

ва) в возрасте от 4 до 8 лет. Средний срок лечения составил 11–12 мес, тогда как при применении общепринятой методики он равняется 2–4 годам. Наблюдение за пациентами проводилось в течение 3–5 лет после операции. Через 1,5–2 года имплантаты не определялись современными методами исследования. Нагноений не отмечалось. Хороший анатомо-функциональный результат получен у 26 больных, удовлетворительный — у 9 (рис. 4). Неудовлетворительных исходов не было.

Таким образом, применение малотравматичных хирургических вмешательств с использованием разработанных и усовершенствованных биосовместимых композиционных имплантатов разных видов и форм позволило в 1,5–2 раза сократить сроки лечения за счет стимуляции репаративного остеогенеза и добиться хороших и отличных анатомо-функциональных результатов в 89% случаев. Невысокая стоимость изготовления разработанных материалов, отсутствие риска занесения вирусных и бактериальных агентов (не исключенного при аллотрансплантации) выгодно отличают синтетические биоимплантаты и позволяют шире использовать их в клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельх С.И., Мощенский А.Д., Фирсова Е.В. //Материалы 3-го науч. симпозиума по полимерам медицинского назначения. — Белгород-Днестровский, 1977. — С. 5–10.
2. Волков М.В., Бизер В.А. Гомотрансплантация костной ткани у детей. — М., 1969.
3. Кройтор Г.М. Использование фиксаторов из композиционных материалов для остеосинтеза при переломах длинных трубчатых костей: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1990.
4. Лаврищева Г.И. Репаративная регенерация кости в различных условиях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1969.
5. Малахов О.А., Стужина В.Т., Куцевол А.Г. //Науч.-практ. конф. детских травматологов-ортопедов Москвы, 23-я: Материалы. — М., 2000. — С. 3–6.
6. Омельяненко Н.П., Карпов И.Н., Матвейчук И.В., Дорохин А.И. //Вестн. травматол. ортопед. — 2001. — N 1. — С. 53–56.
7. Поляков В.А., Чемянов Г.Г. Искусственная синтетическая костная ткань. — М., 1996.
8. Пронцкявичус С.В., Петрулис А.Ю. //Сб. трудов ВНИИИМТ. — М., 1987. — N 4. — С. 73–79.
9. Савельев В.И., Сивков С.Н. //Ортопед. травматол. — 1986. — N 8. — С. 22–25.
10. Филиппов Ю.И. Клинико-рентгенологические, гематологические и некоторые биохимические показатели при интрамедуллярном остеосинтезе полимерными штифтами трубчатых костей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1982.
11. Gendler E. //J. Biomed. Mat. Res. — 1986. — Vol. 20, N 6. — P. 687–696.
12. Urist M.R. et al. //Clin. Orthop. — 1970. — N 68. — P. 279–283.

КОРОТКИЕ СООБЩЕНИЯ

© Коллектив авторов, 2003

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ У БОЛЬНОЙ НЕЙРОФИБРОМАТОЗОМ

А.А. Афаунов, А.И. Афаунов, Ю.Д. Ахтем, А.В. Мишагин

Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар



Патология скелета как проявление нейрофиброматоза I типа встречается сравнительно редко — у 15–20% больных, при этом каждый случай нейрофиброматоза «носит на себе печать индивидуальной неповторимости» [1, 2]. Среди указаний на вовлечение в деструктивный процесс костных структур мы не встретили описания патологического перелома вертлужной впадины и методов восстановления опороспособности таза и бедра при таком заболевании.

Считаем целесообразным привести собственное наблюдение и поделиться опытом применения разработанного в нашей клинике и успешно используемого с 1994 г. метода двухэтапного устранения вывиха бедра и восстановления формы вертлужной впадины (пат. 2134080 РФ с приоритетом от 09.09.99).

