

Feb;466(2):459-65.

5. Fuchs B, Valenzuela RG, Inwards C, Sim FH, Rock MG. Complications in long-term survivors of Ewing sarcoma. Cancer. 2003 Dec 15; 98(12):2687-92.

6. Grimer RJ, Belthur M, Carter SR, Tillman RM, Cool P. Extendible replacements of the proximal tibia for bone tumours. J Bone Joint Surg Br. 2000 Mar; 82(2):255-60.

7. Malawer MM, Chou LB. Prosthetic survival and clinical results with use of large-segment replacements in the treatment of high-grade bone sarcomas. J Bone Joint Surg Am. 1995 Aug; 77(8):1154-65.

8. Muscolo DL, Ayerza MA, Aponte-Tinao LA. Survivorship and radiographic analysis of knee osteoarticular allografts. Clin Orthop Relat Res. 2000 Apr; (373):73-9.

9. Ogilvie CM, Crawford EA, Hosalkar HS, King JJ, Lackman RD. Long-term results for limb salvage with osteoarticular allograft reconstruction. Clin Orthop Relat Res. 2009 Oct; 467(10):2685-90.

10. Rödl RW, Pohlmann U, Gosheger G, Lindner NJ, Winkelmann W. Rotationplasty--quality of life after 10 years in 22 patients. Acta Orthop Scand. 2002 Jan; 73(1):85-8.

11. Sawamura C, Hornicek FJ, Gebhardt MC. Complications and risk factors for failure of rotationplasty: review of 25 patients. Clin Orthop Relat Res. 2008 Jun; 466(6):1302-8.

12. Shehadeh A, Noveau J, Malawer M, Henshaw R. Late complications and survival of endoprosthetic reconstruction after resection of bone tumors. Clin Orthop Relat Res. 2010 Nov; 468(11):2885-95.

13. Wunder JS, Leitch K, Griffin AM, Davis AM, Bell RS. Comparison of two methods of reconstruction for primary malignant tumors at the knee: a sequential cohort study. J Surg Oncol. 2001 Jun; 77(2):89-99

ИНТЕРПОЗИЦИОННАЯ АРТРОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА ПЕРВОГО ЗАПЯСТНО- ПЯСТНОГО СУСТАВА КИСТИ

Михалкевич Д.И., Герасименко М.А., Беспальчук А.П.

УЗ «6-я городская клиническая больница Минска», Беларусь
УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Частота встречаемости деформирующего артроза первого запястно-пястного сустава, по данным различных авторов, составляет до 5% случаев среди всех заболеваний кисти. В 90% случаев ризартрозом страдают женщины в возрасте старше 40-45 лет, а также пациенты у которых имели место вывихи и перелома-вывихи первой пястной кости, а также нестабильность связочного аппарата седловидного (первого запястно-пястного) сустава. В большинстве случаев пациентам с ризартрозом помочь консервативными методами лечения можно только на ранней стадии заболевания. Однако, высокая функциональная активность этого сочленения является предпосылкой к прогрессированию заболевания, в результате чего эффективным оказывается лишь хирургический подход.

Удаление кости-трапеции впервые было предложено Gervis в 1949 году. Выполнение данной операции получило широкое распространение при лечении

ризартроза на протяжении нескольких последующих десятков лет. Многие хирурги отмечали положительный эффект от проведенных таким образом хирургических вмешательств в раннем послеоперационном периоде, связанный с купированием болевого синдрома [1]. Но, данная методика имела свои недостатки, обусловленные уменьшением функциональной активности кисти, вследствие неизбежного укорочения первого луча. Также ее применение, в большинстве наблюдений, приводило к возникновению подвывиха в сформированном псевдосуставе между основанием I пястной кости и ладьевидной костью. Кроме этого, в отдаленной перспективе, в ряде случаев, развивался остеоартрит сформированного псевдосустава, сопровождающийся стойким болевым синдромом [2].

На сегодняшний день наиболее эффективной методикой хирургического лечения артроза I запястно-пястного сустава является трапециэктомия, дополненная интерпозиционной артропластикой. Основной целью выполнения сухожильной интерпозиции является сведению к минимуму укорочения I луча кисти после резекции кости-трапеции, а также ликвидация конфликта между трапещией и ладьевидной костями. В качестве сухожильных трансплантатов используют различные сухожилия, такие как лучевой сгибатель кисти, длинный лучевой разгибатель кисти, сухожилие длинной отводящей первый палец и сухожилие длинной ладонной мышц.

