации на уровне коленного сустава из-за преждевременного синостоза латеральной или медиальной части зоны роста большеберцовой или бедренной кости, разрабатывались операции, направленные на уравновешивание их функциональной активности.

Основной задачей корригирующих остеотомий является устранение осевых деформаций, возникающих вследствие асимметричного роста метаэпифизов пораженного сегмента, с восстановлением длины конечности. Предложенные различного вида остеотомии (эллипсоидные, с иссечением клина и т.д.), направленные на одномоментную коррекцию деформаций, хирургов не в полной мере удовлетворяют в связи с прогрессирующим после операции укорочением сегмента [3, 5, 6]. С введением в ортопедическую хирургию детского возраста метода и аппарата Илизарова открылась новая эра совершенствования способов лечения больных с деформациями в области коленного сустава. В последние годы корригирующие остеотомии сочетают с компрессионно-дистракционным остеосинтезом, позволяющим, кроме стабильного остеосинтеза, удлинять укороченный сегмент конечности.

Если патологический процесс в области эпиметафизов костей, образующих коленный сустав, возникает в первые месяцы и годы жизни ребенка, когда процесс торсионного развития конечности еще не завершен, то наряду с укорочением сегмента, его многоплоскостной деформацией отмечается выраженная торсионная патология, которая носит вторичный характер и является следствием нарушения биомеханической работы мышц на фоне неправильной оси нагрузки [20]. При возникновении патологического процесса в более старшем возрасте, когда торсионное развитие конечности завершено, укорочение и деформации конечности, как правило, не сопровождаются торсионной патологией или она выражена незначительно, если с момента заболевания прошел небольшой период времени. Следует отметить, что величины угловых и торсионных деформаций взаимосвязаны (чем значительнее угловая деформация, тем более выражено торсионное отклонение голени). Кроме того, при угловых деформациях коленного сустава за счет дистального метаэпифиза бедренной кости наблюдается рекурвационная установка голени [7]. Таким образом, при лечении деформаций в области коленного сустава у детей, перенесших ОГО, мы имеем дело с многоплоскостными деформациями коленного сустава, и хотя торсионный компонент деформации некоторыми авторами не учитывается, он, безусловно, ведет к рецидиву заболевания [2, 3].

Стабильная фиксация, многофункциональность режимов аппарата Илизарова, возможность одновременного устранения многокомпонентных деформаций в области коленного сустава [14] —

все это делает общепринятым метод и аппарат Илизарова для его повсеместного использования. Метод Илизарова широко применяется и зарубежными ортопедами при лечении данной патологии [19]. Из аппаратов внешней фиксации используется также аппарат Вагнера [21], но с меньшей популярностью.

В настоящее время различия в аппарате Илизарова заключаются только в разнообразии его компонентов: применяются спицевые, спице-стержневые и стержневые конструкции. Используются также различные методы устранения деформации, чаще всего корригирующие остеотомии (кортикотомии).

При отклонениях голени, не сопровождающихся торсионной патологией, применяются метод и аппарат Г.А. Илизарова с корригирующей остеотомией в области метафизов бедренной или большеберцовой костей с выращиванием клиновидного регенерата [22], обеспечивающего параллельность щели коленного и голеностопного суставов в горизонтальной плоскости и равномерную нагрузку на суставы нижней конечности. При наличии угловых деформаций на уровне коленного сустава, сопровождающихся торсионной патологией, корригирующая остеотомия дополняется устранением торсионного компонента деторсионной остеотомией [3, 20]. В случае локализации остеомиелитического процесса в метаэпифизах бедренной и большеберцовой костей применяется полилокальный остеосинтез, направленный на устранение деформаций обоих сегментов конечности, так как это приводит, наряду с укорочением конечности и осевой деформацией, также к нарушению торсии костей голени и бедренной кости. При деформациях, сопровождающихся значительным укорочением, целесообразно применение би- или полилокального дистракционного остеосинтеза [17]. Коррекция деформации и удлинение конечности выполняются одновременно на нескольких уровнях конечности, что обеспечивает существенное увеличение темпа и сокращение общего периода дистракции (в 1,5—2 раза) по сравнению с классическим монолокальным дистракционным остеосинтезом. После хирургической коррекции у детей с незавершенным ростом происходит рецидивирование укорочения и угловых деформаций, потому ортопедическую коррекцию проводят в 2—3 этапа. Многоэтапное ортопедическое лечение завершается к окончанию естественного роста пациентов удовлетворительными исходами. Поэтому с учетом повреждения зоны роста при возникшей деформации и дистрофических изменениях костной ткани было предложено операцию дистракционного остеосинтеза сочетать с пластикой зоны роста аутотрансплантатами или костными аутотрансплантатами на питающей сосудисто-мышечной ножке [5]. Суть способа заключается в том, что после остеотомии бедренной кости производится транспозицию проксимального фрагмента на здоровый мышечек бедренной кости; над зоной роста пораженного мышечка формируют канал, в который вводят несвободный костный аутотрансплантат (верхнебоковой сегмент надколенника с ветвями боковой артерии и вены колена).

Коррекцию деформации коленного сустава можно также проводить путем дистракционного закрытого остеоэпифизиолиза с разрывом кост-

4. Дашевский О.А. Материалы Всероссийской научно-практической конференции детских ортопедов-травматологов. — Часть 1. — СПб. — Казань, 1996.

5. Дашевский О.А., Соболева В.И. Материалы I Республиканского съезда детских травматологов-ортопедов Белоруссии. — Минск, 1995. — С. 81—82.

6. Джусраев А.М. Актуальные проблемы травматологии и ортопедии/Сборник научных трудов. — Ташкент, 1996.

