УДК 616.718.5/6
Б18

Авторы:

Баиндурашвили Алексей Георгиевич — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, директор НИДОИ им. Г. И. Турнера;

Каримова Ляля Фазыловна — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения патологии стопы и системных заболеваний, хирург высшей категории

Рецензенты:

М. П. Конюхов — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник НИДОИ им. Г. И. Турнера, заслуженный врач РФ;
В. А. Неверов — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии СПб МАПО, заслуженный врач РФ

Редакционный совет:

С. В. Виссарионов — доктор медицинских наук, доцент;
А. В. Овечкина — кандидат медицинских наук, доцент

Баиндурашвили А. Г., Каримова Л. Ф.

Б18 Врожденные пороки развития костей голени у детей : монография / А. Г. Баиндурашвили, Л. Ф. Каримова. — СПб. : СпецЛит, 2012. — 207 с. — ISBN 978-5-299-00485-4

В монографии излагаются результаты многолетних исследований, проведенных в научно-исследовательском детском ортопедическом институте им. Г. И. Турнера. Рассматриваются вопросы клиники, диагностики и лечения врожденных пороков развития костей голени у детей в возрасте от 3 мес. до 15 лет и старше. Описываются новые методики операций, основанные на сберегательной тактике, адекватные различным вариантам порока, позволяющие восстановить форму и функции конечности, тех разновидностей порока развития костей голени, которые до настоящего времени считались неоперабельными и подлежали только ампутации.

Монография предназначена для ортопедов, травматологов и хирургов.

УДК 616.718.5/6

ISBN 978-5-299-00485-4

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2011
© Баиндурашвили А. Г., Каримова Л. Ф., 2011

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение 5

Глава 1. Краткие исторические сведения о пороках развития костей голени 7

Краткие сведения об оперативном лечении порока развития малоберцовой кости 14

Краткие сведения об оперативном лечении порока развития большеберцовой кости 17

Глава 2. Клинико-рентгенологическая характеристика больных с пороком развития костей голени 19

Клинико-рентгенологическая характеристика больных с пороком развития малоберцовой кости 19

Клинико-рентгенологическая характеристика больных с пороком развития большеберцовой кости 30

Глава 3. Оперативное лечение детей с пороками развития малоберцовой кости 47

Оперативное лечение порока развития малоберцовой кости у детей младшего возраста 50

Оперативное лечение порока развития малоберцовой кости у детей старше трехлетнего возраста 60

Выравнивание длины нижней конечности 64

Удлинение голени при частичной кортикотомии диафиза и последующей закрытой торсионной остеоклазии большеберцовой кости (по: Г. А. Илизаров) 65

Удлинение голени методом дистракционного эпифизеолиза 77

Глава 4. Оперативное лечение детей с пороками развития большеберцовой кости 89

Лечение детей с гипоплазией большеберцовой кости 90

Оперативное лечение детей с гипоплазией большеберцовой кости в сочетании с искривлением костей голени, с отсутствием вилки голеностопного сустава 91

Оперативное лечение детей с гипоплазией большеберцовой кости в сочетании с подколенным птеригиумом 93

Оперативное лечение детей с гипоплазией большеберцовой кости в сочетании с искривлением ее в сагиттальной плоскости, резко выраженной эквино-варусной деформацией стопы 95

Оперативное лечение детей с врожденным отсутствием большеберцовой кости 95

Оперативное лечение детей с врожденным отсутствием дистального и среднего отделов большеберцовой кости 105
Оперативное лечение детей с врожденным полным отсутствием костей голени 113
Глава 5. Некоторые патофизиологические, биомеханические, патоморфологические исследования и их результаты . . 115
Электрофизиологические исследования 115
Реовазографические исследования 128
Реографические показатели кровообращения голени у детей с пороком развития малоберцовой кости 131
Реографические показатели кровообращения голени при пороке развития большеберцовой кости 132
Влияние оперативного лечения на кровообращение голени при пороках развития малоберцовой кости 133
Влияние дистракционного метода лечения на состояние кровообращения голени у детей при пороках развития малоберцовой кости 135
Влияние оперативного лечения на кровообращение голени при пороке развития большеберцовой кости 136
Влияние дистракции на состояние кровообращения голени при пороках развития большеберцовой кости 137
Показатели статики и кинематики у детей с врожденным пороком развития костей голени 138
Патоморфологические исследования 145
Порок развития малоберцовой кости 147
Порок развития большеберцовой кости 157
Гистологическое исследование 166
Глава 6. Отдаленные результаты оперативного лечения 172
Отдаленные результаты оперативного лечения детей с пороком развития малоберцовой кости 172
Отдаленные результаты оперативного лечения детей с пороками развития большеберцовой кости 180
Ошибки и осложнения 185
Заключение 186
Литература 200

ВВЕДЕНИЕ

Частота врожденных пороков развития нижних конечностей, по данным различных авторов, находится в пределах от 1,7 до 12,5 % (Штурм В. А., 1960; Волков М. В., 1972; Меженина Е. П., 1974). По материалам института им. Г. И. Турнера, пороки развития костей голени составляют 1,5 % всех ортопедических заболеваний (Каримова Л. Ф., 1972). Врожденные пороки развития костей голени многообразны по степени поражения, форме и локализации. При такой тяжелой патологии нижние конечности в большинстве случаев не опороспособны, следствием этого является тяжелая инвалидность детей. Поэтому лечение детей с пороками развития костей голени представляет собой весьма сложную и малоразработанную проблему, причем не только медицинскую, но и социальную.

Литературные сведения о выборе методов лечения данной патологии крайне разноречивы.

При пороке развития малоберцовой кости одни авторы (Капитанаки А. Л., 1968; Arnold W. D., 1959; Campbell's T., 1963; Sulamaa M., Ryoppy S., 1963; Бойчев Б., 1968; Дедова В. Д. [и др.], 1981) рекомендуют различные методы оперативного лечения в раннем возрасте, другие авторы (Хотимская В. М., 1966; Бойчев Б. [и др.] 1968) предлагают детям старшего возраста производить операции, артродезирующие голеностопный и даже коленный суставы.

Г. А. Илизаров [и др.] (1976) предложил оперативное удлинение конечности и метод дистракционного эпифизеолиза.

В. И. Шевцов, В. Д. Макушин, А. М. Аранович, О. К. Чегуров (1998) взрослым и детям старшего возраста применяют реконструктивные операции с использованием аппарата Г. А. Илизарова.

При пороке развития большеберцовой кости в случае полного отсутствия или дефекта ее дистального конца Л. В. Прокопова (1974); V. Putti (1922); M. Sulamaa, S. Ryoppy, G. Chapchal (1971); K. Karchinow (1973) и другие предлагают различные реконструктивные операции. Наконец, Ю. П. Гуров (1961), D. S. McKenzie (1957), K. A. Matzen, W. Kusswetter, F. Baumann (1976) считают целесообразным лишь ограничиться протезным изделием.

Ряд авторов являются сторонниками ампутации пораженного сегмента конечности независимо от возраста больных и локализации порока (Талышинский А. А., 1952; Польнер И. Ф., 1965; Зул-