

Оглавление

Введение.....	3
I. АН костей скелета у детей и взрослых	
I.1. Наименование.....	5
I.2. Локализация и частота АН (ОХП).....	7
I.3. Пол и возраст.....	11
I.4. Причины и механизмы возникновения АН у детей и взрослых.....	13
I.4.1. Роль экспериментов в выяснении причин и механизмов развития АН....	26
I.5. Особенности клинического течения АН.....	28
I.6. Роль рентгенологического обследования, КТ и МР - томографии и других специальных методов.....	28
I.7. Продолжительность заболевания асептическим некрозом.....	33
I.8. Патоанатомия АН.....	35
I.9. Основные принципы и методы лечения АН.	
I.9.1. Консервативная терапия.....	37
I.9.2. Оперативное лечение АН.....	39
I.10. Особенности отдельных форм АН и их лечения.....	45
Заключение.....	98
Список сокращений	99
Список литературы.....	100

Если у взрослых при выполнении работ или физических упражнений локтевого отростка постоянно травмирует межмышечковую перегородку плеча, то ней может возникнуть патологическая перестройка кости и вслед за ней АН (рис. 21) локтевом суставе появляются боли, движения ограничиваются, а при выпадении из фрагментов АН и блокада сустава (рис. 22), ведущая в дальнейшем к деформирующему артрозу.

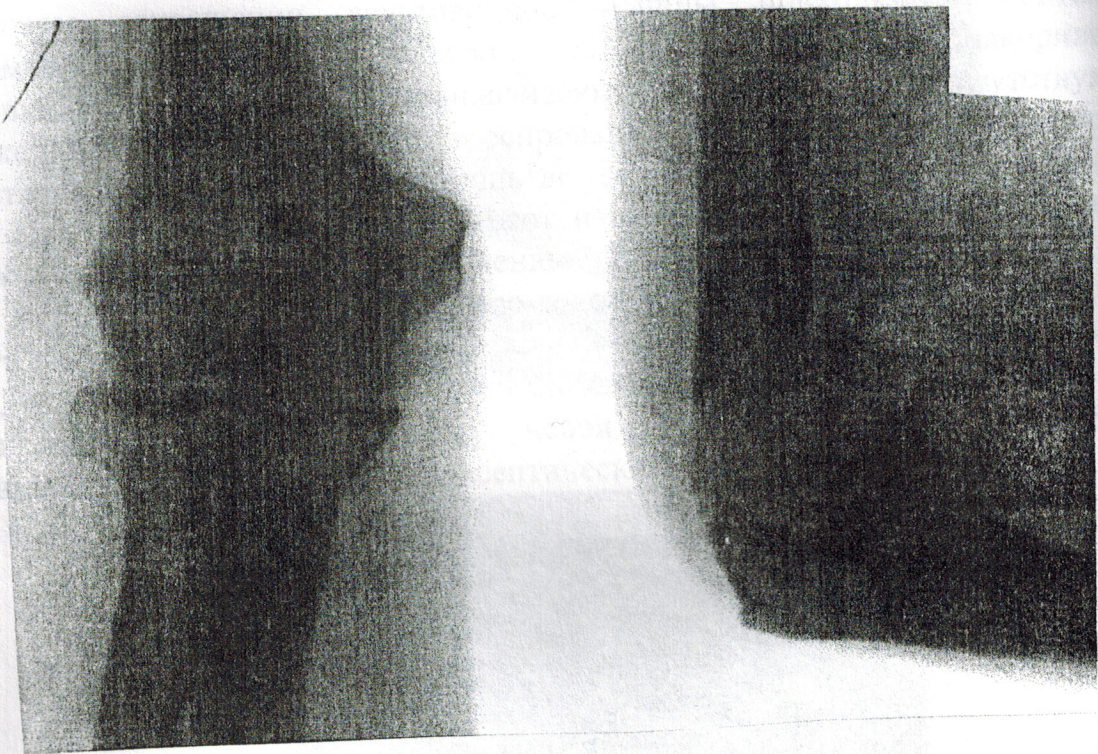


Рис. 22 Фоторентгенограммы б-ного Н., 37 лет, в 2^х проекциях один из фрагментов располагается в переднем отделе сустава.

