

ISSN 1684-9280

Травматология ЖӘНЕ Ортопедия

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОНТРАКТУРАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Н.Б. ОРЛОВСКИЙ¹, М.Н. ОРЛОВСКИЙ²

¹Казахская государственная медицинская академия,

²Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Тізі буынының жарақаттан кейінгі контрактураларын хирургиялық емінің нәтижесі көрсетіліп, ол консервативті ем тиімсіз болғанда қолданған. Тізе буынының қызметінің бұзылу дәрежесінің негізгі себептері анықталған. Тізе буынының жазғыш аппаратының реконструктивті емінің әдісі көрсетіліп оның тиімді нәтижелерге жеткізгені көрсетілген.

The achieved results of Surgical Treatment of Post Traumatic Contracture of Knee joint after femoral fracture. Which Suggested after non progressive Conservative Treatment. Causes steps of disfunction of Knee joint is found. Methode of reconstruction estensor apparatus of Knee joint. That is helpful for achieving good results.

Контрактуры коленного сустава являются одним из наиболее частых осложнений, возникающих у больных с переломами бедренной кости. По данным литературы [1,2,3], они встречаются у 8-34 % пострадавших, требующих восстановительного лечения [4,5]. Восстановление нарушенной функции коленного сустава - одна из актуальных задач современной травматологии, так как большинство пациентов с этой патологией относится к наиболее трудоспособной и социально активной группе. В ряде случаев длительное консервативное лечение не обеспечивает эффективного восстановления функции коленного сустава. В таких случаях возникает необходимость хирургического лечения.

Нами изучены результаты лечения 21 больного со стойкими контрактурами коленного сустава, развившимися в результате предшествовавшего перелома бедренной кости. На основании анализа клинкорентгенологических, и гистологических исследований установлено, что определяющим моментом в развитии рубцово-спаечного процесса и последующего фиброзного перерождения головок четырехглавой мышцы бедра, комплекса дегенеративных изменений в хрящевой и параартикулярных тканях коленного сустава, является локализация перелома бедренной кости, а также посттравматический остеомиелит. Клинически наиболее значимым признаком, указывающим на тяжесть этих изменений, является объем движений в коленном суставе поврежденной конечности [6,7].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

По поводу посттравматических контрактур коленного сустава лечился 21 человек. Больных мужского пола было 14 (66,6 %), женского - 7 (33,4 %). Пациенты трудоспособного возраста составляли 92,1%. В зависимости от причины контрактуры больные были разделены на четыре группы. Первую группу составили больные после внесуставного перелома бедренной кости. Ко второй группе отнесли больных после внутрисуставных переломов нижней трети бедренной кости. В третью группу вошли больные после сочетанного вне- и внутрисуставных пере-

ломов бедренной кости. К четвертой группе отнесены больные после посттравматического остеомие-лита бедра.

Кроме того, в зависимости от степени нарушения функции коленного сустава больные также были разделены на три групп-пы: с легкой, средней и тяжелой степенью. Легкая степень нарушения функции коленного сустава характеризовалась сохранившимся объемом движений более 50°, средняя - от 50° до 25°, тяжелая - менее 25°. Однако у большинства больных этой группы отмечали «качательные» движения в коленном суставе.

В качестве мобилизирующей операции при контрактурах коленного сустава вначале применяли операцию Томпсона-Каплана. Она выполнена 7 больным с контрактурами коленного сустава различной степени тяжести и различного генеза. Однако у больных 2-4 групп было выявлено раннее развитие спаечного процесса в заворотах коленного сустава с рецидивом контрактур.

