

УДК 617.58—007.21—053.2:616.988.23

С. Г. КАРАПЕТЯН, С. С. МУРАДЯН, Ю. В. ЗАКАРЯН

СТАБИЛИЗАЦИЯ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ ВСЕХ ГРУПП НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ И ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ПОЛИОМИЕЛИТА

Тяжелым последствием полиомиелита является тотальный паралич всех групп мышц нижней конечности и ягодичной области. В данной статье обобщены результаты лечебной работы и даны отдаленные результаты операций у больных с тотальным параличом нижних конечностей.

Эпидемия полиомиелита, имевшая место у нас в стране в 1950 г., оставила тяжелые последствия: тысячи детей-инвалидов с параличами верхних и нижних конечностей, с деформациями, контрактурами и разболтанностью суставов, искривлением позвоночника нуждались в специализированном ортопедическом лечении [1].

Н. Н. Приоров [6] писал, что среди детей, обратившихся в поликлиники, 32% составили дети с последствиями полиомиелита и лишь 24% с врожденными заболеваниями. Таким образом, полиомиелит занимал первое место среди всех других заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей. У детей в возрасте 11—14 лет последствия полиомиелита составили 44,9%. М. Н. Гончарова [3] считает полиомиелит главной причиной инвалидности в детском возрасте вследствие развивающихся параличей и деформаций опорно-двигательного аппарата.

Проведение массовой вакцинации всего детского населения нашей страны живой ослабленной вакциной по Себину резко сократило заболеваемость полиомиелитом, однако отдельные вспышки этого заболевания все же имеют место [2].

Несмотря на то, что органами здравоохранения, институтами ортопедии и травматологии нашей страны проделана огромная работа по профилактике и лечению больных с последствиями этой тяжелой болезни, в настоящее время проблема лечения тяжелых форм полиомиелита не утратила своей актуальности. В восстановительном лечении нуждаются тысячи больных с последствиями полиомиелита с наиболее тяжелыми поражениями мышц и грубыми деформациями костей и суставов [4, 7].

Среди больных с остаточными явлениями полиомиелита, у которых поражены нижние конечности, наибольшие трудности для лечения представляют больные с глубокими множественными парезами и параличами мышц нижних конечностей, а также больные с тотальными параличами всех групп мышц нижней конечности и ягодичной области [5].

Под нашим наблюдением с 1973 по 1975 г. находились 27 больных с параличом всех групп мышц нижней конечности, из них 8 больных с тотальным параличом всех групп мышц нижней конечности и ягодичной области. Задача состояла в том, чтобы освободить больных с тяжелыми поражениями мышц от ортопедических аппаратов и костылей с полным сохранением подвижности в коленном и тазобедренном суставах. Лечение этой группы больных мы проводили по методике, разработанной в ЦИТО в 1963 г., в основе которой лежит биомеханически обоснованное создание пассивно-активной устойчивости тотально парализованной нижней конечности. Цель первого этапа лечения—получить пассивно устойчивую конечность, стабильную без функции мышц при сохранении полной пассивной подвижности в коленном и тазобедренном суставах и при отсутствии рекурваций.

В 8 случаях нам не пришлось создавать дополнительную активную стабилизацию пораженной конечности, так как в 6 случаях из 8 ходьба с опорой на тотально парализованную конечность после создания пассивной устойчивости повлекла за собой частичное восстановление функции ягодичных мышц, что исключало необходимость производства пересадок мышц туловища на бедренную кость. В 2 случаях срок после создания пассивной устойчивости нижней конечности был недостаточен для решения вопроса о целесообразности дополнительной активной стабилизации конечности.

При создании пассивной устойчивости конечности нашим больным было произведено: 4 операции Тихонова, 8 надмышечковых остеотомий бедра и 8 артродезов голеностопного сустава с одномоментным артродезом стопы. Операции на костях стопы мы производили только после завершения роста больного, боясь в процессе роста нарушить эпифизарные зоны.

С целью устранения рекурваций коленного сустава нами производилась надмышечковая остеотомия бедра с установлением костных отломков под углом, открытым изади, с фиксацией отломков аппаратом Илизарова. По этой методике нам пришлось оперировать 3 больных.

При тотальном параличе нижней конечности и ягодичной области из 8 больных сгибательная контрактура тазобедренного сустава наблюдалась у 3 больных, в одном случае двусторонняя. Для ее устранения мы применяли операцию Тихонова, при которой производили не только удлинение сгибателей тазобедренного сустава, но обязательное рассечение фасций и капсулы тазобедренного сустава. Для устранения сгибательных контрактур коленного сустава мы производили надмышечковую остеотомию бедра по Репке.

Для достижения пассивной устойчивости в коленном суставе при тотальном параличе всех групп мышц нижней конечности и ягодичной области мы производили панартродез стопы с внедрением в таранную кость трансплантата, производимого из большеберцовой кости. Эта операция была произведена 8 больным. В целях иллюстрации приводим пример.