Удаление участков АН исключает микродвижения их, исчезают боли и движения восстанавливаются.

У б-ного Е. 39 лет, был в прошлом многоскольчатый перелом головки лучевой кости, полученный при катании на лыжах. После 3^х недельной иммобилизации прошел курс ф/терапии и леч. гимнастики, но функция в суставе не восстановилась. При повторном обследовании оказалось, что два из 4^х отломков подвергаются асептическому некрозу, и они смещены. Все отломки были удалены, но в дальнейшем в локтевом суставе возникла нестабильность и в н/з предплечья развился вторичный неврит тыльной веточки лучевого нерва. Б-ной не мог работать в условиях конвейерного производства, и он обратился повторно к врачам. Нами была предложена операция эндопротезирования головки лучевой кости. Используя систему индивидуального экспресс-эндопротезирования [18], была до слепку отлита головка лучевой кости строго индивидуально (рис. 23) и имплантирована в дефект (рис. 24). Боли исчезли, движения быстро восстановились.

Б-ной закончил ин-т, создал семью, прошло более 20 лет.

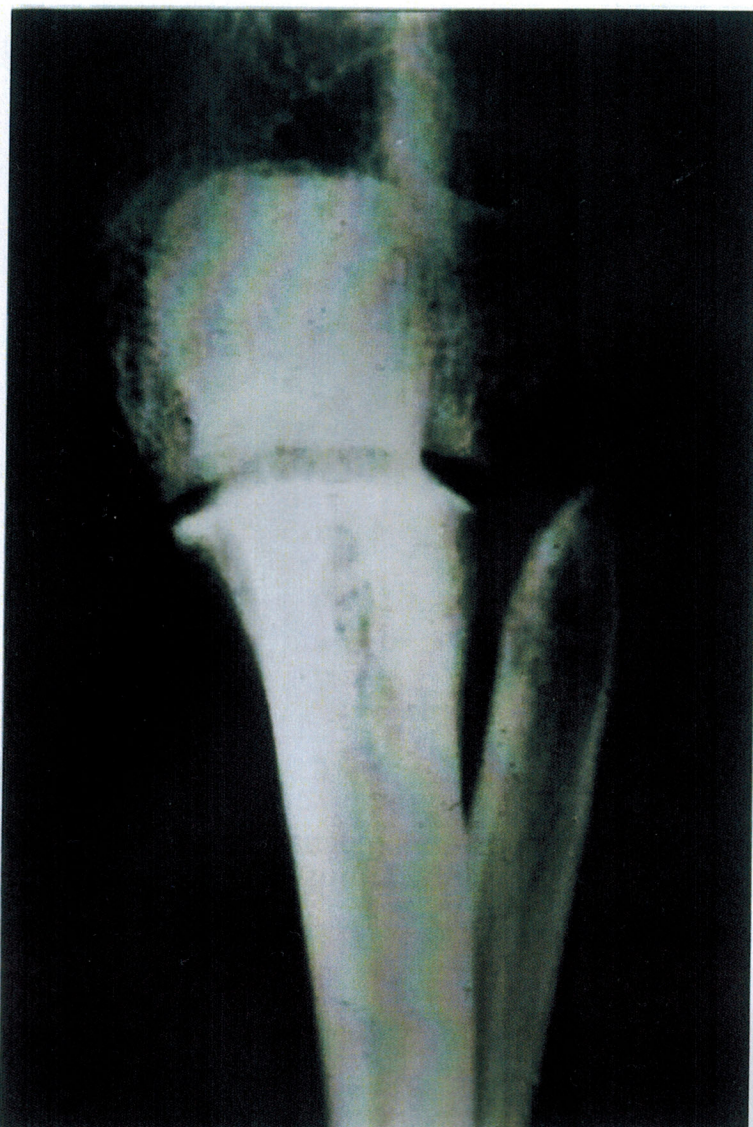
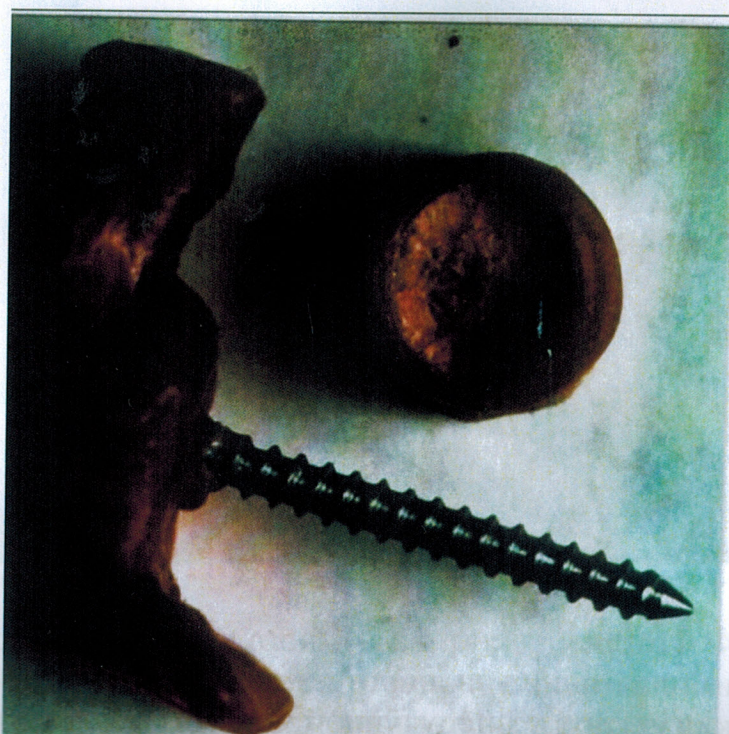
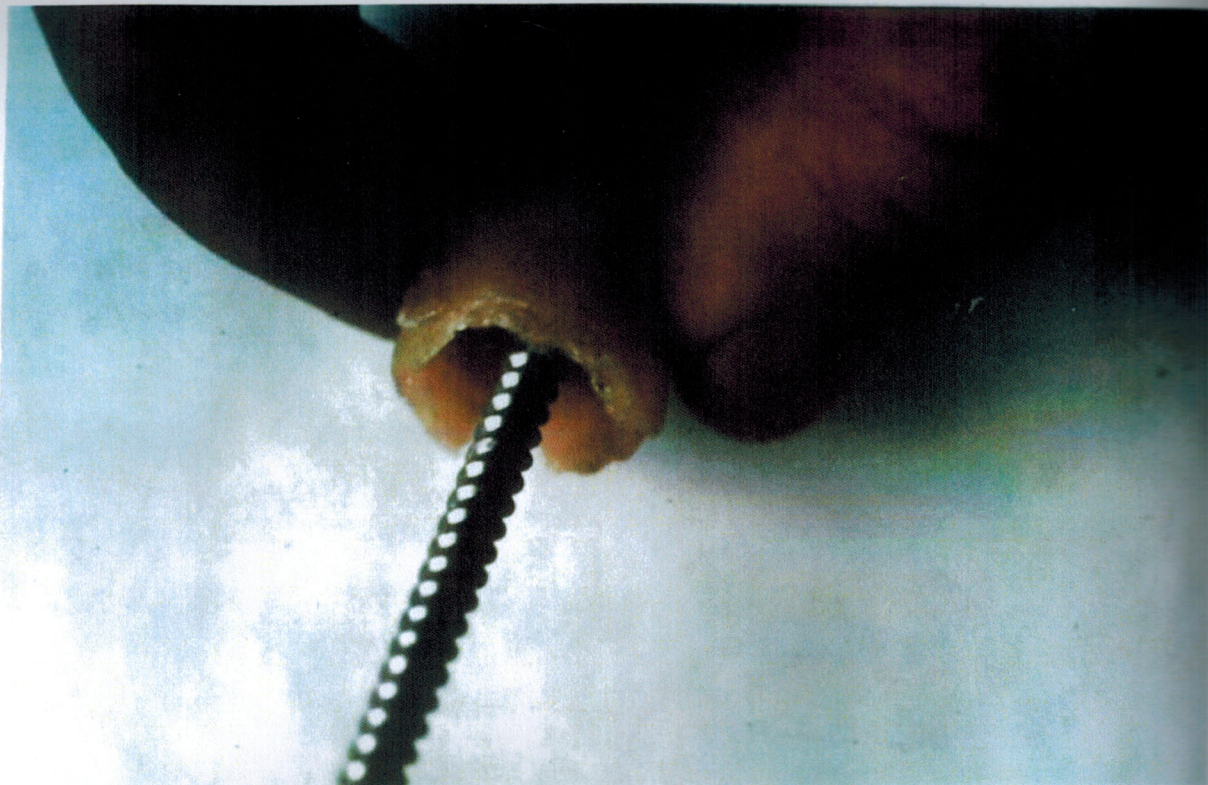