В 2015 году в Республиканском центре хирургии кисти было выполнено 13 хирургических вмешательств пациентам с деформирующим артрозом трапециопястного сустава 8 женщинам и 5 мужчинам, средний возраст которых составил 46 лет. При этом II стадия заболевания была диагностирована у 2-х пациентов, III стадия – в 7 случаях, IV стадия (фрагментация кости трапеции) – в 4-х наблюдениях. Все пациенты в предоперационном периоде на амбулаторном этапе получали консервативное лечение (прием НПВС, физиотерапевтическое лечение, некоторым пациентам выполнялись внутрисуставные и параартикулярные блокады с глюкокортикостероидами), которое было неэффективным.

Во всех случаях мы произвели тотальную резекцию кости трапеции. Затем стабилизировали первую пястную кость порцией сухожилия длинной отводящей мышцы I пальца, неоднократно обвитой вокруг сухожилия лучевого сгибателя кисти. Дополнительно внедряли между основанием I пястной кости и ладьевидной костью сухожилие длинной ладонной мышцы, скрученной в ролл.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с артрозом первого запястно-пястного сустава, с применением выполненной нами интерпозиционной артропластики, свидетельствует о целесообразности тотального удаления трапециевидной кости, с последующей стабилизацией основания первой пястной кости порцией длинной отводящей мышцы, дополненной интерпозиционной лигаментопластикой. В 12 случаях удалось достичь хороших и отличных результатов лечения. В послеоперационном периоде пациенты не отмечали болевого синдрома, амплитуда движений первого луча кисти была восстановлена в полном объеме. В то время, как у

одной пациентки был получен удовлетворительный результат, в связи с допущением нами интраоперационной ошибки, связанной с оставлением небольших кортикальных фрагментов кости трапеции. Это было связано с техническими сложностями при удалении кости трапеции, что в последующем нами было учтено. Так, во время выполнения данного этапа операции мы сперва остеотомировали кость-трапецию в поперечном направлении, что позволило без затруднения удалять ее целиком.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mathoulin C, Moreel P, Costa R, Wilson SM / Journal of Hand Surgery – 2008 – Vol. 33. – P. 292.
2. Belcher HJ, Nicholl JE / A comparison of trapeziectomy with and without ligament reconstruction and tendon interposition / Journal of Hand Surgery – 2000 – Vol. 25. – P. 350-356.

ПРОКСИМАЛЬНАЯ ЛАТЕРАЛЬНАЯ ВАРИЗИРУЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

*Михович М.С., Гавриленко М.Н., Глазкин Л.С., Романенко С.А.,
Брецкий К.С.*

УЗ «Могилевская областная детская больница», Беларусь

Введение. Остеотомии проксимального отдела бедренной кости играют важную роль в коррекции нарушений развития тазобедренного сустава у детей. В большинстве случаев используется варизирующая остеотомия при развивающихся дисплазиях тазобедренного сустава, болезни Пертеса, ДЦП и др. Существует несколько способов выполнения варизации шейки бедренной кости (1, 3). Основным из них является остеотомия ее в межвертельной или подвертельной области с удалением клиновидного сегмента основанием по медиальной поверхности бедра (opening wedge varus osteotomy). Удаление костного клина по внутренней поверхности бедра с уменьшением шеечно-диафизарного угла (ШДУ) приводит к укорочению бедренной кости, которое может достигать 3 и более сантиметров (5). Это также вызывает ослабление функции отводящих мышц и проявляется хромотой, перекосом таза, сколиозом поясничного отдела позвоночника. Несколько реже используется латеральная варизирующая остеотомия бедра (closing wedge varus osteotomy). Укорочение бедренной кости при этом способе операции значительно меньше и соответственно отрицательные эффекты укорочения незначительные (5). Однако, по мнению Richard F. Santore (4) при латеральной варизирующей остеотомии требуется более длительное время для сращения. Это связано с наличием клиновидного костного дефекта по наружной поверхности бедренной кости в области остеотомии после коррекции ШДУ (Рис. 1).