

УДК 617.58—089.21:616.988.23

С. Г. КАРАПЕТЯН, А. В. ХАЧАТРЯН

УДЛИНЕНИЕ УКОРОЧЕННЫХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОЛИОМИЕЛИТА

Рассматривается 12 случаев оперативного удлинения нижних конечностей с наложением компрессионно-дистракционного аппарата Илизарова. Приводятся показания к операции и отдаленные результаты через 1—3 года после нее.

Исходя из клинических наблюдений, большинство исследователей считают, что полиомиелит стоит на первом месте среди причин, вызывающих отставание в росте пораженной конечности [4, 5, 9]. При этом особо важное значение придается расстройствам кровоснабжения и иннервации конечности, а также отсутствию нормальной функциональной нагрузки на больную ногу [6—8, 13]. С. Д. Дзахов [11] из 337 больных с парезом или параличом мышц одной ноги у 323 наблюдал отставание в росте конечности. Барр [14] отметил укорочение конечности у 371 из 700 больных с остаточными явлениями детского паралича.

В Ереванском НИИ травматологии и ортопедии и в Чаренцаванском филиале института с 1973 по 1976 г. лечилось 170 больных с тяжелыми последствиями полиомиелита, из коих у 157 наблюдалось укорочение нижней конечности. У 145 больных укорочение было компенсировано ортопедической обувью, так как оно не достигало 5 см, 12 больным было произведено оперативное удлинение голени. Прямой зависимости между тяжестью паралича и укорочением нижней конечности нами не отмечено.

Хирургические восстановительные мероприятия, используемые с целью устранения неравенства в длине конечности, можно разделить на вмешательства на длинной ноге, к которым относятся различные виды остеотомий с целью укорочения бедра и голени, и вмешательства на короткой ноге: удлиняющий артродез коленного сустава по Комфорт-Бойчеву, создание искусственной стопы во Владимирову-Никуличу (по [1]), различные остеотомии с целью удлинения бедра и голени.

Сама по себе операция укорочения здоровой конечности сопряжена с риском, так как этим вмешательством можно повредить здоровую ногу и тем самым усугубить инвалидность больного. Операции такого типа в настоящее время почти не производятся. Операция удлинения голени впервые описана Кодивилла в 1908 г. Заключалась она в остеотомии костей голени, растяжении конечности с помощью скелетного

вытяжения за пяточную кость. Метод Кодивилла не вошел в практику из-за несовершенства техники предложенного оперативного вмешательства (трудность сопоставления и удержания костных фрагментов в правильном положении). Широкое применение этой операции для устранения неравенства в длине нижних конечностей было начато с опубликования методики Эббота в 1924 г. (по [4]). Эббот детально разработал технику предложенного им оперативного вмешательства и сконструировал аппарат для фиксации и растяжения отломков после остеотомии. Способ Эббота явился основой для всех существующих ныне методов оперативного удлинения голени и с незначительными изменениями используется в хирургической практике.

При выборе способа операции удлинения укороченной нижней конечности мы отдали предпочтение способу, который является менее травматичным, технически простым и обеспечивает надежное удлинение. Наиболее простой и надежной из всех видов остеотомий, по нашему мнению, является Z-образная остеотомия большеберцовой кости, которая, будучи произведенной поднадкостнично, таит в себе меньшую опасность повреждения сосудов и нервов во время операции, препятствует смещению фрагментов и способствует более быстрому их сращению, в процессе которого активное участие принимает отслоенная, но непересеченная надкостница. В последующем производится медленная дистракция отломков аппаратом Илизарова.

В 12 случаях оперативное удлинение нижней конечности за счет голени было абсолютно показанным, так как у этих больных неравенство в длине нижних конечностей обусловлено именно данным сегментом конечности и достигало более 5 см. Операция производилась под внутрикостным обезболиванием 0,5% раствором новокаина. Количество новокаина зависит от возраста и конституции больного, в среднем составляя 100—120 мл. Сначала производилась остеотомия малоберцовой кости, для чего продольным разрезом по наружной поверхности нижней трети голени открывался доступ длиной 5—6 см к малоберцовой кости. После рассечения и отслаивания надкостницы производилась косая остеотомия малоберцовой кости. Рана послойно зашивалась. Затем электрической дрелью через большеберцовую кость проводились спицы в направлении снаружи внутрь. Для доступа к большеберцовой кости производился продольный разрез по передне-наружной поверхности голени длиной 18—20 см. Отслаивалась надкостница, и с помощью металлической линейки отмечался верхний и нижний уровень остеотомии. Большеберцовую кость рассекали продольно в саггитальной плоскости, а затем у вершин и основания таким образом, чтобы по мере растяжения конечности центральный фрагмент ее скользил по внутреннему краю периферического. До зашивания раны накладывался дистракционный аппарат, после чего производилась дистракция и конечность удлинялась на 0,3—0,5 см. Перед зашиванием раны контролировалось стояние отломков большеберцовой кости. Рана послойно зашивалась шелком.

