

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СОБСТВЕННОЙ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА ИЛИЗАРОВА

И. О. Панков, К. К. Нигматуллин, И. А. Валитов

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

Закрытые повреждения собственной связки надколенника относятся к сравнительно редко встречающейся патологии. Как правило, они имеют характерные клинические проявления и затруднений в распознавании не вызывают. Лечение их оперативное и заключается в ревизии области повреждений при широком открытом доступе, шве или пластическом замещении поврежденной собственной связки.

Наиболее известными оперативными вмешательствами при свежих и застарелых повреждениях собственной связки надколенника являются операции, описанные А. В. Капланом и И. А. Мовшовичем [1, 2]. Оба вмешательства предполагают выполнение больших разрезов в области повреждения, насильственное одномоментное низведение надколенника (при свежих повреждениях) с одномоментным пластическим замещением дефекта связки и фиксации конечности в положение разгибания в коленном суставе гипсовой лонгетой не менее чем на 1,5—2 месяца. Этим вмешательствам свойственны следующие недостатки: напряженное состояние области шва или пластики собственной связки, обусловленное тягой передней группы мышц бедра; длительная фиксация сустава в положении разгибания, что ведет к развитию десмогенных контрактур; выключение из функционального состояния больших мышечных групп смежных сегментов в послеоперационном периоде. Все это может привести как к несостоятельности рубца восстановленной собственной связки, так и к длительному периоду функционального восстановления сегментов нижней конечности, который включает применение физиотерапевтических процедур, массажа, разработки движений в суставе и восстановление нормального тонуса длительно выключенных из работы мышц бедра и голени.

Мы поставили цель сократить период функционального восстановления мышечной ткани и коленного сустава

поврежденной конечности с одновременным обеспечением надежной фиксации восстановленной собственной связки надколенника.

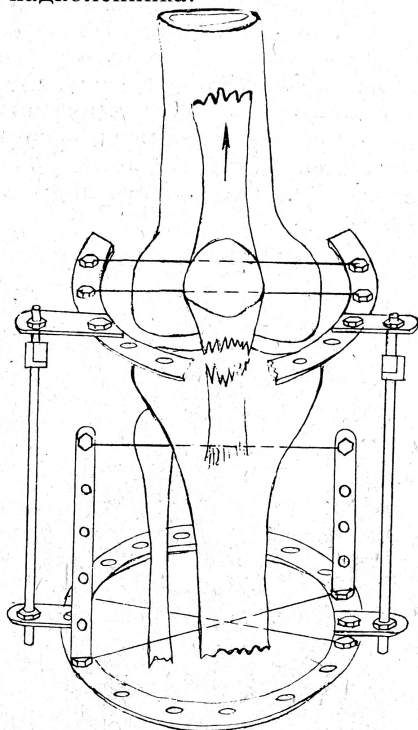


Рис. 1. Схема монтажа аппарата Илизарова при повреждении собственной связки надколенника (этап операции).

В отделении травматологии Казанского филиала ВКНЦ «ВТО» разработан и с 1988 г. успешно применяется способ лечения повреждений собственной связки надколенника с помощью аппарата Илизарова. Операцию проводят в два этапа под наркозом, перидуральной или проводниковой анестезией. На первом этапе накладывают и монтируют двухсекционный аппарат Илизарова, состоящий из кольцевой опоры в верхней трети большеберцовой кости и полукольца на надколеннике. С этой целью через верхнюю треть большеберцовой кости проводят две перекрещивающиеся спицы и укрепляют в кольцо аппарата. Через над-

коленник пропускают две параллельные спицы во фронтальной плоскости, которые укрепляют в полукольце так, чтобы не было движений его вокруг фронтальной оси. Опоры соединяют резьбовыми стержнями и по ним производят низведение надколенника, сближая тем самым концы поврежденной собственной связки. Степень низведения определяется клинически и рентгенологически, при этом нижний полюс надколенника устанавливают на уровне щели коленного сустава. При низведении надколенника происходит натяжение прямой мышцы бедра, устраняется ретракция ее волокон, сама мышца поддерживается в состоянии физиологического тонуса. Движения в коленном суставе сохранены, нагрузка по оси конечности возможна полная. Больной ходит с первого дня после операции.

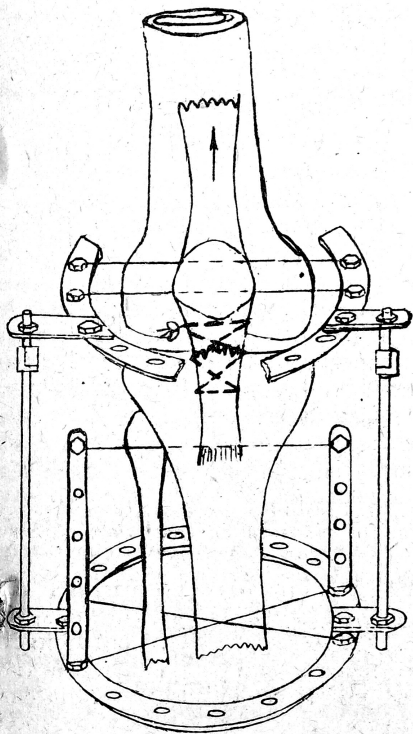


Рис. 2. Окончательный этап операции.

На втором этапе, который проводят через 3—4 дня после начала низведения надколенника и преодоления ретракции мышц бедра, из небольшого разреза в области повреждения собственной связки осуществляют ревизию зоны повреждения и шов связки лавсановой нитью. При такой методи-

ке операции предварительно наложенный аппарат дополнительно удерживает концы восстановленной собственной связки, устраняет действие травмирующего фактора натяжения места шва и не препятствует ранней функции конечности, включающей опороспособность, работу мышц, движения в коленном суставе.