Рис. 23-Фоторентгенограмма б-ного Е. (до операции)



а)



Этапы создания индивидуально подогнанного эндопротеза головки лучевой кости б-ному Е.

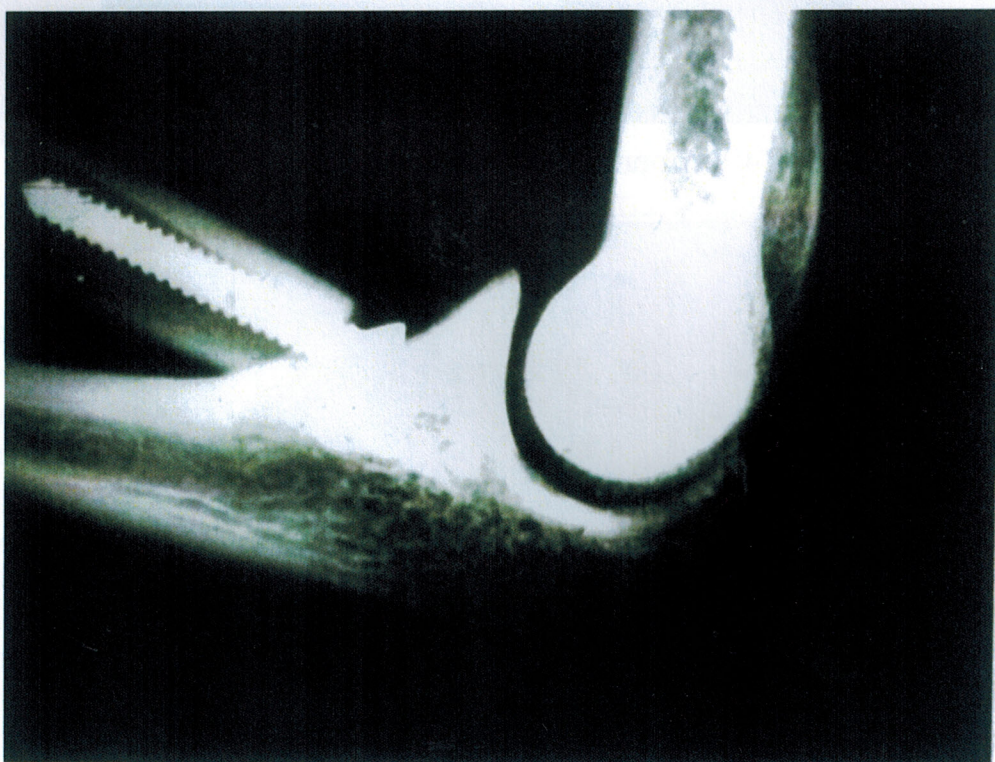


Рис. 24. Фоторентгенограмма б-ного Е. в боковой проекции после имплантации эндопротеза головки лучевой кости
При асептических некрозах полулунной кости костей запястья

трудоспособность снижается на 60-90 %, а только лишь удаление её существенно сказывается на функции кисти. На рис. 25 можно познакомиться с типичными изменениями при АН полулунной кости (болезнью Кинбека).