Больная Р., 31 года, поступила в клинику 03.09.99 с жалобами на невозможность опоры на левую ногу из-за боли в тазобедренном суставе. Выяснено, что пациентка с детства страдает нейрофиброматозом. До 23 лет трижды оперирована по поводу множественных нейрофиброматозных узлов в левой половине передней брюшной стенки и мягких тканях левого бедра. В возрасте 25 лет вышла замуж, в срок родила нормального ребенка. Работала. 01.06.99 внезапно почувствовала острую боль в области левого тазобедренного сустава, возникшую без видимых причин, упала. По месту жительства был диагностирован вывих бедра. Попытки закрытого вправления головки бедра оказались безуспешными: неустойчивость сохранилась, вывих рецидивировал. От операции по месту жительства больная воздержалась. Через 3 мес при поступлении в нашу клинику рентгенологически диагностирован перелом заднего края вертлужной впадины и подвздошный вывих головки левого бедра. Перелом вертлужной впадины расценен как патологический в связи с дисплазией всей левой половины таза (см. рисунок, а).



Рентгенограммы больной Р. 31 года.

а — до начала лечения: патологический вывих бедра; б — на этапе дистракционного низведения бедра; в — после открытого вправления головки бедра с аутоостеопластикой задневерхнего края впадины; з — через 2 года.

09.09.99 выполнен первый этап операции — наложение анкерно-спицевого аппарата внешней фиксации «таз—бедро» (см. рисунок, б). Через 15 дней бедро было низведено до уровня вертлужной впадины. В этом положении внешняя фиксация продолжалась в течение 30 дней — до полной адаптации мышц бедра и околоуставных мягких тканей. 11.11.99 произведены открытое вправление головки бедра и аутопластика задневерхнего края вертлужной впадины трансплантатами, взятыми из крыла левой подвздошной кости (см. рисунок, в). Фиксация в аппарате продолжалась еще 5 нед. Операционная рана зажила первичным натяжением. Больная передвигалась при помощи костылей. Через 3 мес начала приступать на левую ногу. При обследовании через 2 года: пациентка ходит с опорой на трость, на рентгенограмме: форма вертлужной впадины и костные структуры сустава полностью восстановились (см. рисунок, г). От работы, требующей физической нагрузки, воздерживается.

Приобрела новую профессию, не связанную с длительным хождением и подъемом тяжести. Наблюдение продолжается.

Приведенное клиническое наблюдение позволяет сделать вывод, что метод двухэтапного лечения застарелых переломов вертлужной впадины может успешно применяться и при патологических переломах (нейрофиброматоз) с вывихом головки бедренной кости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мерк, Шарп, Доум. Руководство по медицине. — М., 1997. — Т. 1. — С. 1041–1042.
2. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. — М., 1964. — Т. 2. — С. 380–384.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

© Коллектив авторов, 2003

КОМПЛЕКСНЫЙ РЕГИОНАРНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ КОНЕЧНОСТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ)

А.И. Крупаткин, М.А. Берглезов, В.А. Колосов

Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова, Москва

Комплексный регионарный болевой синдром (КРБС) конечностей представляет собой сочетание хронической боли, локальных вегетативных расстройств, трофических изменений тканей конечности и нарушений ее двигательной функции. Неудовлетворительные исходы лечения пациентов с КРБС во многом объясняются непониманием фундаментальных основ происходящих расстройств, что, в свою очередь, связано с междисциплинарным характером и сложностью обсуждаемой проблемы. Представляемая работа имеет целью в какой-то мере восполнить этот пробел.

История изучения КРБС насчитывает почти 150 лет. Первыми каузалгический синдром после частично поврежденного нерва описали Н.И. Пирогов в 1855 г. и американские хирурги S. Mitchell, G. Morehouse, W. Keen в 1864 г. Аналогичный дистрофический син-

дром без повреждения нервов был описан немецким врачом Р.Н.М. Sudeck в 1900 г. Термин «комплексный регионарный болевой синдром» (complex regional pain syndrome — CRPS) был предложен в 1996 г. Международной номенклатурной группой по боли взамен использовавшихся ранее терминов «посттравматическая дистрофия руки», «синдром Зудека», «рефлекторная симпатическая дистрофия» (РСД), «каузалгия», «аллонейродистрофия», «синдром плечо—кисть» и др. [26]. Различают КРБС I типа, развивающийся чаще в результате травм без сопутствующего повреждения нервного ствола (соответствует термину «рефлекторная симпатическая дистрофия»); КРБС II типа, развивающийся на фоне сопутствующего повреждения периферической нервной системы, подтвержденного с помощью электронейромиографии (соответствует терми-

