

ВЕСТИ ИЗ-ЗА РУБЕЖА

© А.В. Попков, Д.И. Зюзюкин, К.И. Новиков, 1996.

Использование метода Илизарова в Пакистане

А.В. Попков, Д.И. Зюзюкин, К.И. Новиков

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган
(Генеральный директор — академик РАМТН, д.м.н., профессор В. И. Шевцов.

С февраля 1993 года метод чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Илизарову активно внедряется в практику лечения ортопедических больных Пакистана. Первая операция по поводу исправления врожденной деформации стопы осуществлена генеральным директором РНЦ "ВТО", профессором В.И. Шевцовым в г. Карачи. Последующая успешная работа сотрудников Российского научного центра "Восстановительная травматология и ортопедия" позволила расширить географию использования метода - открыт специализированный госпиталь в г. Новобшах.

За три года работы в Пакистане русские врачи-ортопеды оперировали около 350 больных. Нуждаются в оперативном лечении значительно больше. Среди всех консультировавшихся больных (более 3200 человек) 92% - с последствиями полиомиелита, врожденная патология верхних и нижних конечностей и системные заболевания скелета - около 7%, посттравматические деформации и псевдоартрозы длинных трубчатых костей - 0,9%.

Огромное количество больных с последствиями полиомиелита, объясняется прежде всего отсутствием государственной программы борьбы с эпидемиями полиомиелита, практически полным отсутствием знаний населения о мерах профилактики этого тяжелейшего заболевания, крайне недостаточным количеством профессионально подготовленного медицинского персонала и специализированных лечебных учреждений.

Среди всех больных, обратившихся к русским ортопедам по поводу последствий полиомиелита, в 67% были с вялыми монопараличами и 33% с пара- или гемипараличами. В очень тяжелых случаях при распространенных параличах мышц ног и части мышц туловища больные пользуются для передвижения руками (так называемые "ползуны"). Дети в таких случаях вплоть до подросткового возраста передвигаются на руках у родителей или родственников. Даже при поражении одной нижней конечности ходьба и самообслуживание сопряжено для

больных с огромными трудностями, которые заставляют их воспользоваться наиболее простым путем: опускаться на пол и ползти. Причина этих трудностей не столько в глубине и распространенности поражения мышечной системы, сколько в наличии тяжелых деформаций и контрактур. Как выяснилось из анамнеза - ни во время паралитической стадии заболевания, ни в восстановительный период - практически никогда не уделяется внимания профилактике контрактур суставов. Поэтому в резидуальном периоде полиомиелита, через несколько лет после начала заболевания, мы наблюдали тяжелейшие сгибательные и сгибательно-отводящие контрактуры тазобедренного сустава, сгибательные контрактуры коленного сустава нередко сопровождались ротационными подвывихами голени, эквинусные контрактуры голеностопного сустава сочетаются с деформациями скелета стопы.

Развитие контрактур главным образом связано с неравномерностью поражения мышц антагонистов. Как правило в большей степени поражаются разгибатели. Среди контрактур коленного сустава мы в 92% случаев наблюдали сгибательные контрактуры и только в 8% случаев у больных была рекурвационная деформация коленного сустава. Превышение тонуса одной группы мышц приводит к вынужденному сгибанию сустава, а длительное сохранение этого положения, когда точки прикрепления здоровой мышцы сближены, приводит к укорочению этой мышцы, в то время как парализованные мышцы антагонисты пассивно растягиваются, удлиняются.

Одновременно изменяется фиброзный скелет конечности: укорачивается фиброзная ткань фасций, связочного аппарата, суставной капсулы на стороне сгибания и наблюдается перерастяжение этих структур на противоположной стороне.

Статические факторы (тяжесть парализованной конечности, продолжительное давление на измененную уже благодаря мышечной контрактуры конечность при ходьбе) способствуют перестройке костей и развитию костных деформаций.

ций. Деформируются суставные поверхности, находящиеся длительное время в вынужденном положении.

К этому часто присоединяется и отставание в росте конечности. Укорочение конечностей, которые мы наблюдали, как правило не превышали 2-6 см. Степень выраженности укорочения, по-видимому, связана с возрастом больного на момент начала заболевания и тяжестью поражения спинного мозга. Думаем, что не последнюю роль играет и фактор биомеханической реабилитации больного в период его естественного роста: чем раньше и в большем объеме восстановилась способность к самостоятельной ходьбе, тем в меньшей степени развивается укорочение конечности.

Опыт оперативного и консервативного лечения нескольких сотен больных полиомиелитом в резидуальной стадии позволил отработать тактику, основанную на принципах чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза.

Прежде всего оперативное лечение конечности должно быть последовательным по исправлению ортопедической патологии сверху вниз (например, от тазобедренного сустава к стопе). Второе, - деформации суставов, костей, стопы, должны исправляться после ликвидации сопутствующих контрактур этих суставов. Недопустимо исправлять контрактуру сустава за счет корригирующей остеотомии, и тем более, если есть надежда на успешную пересадку сухожилия сохранившейся мышцы и восстановление функции сустава.

Стабилизирующие операции суставов следует применять только при полном параличе мышц и разболтанности суставов, если другие операции не позволяют восстановить опорную функцию суставов. Необходимо шире использовать операции по пересадке сухожилий сохранившихся мышц. Пересадку необходимо осуществлять после исправления контрактур суставов.

Удлинение конечности должно являться завершающим этапом в лечении больного после максимального восстановления опорной функции конечности.

Тактика лечения больного должна планироваться заранее и выполняться строго по этапам. Сложные деформации, наличие резко выражен-

ных контрактур всех суставов нередко требует многоэтапного оперативного лечения с перерывами для восстановительного физиотерапевтического и биомеханического лечения.

Среди многочисленных операций, осуществленных в Пакистане русскими врачами, следует отметить: закрытый чрескостный остеосинтез конечности аппаратом Илизарова для ликвидации контрактур суставов - более чем в 80% случаев, корригирующие остеотомии - у 28,9% больных, стабилизирующие операции на стопе (3-х суставные и 4-х суставные артродезы) - у 6% больных.

Основные принципы метода Илизарова (стабильный остеосинтез, атравматичность оперативного вмешательства, дозированное исправление контрактур и деформаций, возможность функциональной нагрузки на оперированную ногу) позволяют объединить 2-3 этапа лечения в один. Мы выполняли остеосинтез на 2-3 сегментах конечности одновременно у 11,7% больных (надмышцелковая и подмышцелковая остеотомия бедра и голени, стабилизирующие операции на стопе). Однако наш опыт убеждает, что подобные операции должны быть скорее исключением, чем правилом при лечении больных с тяжелыми последствиями полиомиелита. Этапы оперативного лечения следует выполнять последовательно и добиваться максимального функционального эффекта после каждой операции.

Подводя итоги трехлетней работы ортопедов Российского научного центра "Восстановительная травматология и ортопедия" следует прежде всего отметить, что мы столкнулись с огромным количеством тяжелой патологии после полиомиелита.

Думается, что только метод Илизарова позволил успешно справляться со сложной комплексной патологией, когда выраженные контрактуры суставов, деформации и укорочения костей и отсутствие функции большей части мышц конечности исключали какую-либо другую возможность поставить пациента на ноги. Опыт лечения больных полиомиелитом методом чрескостного остеосинтеза позволил разработать основные принципы лечения: последовательность, функциональность, комплексность.