7. Зырянов С.Я. //Тетий ортопедии. - 1996. — № 4. — С. 70—72.

8. Кузин А.С., Моисеев С.Н., Махров Л.А. Материалы Всероссийской научно-практической конференции детских ортопедов-травматологов. — Часть 1. — СПб. — Казань, 1996. — С. 114—115.

9. Кузин А.С., Моисеев С.Н., Махров Л.А. Материалы симпозиума детских ортопедов-травматологов. — Ижевск, 1998. — С. 218—219.

10. Лаксинашвили М.В. Изучение влияния одномоментной дозированной distraction на восстановление поврежденной ростковой зоны длинных костей: Автореф. дисс. канд. мед. наук. — М., 1997.

11. Лаксинашвили М.В., Берченко Г.Н., Шалиев А.Н. Материалы Всероссийской научно-практической конференции детских ортопедов-травматологов. — Часть II. — СПб. — Казань, 1996. — С. 221—222.

12. Малахов А.А., Пужанов В.Е., Кожевников О.В. и др. Материалы научной конференции. — Казань, 1994. — С. 110—111.

13. Онопrienko Г.А., Буничдзе О.Ш., Волошин В.П. // Сов. мед. — 1990. — № 8. — С. 33—35.

14. Скарл Л.В. //Тезисы докладов научно-практической конференции. — Казань, 1991. — С. 125—126.

15. Тескова Д.И., Григорьев Л.Я. // Материалы I Республиканского съезда детских травматологов-ортопедов Белоруссии. — Минск, 1995. — С. 119—121.

16. Чочиев Г.М., Азбаров О.И. и др. //Материалы симпозиума детских ортопедов-травматологов. — Ижевск, 1998. — С. 194—195.

17. Шевцов В.И., Макушин В.Д., Куфтырев Л.М. Дефекты костей нижней конечности. — Курган, 1996.

18. Arroyo J.S., Garvin R.L., Neff J.R. // J. Bone and Joint Surg. Am. — 1997. — Vol. 79. — P. 26—35.

19. Damsin J.P., Ghamen I. // J. Bone and Joint Surg. Br. — 1996. — Vol. 78. — P. 140—144.

20. Delgado E.D., Schoencker P.L. et al. // J. Pediatr. Orthop. — 1966. — Vol. 16. — P. 484—488.

21. De-Pablos J., Alfaro J., Barrios C. // J. Pediatr. Orthop. — 1997. — Vol. 17. — P. 54—58.

22. Hladis A., Morikis A., Dimitriou J.K. // Bull. Hosp. Jt Dis. — 1996. — Vol. 55. — P. 20—24.

23. Wandl-Vergesslich K.A., Breitenscher M., Fotter R. // Radiologe. — 1996. — Vol. 36. — P. 805—812.

24. Wang Y., Greenwald R.M., Dang G. // Clin. Orthop. — 1997. — Vol. 337. — P. 172—179.

Поступила 02.06.99.

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

К ВОПРОСУ О ПАТЕРНАЛИЗМЕ В МЕДИЦИНЕ

(полемиические заметки)

И.И. Арлеевский

Кафедра терапии (зав. — проф. Р.Г. Сайфутдинов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

В последние годы в работах, посвященных медицинской биоэтике, настойчиво проводится мысль о том, что «из отечественной медицины все больше уходит ранее традиционный патернализм и на правовой основе утверждаются партнерские начала во взаимоотношениях врач—пациент». Это положение поддается как нечто само собой разумеющееся, не требующее особых доказательств, как истина в последней инстанции [1]. Однако это не совсем так, или, точнее, отнюдь не так.

Конечно, отношение больных к врачам не может быть однозначно положительным, что зависит в первую очередь от личностных особенностей тех и других, особенно медицинских работников. Достаточно вспомнить отдельные произведения художественной литературы, в частности Рабле, Мольера, Л.Н. Толстого. Как указывает в своей монографии «О врачевании» акад. И.А. Кассирский, врачам «приписываются все грехи и пороки... народ не прощал медицине ни ее ошибок, ни порочного поведения носителей этой профессии» [2]. Но это — лишь одна сторона медали, причем отнюдь не главная. Самое важное во взаимоотношениях врача с больным — их сотрудничество в процессе лечения заболевания. И здесь уместно вспомнить выражение Швеннигера — домашнего врача «железного» канцлера Германии Бисмарка: «Быть врачом — значит всегда из двух быть сильнее». В психологическом противостоянии, которое возникает в периоде

общения больного и врача, последний в подавляющем большинстве случаев становится ведущим, и это вполне естественно, поскольку на стороне врача — и знания, и опыт. В таких условиях и формируется патернализм. И поскольку эти предпосылки существуют всегда, в обозримом будущем патернализм сохранится. Он — благо для больных, ибо для больного важно верить и возложить ответственность за свое здоровье на психологически более сильного в данной ситуации человека. Многолетний врачебный опыт автора статьи свидетельствует о том, что невозможно помочь больному, который не верит врачу.

На наш взгляд, между тем, что называется «патернализмом», и правовой защищенностью больного существует очевидная разница. Это далеко не одно и то же. Утверждения об «уходе» патернализма в медицине исходят от специалистов, авторитетных в своей области, но далеких от повседневной лечебной медицины. Для того чтобы получить представление об истинном положении вещей, им следовало бы побывать в клиниках, побеседовать с больными, находящимися в тревожном ожидании результатов обследования, с пациентами до и после хирургического вмешательства, пребывающими в блоках интенсивного наблюдения, и выяснить их мнение по поводу обсуждаемого аспекта взаимоотношений врача и больного. Кто знает, возможно они изменят свою точку зрения.