

УДК 617.58—007.21—053.2—089.818.3.

С. Г. КАРАПЕТЯН, А. В. ХАЧАТРЯН

СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОЛИОМИЕЛИТА

При остаточных явлениях полиомиелита, когда имеется парез мышц нижней конечности с сохранением мышц-антагонистов, нами производилась сухожильно-мышечная пластика с пересадкой дистального конца здоровой мышцы на место прикрепления пораженной мышцы. Большинство из этих операций (всего 62 случая) было произведено в комбинации с операциями на костях. Отдаленные результаты прослежены от 1 до 2 лет.

Проблема сухожильно-мышечных пересадок при стабилизации нижних конечностей у больных с последствиями полиомиелита в настоящее время является весьма актуальной и практически важной. Операции пересадки сухожилий наряду с операциями на скелете при лечении деформаций и контрактур нижних конечностей нашли большое распространение и описаны в литературе довольно широко [1, 2, 4, 5, 7, 9, 11, 13 и др.].

При остаточных явлениях полиомиелита на нижних конечностях чаще применяются следующие сухожильно-мышечные операции: пересадка сгибателей на надколенник при сгибательных контрактурах коленного сустава; перемещение передней большеберцовой мышцы на наружный край стопы при варусных деформациях стопы; пересадка сухожилия длинной малоберцовой мышцы на пяточный бугор при пяточной стопе; перемещение длинного разгибателя большого пальца на голозку первой плюсневой кости при ее опущении.

В ЕрНИИТО и его филиале при Чаренцаванской больнице в период с 1972 по 1975 г. на лечении находилось 170 больных с тяжелыми последствиями полиомиелита. Им было произведено 295 операций, из которых 62 операции составили сухожильно-мышечные пересадки (54 больных). В большинстве (43) они производились в комбинации с операциями на скелете. Данные о сухожильно-мышечных операциях приведены в таблице.

Из приведенной таблицы видно, что двум больным пересадка сгибателей на надколенник была произведена с двух сторон, одному больному была произведена двусторонняя пересадка передней большеберцовой мышцы на тыл стопы, эту же операцию в двух случаях производили вторично из-за осложнения. Двум больным пересадка длинной малоберцовой мышцы на тыл стопы производилась с двух сторон, и в одном случае она также была повторена из-за осложнения.

Таблица

Операция	Колич. операций	Число больных
Пересадка сгибателей на надколенник	18	16
Пересадка длинной малоберцовой мышцы на пяточную кость	12	12
Пересадка длинного разгибателя большого пальца на плюсне- вую кость	9	9
Пересадка передней большеберцовой мышцы на тыл стопы	12	9
Пересадка длинной малоберцовой мышцы на тыл стопы	11	8

В предоперационном периоде у всех больных определялась сила мышц по пятибалльной системе, измерялась длина конечности и ее окружность с целью определения степени атрофических процессов. Наряду с этими измерениями мы определяли объем активных и пассивных движений в суставах конечностей, так как наряду с поражением мышц часто поражается и сумочно-связочный аппарат.

Мы вполне согласны с авторами [3, 6, 10, 12 и др.], которые утверждают, что пересадка мышц эффективна только при отсутствии контрактур и деформаций суставов. С целью устранения контрактур и деформаций суставов в предоперационном периоде применялись редрессирующие этапные гипсовые повязки.

Нами производилась пересадка только тех мышц, которые хорошо сохранили функциональную способность и оценивались нами баллом «4» или «5», хотя некоторые авторы считают, что пересадка мышц, имеющих балл «3», также дает хороший эффект [8, 9]. Во всех случаях пересадок мы проводили пересаживаемую мышцу через канал, сделанный между кожей и поверхностной фасцией, так как в подкожно-жировой клетчатке сухожилие можно провести в любом направлении, ибо здесь оно не спаивается с подлежащими тканями и хорошо скользит при сокращении мышцы. Пересаженная мышца прикреплялась в канале, сделанном в кости [7, 12, 14]. Существующий метод прикрепления пересаженного сухожилия к сухожилию парализованной мышцы нами не применялся, так как сухожилие парализованной мышцы может растянуться и эффект пересадки ухудшится. Мы старались придавать пересаживаемой мышце прямолинейное направление, что гарантирует ее от перекручивания.

Из 62 операций мышечной пластики 43 произведены в комбинации с операциями на костях: 11 пересадок сгибателей на надколенник (полусухожильной и полуперепончатой мышц изнутри и двуглавой мышцы бедра снаружи) в комбинации с надмыщелковой остеотомией бедра; 10 пересадок длинной малоберцовой мышцы на пяточную кость в комбинации с тройным артродезом стопы по Дэнгу; 12 пересадок передней большеберцовой мышцы на тыл стопы в комбинации с тройным артродезом стопы по Лямбринуди; 10 пересадок длинной малоберцовой мышцы на тыл стопы в комбинации с тройным артродезом стопы.