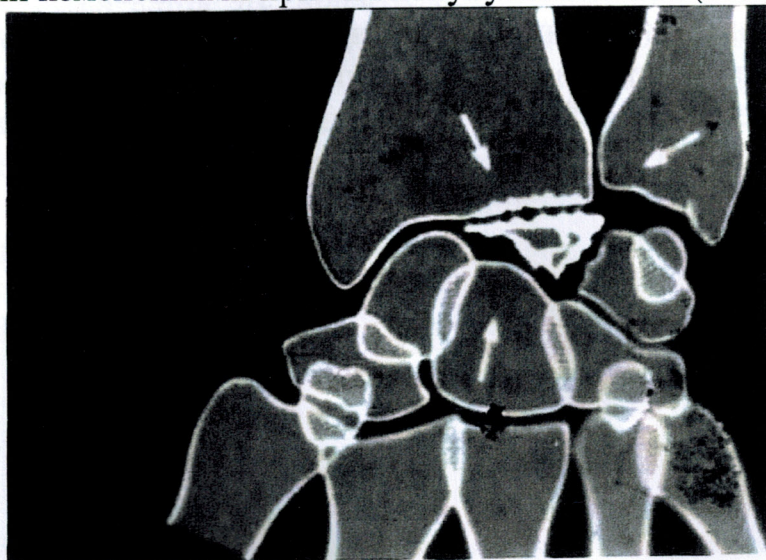


Рис. 25. Болезнь Кинбека АН полулунной кости

Отсюда понятна необходимость реконструктивных операций, среди которых получили известность вмешательства по Беку, Кончини, Шнайдеру, Матти и др. Разрабатываются новые способы оперативного лечения, например, транспозиция гороховидной кости, используются в пластических целях проходящие рядом сухожилия, вновь уделяется внимание операциям артрореза костей запястья, что связано с несовсем удачными операциями с использованием искусственных костей запястья из силастика. Быстрый износ их, частые подвывихи, а вслед за ними и прогрессирование артроза, объясняют важность дальнейшего поиска. На рис. 26 представлена схема операции Гарнера (остеотомия головчатой кости и низведение её на место полулунной)