Больной А. Р., 28 лет, поступил 3.12.73 г. с жалобами на полную неустойчивость правой нижней конечности и недостаточную устойчивость левой нижней конечности, из-за чего вынужден пользоваться замковым аппаратом на правую нижнюю конечность.

Диагноз: последствие полиомиелита, тотальный паралич правой и парез левой нижней конечности, эквино-варусная левая стопа.

Из анамнеза видно, что в возрасте 3 лет перенес полиомиелит с параличом обеих нижних конечностей. Функция мышц левой нижней конечности частично восстановилась, остался паралич правой нижней конечности. С 6-летнего возраста ходит в замковом аппарате на правой нижней конечности с двумя костылями. Все активные движения в суставах правой нижней конечности отсутствуют, пассивные движения в суставах разболтаны. Голень ротирована кнаружи на 45° . Болтающаяся правая стопа, укорочение правой нижней конечности на 3 см.

18.12.73 г. больному одновременно произведены операции: панартродез правой стопы и надмыщелковая остеотомия правого бедра. На правую нижнюю конечность наложена круговая гипсовая повязка с захватом тазового пояса с установкой стопы в эквинусном положении под углом 105° . Швы сняты на 12-й день.

Через 2 месяца после операции больному был заказан тугор для ходьбы (после контрольной рентгенографии стопы и надмыщелковой области правого бедра). Больной ходил в тугоре 1 год, последнее время ходил в обыкновенной обуви с утолщенной подошвой, опираясь на палку.

24.03.75 г. поступил вторично с жалобами на неустойчивость левой нижней конечности. 2.04.75 г. была произведена операция—тройной артродез левой стопы по Лямбринуди. Послеоперационный период прошел нормально. В данное время больной ходит в тугоре на левой нижней конечности. Походка устойчивая, правая нижняя конечность опорна, появились активные движения в правом тазобедренном суставе.

Из 8 оперированных больных нам удалось проследить отдаленный результат (1,5—2 г.) у 7. Все они ходят, опираясь на парализованную нижнюю конечность; 2 стмечали боли в стопе в первые 3—4 месяца ходьбы в тугоре. Все 8 больных стали вполне работоспособными.

Чаренцаванская медсанчасть

Поступила 31/VII 1975 г

Ս. Գ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ, Ս. Ս. ՄՈՒՐԱԴՅԱՆ, Յու. Վ. ԶԱԲԱՐՅԱՆ

ՍՏՈՐԻՆ ՎԵՐՋԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՅՈՒՆԱՅՈՒՄԸ ՊՈԼԻՈՄԻԵԼԻՏԻՑ:

ՀԵՏՈ ՍՏՈՐԻՆ ՎԵՐՋԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՆՍՍՏՏԵԳԻ ՇՐՋԱՆԻ

ՄԿԱՆՆԵՐԻ ԲՈԼՈՐ ԽՄԲԵՐԻ ՀԱՄԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԿԱԹՎԱԾԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

1973—1975 թթ. ընթացքում ՀՍՍՀ Չարենցավանի օրթապեդիայի և տրավմատոլոգիայի բաժանմունքում բուժման մեջ են գտնվել 27 հիվանդ՝ ստորին վերջավորությունների մկանների բոլոր խմբերի կաթվածներով, որոնցից 8-ը ընդհանուր կաթվածներով: Նրանց բուժման նպատակն էր ազատել իրենց օրթապեդական ապարատներից և հենակներից, լրիվ պահպանելով շարժողականությունը ծնկի և կոնքազդրային հոդերում:

Բաժանմունքում 8 հիվանդներից հաջողվել է հետևել հեռավոր արդյունքներ 1,5—2 տարի հետո 7 հիվանդների մոտ: Նրանք բոլորը այժմ քայլում են հենվելով կաթվածակալված ստորին վերջավորություն վրա և դարձել են լրիվ աշխատունակ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бароян А. П., Дюрова Н. М. Микробиология, 1956, 10, стр. 37.
2. Биезинь А. П., Лебедева Г. И. В кн.: Тез. докл. конференции по проблеме полиомиелита и полиомиелитоподобных заболеваний, в. 3. М., 1960, стр. 132.
3. Гончарова М. Н. В кн.: Вопросы травматологии и ортопедии детского возраста. М., 1958, стр. 343.
4. Исаакян И. Г. В кн.: Сборник научных трудов ЕрНИИТО, 5. Ереван, 1959, стр. 289.
5. Островская Н. Л. Дисс. канд. Горький, 1964.
6. Приоров Н. Н. В кн.: Вопросы травматологии и ортопедии детского возраста. М., 1958, стр. 7.
7. Савина С. Я. Дисс. канд. Л., 1936.