Для примера приводим следующий случай. Больной А. С., 25 лет, поступил на лечение в ортопедо-травматологическое отделение Чаренцаванской мед. сан. части 21/VIII 1974 г. с диагнозом: последствия полиомиелита, парез левой нижней конечности, сгибательная контрактура левого тазобедренного и коленного суставов, эквинорварусная левая стопа. При поступлении в стационар прихрамывал на левую ногу, при ходьбе упирался рукой в левое бедро, наклоняя корпус вперед. 9/II 1974 г. была произведена операция пластического удлинения сгибателей бедра по Тихонову и тройной артрорез левой стопы по Лямбринуди. 20/III 1975 г. была произведена пересадка сгибателей на надколенник (второй этап). Послеоперационный период прошел гладко. Через 1,5 месяца после операции больному разрешили ходить на костылях с возрастающей нагрузкой на больную ногу.

Через 10 месяцев после операции больной ходил прямо, без наклона корпуса, без упора рукой в левое бедро. Искомом операции доволен.

Отдаленные результаты от 1 до 2 лет после операций сухожильно-мышечных пересадок нам удалось проследить у 41 из 54 больных. В 32 случаях результаты операций были хорошими, в 3—удовлетворительными и в 6—неудовлетворительными. Из 6 неудовлетворительных исходов лечения в одном случае произошел отрыв перерастянутого сухожилия пересаженной на тыл стопы передней большеберцовой мышцы, в двух случаях при пересадке передней большеберцовой мышцы произошло нагноение операционной раны, и пересадку повторили с изменением места прикрепления мышцы. В одном случае пересаженная передняя большеберцовая мышца была прикреплена близко от оси сустава, что создало малый рычаг действия мышцы, и функция ее нами оценена в 2 балла.

Анализируя отдаленные результаты операций сухожильно-мышечных пересадок, мы пришли к выводу, что недостаточное натяжение не позволяет пересаженному сухожилию проявить свою функцию, а чрезмерное натяжение ведет к отрыву или перерастяжению мышцы. Новое место прикрепления мышцы должно располагаться как можно дальше от оси сустава, что создает больший рычаг действия мышцы.

Исходя из нашего опыта и данных литературы, мы считаем сухожильно-мышечную пластику в комбинации с операциями на кости наиболее рациональным и физиологичным методом оперативного лечения больных с последствиями полиомиелита.

Ереванский НИИ ортопедии и травматологии

Поступила 22/III 1976 г.

Ս. Դ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ, Ա. Վ. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

ԶԼԱՄԿԱՆԱՅԻՆ ՊԼԱՍՏԻԿԱՆ ՊՈԼԻՈՄԻԵԼԻՏԻ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԻ ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

Երևանի օրթոպեդիայի և տրավմատոլոգիայի ինստիտուտում և նրա մասնաճյուղում՝ Զարենցավանի հիվանդանոցում 1972—1975 թթ. բուժման են դասվել 170 հիվանդներ պոլիոմիելիտի ծանր հետևանքներով, որոնց արվել է 295 վիրահատում, որից 62 վիրահատում (15 հիվանդ) կազմել է ջլամկանային փոխպատվաստումը:

Փորձի արդյունքներով հեղինակները ջլա-մկանային պլաստիկ մաշկա-պատվաստի վիրահատությունը համարում են առավել արդյունավետ և ֆունկցիոնալ մեթոդ պոլիոմիելիտի ծանր հետևանքներով հիվանդների բուժման ժամանակ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Акатов М. В. В кн.: 4-ая научная годичная сессия ин-та им. Турнера. Л., 1950, стр. 107.
2. Акатов М. В. Дисс. канд. Л., 1954.
3. Андрушко Н. С. Ортопедическая профилактика и лечение деформаций опорно-двигательного аппарата в различные периоды заболевания полиомиелитом. М., 1961.
4. Бергман Е., Брунс П., Микулич И. В кн.: Хирургия нижних конечностей. М., 1903, стр. 611.
5. Вреден Р. Р. Современная хирургия, 1930, 5, в. 3, стр. 647.
6. Богданов Ф. Р. В кн.: Хирургическое лечение повреждений и заболеваний стопы. М., 1953, стр. 127.
7. Зацепин Т. С. В кн.: Труды XXI съезда русских хирургов. М., 1930, стр. 454.
8. Краснов А. Ф. Ортопедия, травматология и протезирование, 1962, 12, стр. 36.
9. Краснов А. Ф. В кн.: Вопросы травматологии и ортопедии. Куйбышев, 1956, стр. 133.
10. Крупко И. Л. В кн.: Руководство по травматологии и ортопедии. Л., 1975, стр. 162.
11. Лордкипанидзе Э. Ф. Дисс. канд. Тбилиси, 1953.
12. Никифорова Е. К. В кн.: Профилактика и лечение деформаций опорно-двигательного аппарата на почве полиомиелита. М., 1973, стр. 89.
13. Тумян С. Д. Проблемы нейровирусных заболеваний и реабилитация паралитических последствий, 1971, 5, стр. 184.
14. Lange F. Orthopedie et tubercul. chir., 1914, I, 1.