Г., 43 лет, поступил 07.04.1990 г. по поводу полного повреждения собственной связки левого надколенника. Обстоятельства травмы: упал с турника, подвернув левую голень. 09.04.1990 г. осуществлен первый этап операции: наложен двухсекционный аппарат Илизарова, низведен надколенник и сближены концы поврежденной связки. 12.04.1990 г. выполнен второй этап операции. При ревизии выявлено значительное по тяжести повреждение собственной связки с ее продольным разволокнением. Диастаз устранен полностью, наложен шов на связку лавсановой нитью, рана ушита. Швы сняты на 11-й день (23.04.1990 г.), заживление первичное, выписан 24.04.1990 г. Аппарат снят 20.05.1990 г. Больной возвратился к прежней работе, жалоб не предъявляет, ходит с полной нагрузкой, движения в коленном суставе не ограничены.

Мы считаем, что данная методика особенно показана при застарелых повреждениях собственной связки надколенника, когда имеют место значительная ретракция мышц бедра, образование диастаза между концами поврежденной собственной связки. Основная цель предложенной методики — осуществление дозированного низведения надколенника с устранением диастаза концов поврежденной собственной связки, выведение прямой мышцы бедра из состояния атонии и ретракции, приближение ее тонуса к норме.

М., 17 лет, поступила 29.06.1988 г. по поводу застарелого повреждения собственной связки правого надколенника. Из данных анамнеза: получила травму правого коленного сустава в марте 1988 г., лечилась в травмпункте. В направлении диагноза значились ушиб и растяжение связок правого коленного сустава. Жаловались на боли в области коленного сустава, затруднения при активном разгибании голени. 07.07.1988 г. в отделении травматологии был произведен первый этап операции: чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова с целью постепенного низведения правого надколенника и ликвидации ретракции мышц передней группы бедра. 21.07. выполнен второй этап: наложен шов на поврежденную связку. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты через 11 дней, заживление первичное. В течение времени фиксации в аппарате нагрузку конечности ограничивали только до снятия швов. Аппарат демонтировали 21.08.1988 г. Контрольный осмотр произведен 01.09 и 16.12.1988 г.: жалоб нет, ходит с полной нагрузкой, не хромот, движения в коленном суставе не ограничены, функция конечности полная. Результат операции оценен как хороший.

Данная методика применена у трех больных. Отдаленные результаты изучены у двоих. У одного больного лечение с помощью аппарата Илизарова еще не завершено.

ВЫВОДЫ

1. При повреждениях собственной связки надколенника применение аппарата Илизарова является наиболее оправданным, поскольку обеспечивает надежную фиксацию и раннюю функцию коленного сустава.

2. Возможность дозированного перемещения надколенника в дистальном направлении и постепенное сближение концов поврежденной собственной связки позволяют применять аппаратную методику при застарелых повреждениях собственной связки.

3. Ранняя функция коленного сустава дает возможность эффективно проводить комплекс восстановительного

лечения и значительно сократить его продолжительность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каплан А. В. Повреждения костей и суставов.— М., 1979.

2. Мовшович И. А. Оперативная ортопедия.— М., 1983.

Поступила 19.06.91.

TREATMENT OF TRAUMAS OF PROPER PATELLAR FOLD USING ELIZAROV'S APPARATUS

I. O. Pankov, K. K. Nigmatullin, I. A. Valitov

Summary

The results of treatment of patients with traumas of proper patellar fold using Elizarov's apparatus have been analyzed. The full loading of limb is given from the very first days after the operation, early function of joint is noted. Remote results are marked as favourable. The rational practical recommendation for treatment of traumas of proper patellar fold is presented.

УДК 616.124.3/4—008.6

СИНДРОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ

И. П. Арлеевский

Кафедра терапии № 1 (зав.—проф. И. П. Арлеевский)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В первом выпуске журнала «Терапевтический архив» за 1941 г. была опубликована статья проф. Л. М. Рахлина «О стойком укорочении интервала Р—R (Q) электрокардиограммы» [5]. В ней автор впервые в отечественной литературе сообщил о больном, страдавшем заболеванием сердца, электрокардиографическая картина которого была описана в 1915 г. [9]. Позже это заболевание получило название синдрома Вольфа—Паркинсона—Уайта (WPW)—по имени авторов, которые по результатам анализа 11 наблюдений выделили особый клинико-электрокардиографический синдром [10]. В 1944 г. был предложен термин «синдром преждевременного возбуждения желудочков» (предвозбуждения, презкитации), который широко используется в современной литературе [8].

Следует отметить, что опубликованная статья не была первым обращением Л. М. Рахлина к данному заболеванию. Еще в 1937 г. на страницах «Казанского медицинского журнала» он сообщил о результатах наблюдения

за молодым спортсменом со стойким укорочением интервала Р—Q до 0,06 с [4]. Автор расценил это как состояние, близкое к описываемому синдрому, что соответствует современным представлениям о патогенетической общности синдромов предвозбуждения желудочков (СПЖ) и укороченного Р—Q интервала.

В экспериментах на сердце собаки Л. М. Рахлин сделал попытку воспроизвести СПЖ. Механическое раздражение зондом внутренней поверхности предсердия у нижнего края межпредсердной перегородки привело к развитию верхнеузлового ритма и укорочению интервала Р—Q с 0,11 с до 0,05—0,04 с. Это позволило сделать предположение, что по крайней мере в части случаев причиной болезни Вольфа—Паркинсона—Уайта является гетеротопия импульса. Это предположение в дальнейшем не подтвердилось, что ни в коей мере не умаляет значения публикации проф. Л. М. Рахлина, впервые познакомившего отечественных врачей с описываемым заболеванием.