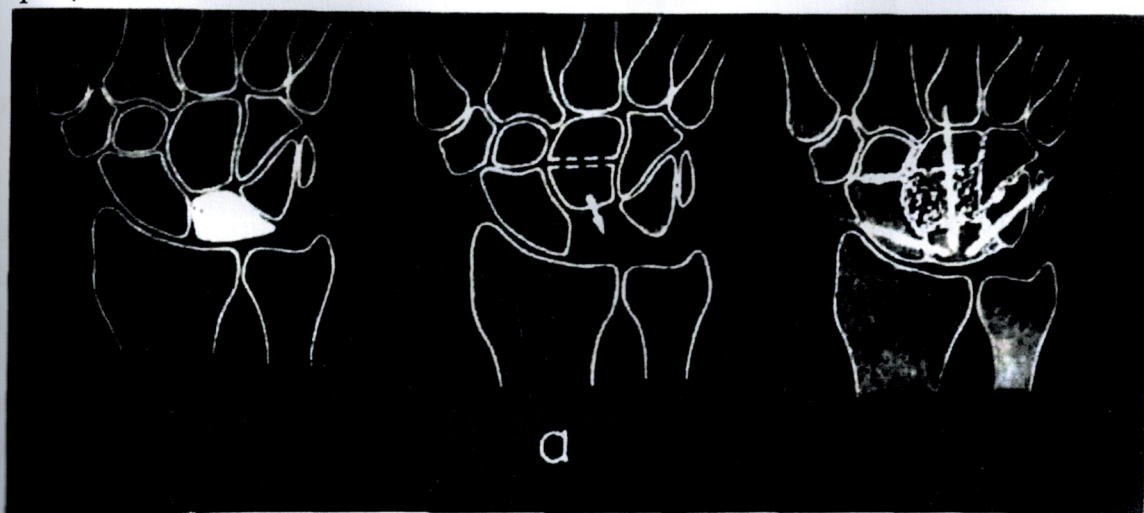


Рис.26 Схема операции Гарнера

Это тем более важно, если учитывать, что повреждения костей запястья не так уж редки. От металлов, ПММА, тефлона и др. материалов пришлось со временем отказаться из-за неизменно возникающего ДА кистевого сустава. От использования протезов из силикона то же пришлось отказаться. На ближайших сроках были получены обнадеживающие результаты, но на отдалённых сроках нередко встречались подвывихи протезов, прогрессировал артроз, возникали боли. К тому же при имплантации протеза из силикона в соседних костях запястья было необходимо делать каналы для более плотного удержания, что нарушало дополнительно кровоснабжение соседних костей (рис. 27).

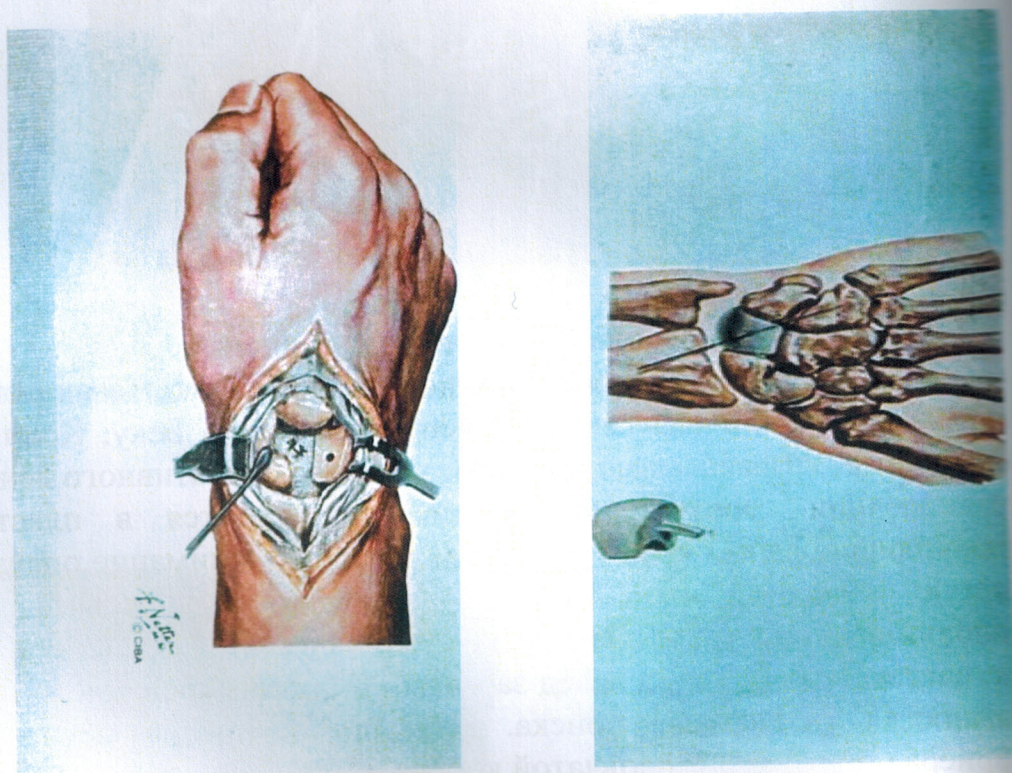


Рис. 27. Схематически представлена имплантация протеза из силастика [76].

С нашей точки зрения, для создания костей запястья наиболее подходящим материалом является полиуретан СКУ-ПФЛ, который прочнее силикона и более стоек к истиранию и воздействию тканевых ферментов [18]. Индивидуально подогнанные протезы из него ложились в дефект как литые и не требовали дополнительной фиксации. Сопутствующие АН кисты заполнялись тем же эластомером с использованием специального шприца и иглы.

Всё вышесказанное хотелось бы подтвердить примерами.