В выборе темпа растяжения мы в основном ориентировались на клинические данные и исходили при этом из наличия или отсутствия болевого синдрома и других неврологических и сосудистых расстройств. Принятые на практике темпы удлинения колеблются от 0,5 до 2 [10, 12] или до 4—4,5 мм в сутки [2]. Мы удлиняли конечность в среднем на 1,5—2 мм в сутки, причем это проходило для больных почти безболезненно.

С целью иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больная С. А., 24 лет (и/б № 4296), поступила в стационар 16/II 1974 г. с диагнозом: последствия полиомиелита, парез правой нижней конечности, укорочение правой нижней конечности на 11 см, экрино-варусная правая стопа. В 2-годичном возрасте перенесла полиомиелит, после чего правая нижняя конечность ослабла, стала отставать в росте. В 1973 г. по поводу сгибательных контрактур правого тазобедренного и коленного суставов были произведены операция Тихонова и надмыщелковая остеотомия бедра по Репке. До поступления в стационар ходила в туторе с подошвой 8 см, прихрамывая на правую ногу. Пассивные движения в тазобедренном и коленном суставах в полном объеме, из активных движений—только разгибание в тазобедренном суставе.

26/III 1974 г. была произведена операция—удлинение правой голени с наложением аппарата Илизарова. На 12-й день после операции после снятия кожных швов начали дистракцию аппаратом, болевых синдромов и расстройств кровообращения не наблюдалось. Через 60 дней удлинение было окончено, конечность удлинилась на 10 см. Через 8 недель после операции у больной появились первые признаки сращения, полное сращение фрагментов большеберцовой и малоберцовой костей после операции появилось через 11 месяцев.

В настоящее время больная ходит в обыкновенной обуви, без костылей, не хромает.

В 10 случаях нами прослежены отдаленные результаты с давностью от 1 до 3 лет, у 9 больных результаты операции хорошие, у одной больной из-за ранней опоры на больную ногу наступил перелом большеберцовой кости, и сращение отломков затянулось. В настоящее время больная ходит в туторе до верхней трети голени.

Исходя из нашего опыта и данных литературы, мы считаем, что Z-образное удлинение укороченной голени у больных с последствиями полиомиелита является в настоящее время наиболее рациональным и физиологичным методом лечения больных данного профиля.

ЕрНИИТО

им. X. А. Петросяна

Поступила 30/XII 1976 г.

Ս. Գ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ, Ա. Վ. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

ԿԱՐՃԱՑՎԱԾ ՍՏՈՐԻՆ ՎԵՐՋՈՒԿԻ ԵՐԿԱՐԱՑՈՒՄԸ ՊՈՆԴՈՄԻԼԻՏ
ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

Երևանի օրթոպեդիայի և տրավմատալոգիայի ինստիտուտում և նրա մասնաճյուղում՝ Չարենցավանի հիվանդանոցում 1973—1976 թթ. բուժման

են գտնվել 170 հիվանդներ պոլիմիելիտի ծանր հետևանքներով, որոնց արվել են 295 վիրահատում, որից 12 վիրահատում կազմել է ստորին վերջուկի երկարացումը, սրունկի Z-ձև օստեոմիայի մեթոդով:

Փորձի արդյունքներով հեղինակները նկարագրված ստորին վերջուկի երկարացման մեթոդը համարում են առավել արդյունավետ և ֆունկցիոնալ մեթոդ պոլիմիելիտի ծանր հետևանքներով հիվանդների բուժման ժամանակ:

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойчев Б. Оперативная ортопедия и травматология. София, 1961.
2. Волков М. В. В кн.: Инвагинационные анастомозы. Компрессионный и дистракционный остеосинтез. Курган, 1967, стр. 68.
3. Вассерштейн И. С. Удлинение укороченных конечностей у детей и подростков после перенесенного полиомелита. М., 1964, стр. 197.
4. Вассерштейн И. С. Материалы научной сессии РИТО. Рига, 1965, стр. 163.
5. Гончарова М. Н., Гринина А. В., Мирзоева И. И. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. Л., 1974.
6. Горяинова Р. В. В кн.: IV научная годичная сессия Ин-та им. Г. И. Турнера. Л., 1950, стр. 69.
7. Горяинова Р. В. Рентгенодиагностика изменения скелета у детей, перенесших полиомелит. Л., 1963.
8. Грацианский В. П. Ортопедия, травмат., протез., 1935, 3, стр. 6.
9. Дедова В. Д., Черкасова Т. И. Оперативное удлинение укороченных нижних конечностей у детей. М., 1973.
10. Девятов А. А., Трохова В. Г. В кн.: Вопросы компрессии и дистракции в травматологии и ортопедии. М., 1970, стр. 73.
11. Дзахов С. Д. Дисс. канд. М., 1960.
12. Илизаров Г. А. Труды I Всесоюзного съезда травматологов и ортопедов. Л., 1968, стр. 219.
13. Недрыгайлова О. В. Ученые записки Харьковского института травматологии и ортопедии. Харьков, 1950, стр. 121.
14. Barr J. S. Hew Engl. J. Med., 1948, 238, 21, 737.