Для улучшения результатов оперативного лечения больных с посттравматическими контрактурами коленного сустава мы стали выполнять мобилизацию дистального отдела четырехглавой мышцы бедра, фор-мирование заворотов. Иссекали промежуточную мышцу до кости. Боковые пучки четырехглавой мышцы отсекали, производили насильственное растяжение прямой мышцы в течение 15-20 минут с последующим сгибанием коленного сустава до 70-80°. После этого боковые пучки мышц подшивали к прямой мышце при максимальном сгибании в коленном суставе. Затем производили два дугообразных разреза с наружной и внутренней сторон коленного сустава, из которых выполняли мобилизацию всех отделов полости коленного сустава. Для увеличения сгибания в коленном суставе более 90° иссекали также задне-внутреннюю и задненаружную части рубцово-измененной капсулы коленного сустава. После этого в промежутки между прямой, промежуточной и широкими мышцами, а также в области вновь сформированных заворотов и под надколенник помещали изолирующую пленку, нижние концы которой выводили через нижний угол операционной раны. Эти манипуляции обеспечивают мобилизацию прямой мышцы,

способствуют восстановлению скользящего аппарата и препятствуют рецидиву спаечного процесса в раннем послеоперационном периоде, а пленка, кроме того, служит своеобразным дренажом, препятствуя скоплению крови.

Коленный сустав иммобилизовали до заживления раны передней шиной в положении сгибания под углом 90° - 100° . После заживления раны больным назначали физиолечение, ЛФК. Пленку удаляли через 2 недели.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом оперированы 14 больных. При сравнении групп больных, оперированных по методике Каплана и по предлагаемой методике, не выявлено различий по возрасту, полу, характеру предшествовавшей травмы, а также по степени нарушения функции коленного сустава. В каждой группе преобладали больные с тяжелой степенью нарушений функции коленного сустава.

Отдаленные результаты лечения в сроки от 1 года до 10 лет прослежены у 12 (90,7 %) пациентов. Хорошим считали результат лечения при восстановлении объема движений не менее 120° (разгибание – 175 - 180° , сгибание – 55 - 60°), удовлетворительным – при объеме движений от 90 до 120° (разгибание – 165 - 170° , сгибание – 65 – 90°), неудовлетворительным при объеме движения менее 90° (разгибание – 160 - 170° , сгибание – 100 - 120°).

Наблюдения после реконструктивных операций на коленном суставе позволяют сделать вывод, что результат лечения определяется к 1,5-2 годам после операции, в дальнейшем он, как правило, сохраняется.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что при применении операции Каплана наибольшее количество неблагоприятных исходов отмечалось при наиболее тяжелых контрактурах коленного су-

става.

Результаты лечения показывают, что применение метода мобилизующей, тонизирующей операции с изолирующей прокладкой способствуют снижению неудовлетворительных исходов.

Таким образом, больные со стойкими посттравматическими контрактурами коленного сустава нуждаются в реконструктивном оперативном лечении. Объем и характер реконструкции зависит от локализации и характера перелома, а также степени патологических процессов в мягких тканях. Используемая методика мобилизующе - тонизирующей операции и изолирующей прокладки позволяет улучшить результаты лечения больных с тяжелыми посттравматическими контрактурами коленного сустава.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буачидзе О. Ш., Оноприенко Г. А., Зуби-ков В. С. Стабильный остеосинтез пластинами в лечении последствий поврежденной дистальной отдела бедренной кости // *Ортопед. травматол.* - 1986. - № 1. - С. 40-43.
2. Kengo Jamada, Noboru Shinno. // *J. Bone Joint Surg.*-1969.-Vol. 51-A.-P. 1480-1488.
3. Mucle D. S., Siddigi S. // *Injury.* - 1981. - Vol. 12. - P. 287-291.
4. Башуров З. К, Корнилов Н. В., Карпцов В. И. Повреждения и заболевания коленного сустава. - Л., 1981. - С. 51-53.
5. Шимбарецкий А. Н. Оперативное лечение посттравматических разгибательных контрактур коленного сустава // *Ортопед. травматол.* - 1986. - № 4. - С. 8-11.
6. Крупко И. Л. Контрактуры и тугоподвижности суставов после огнестрельных ранений конечностей. - Л.: Медгиз, 1946.
7. Mize R. D. et al. // *J. Bone Joint Surg.* - 1982. - Vol. 66-A. -P. 871-879.