

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ МЫШЕЧНЫХ ГРЫЖ КОНЕЧНОСТЕЙ

С.И. Швед, Ю.М. Сысенко, С.И. Новичков

A METHOD FOR TREATMENT OF LIMB MUSCULAR HERNIAE

S.I. Shved, Y.M. Sysenko, S.I. Novichkov

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

В сообщении говорится о проблеме лечения больных с мышечными грыжами конечностей. Описан новый способ лечения пострадавших с данной патологией.

Ключевые слова: травма, мышечная грыжа, фасции, пластика.

The problem of treatment of patients with limb muscular herniae is discussed in this work. A new method is described for treatment of patients with the mentioned pathology.

Keywords: trauma, muscular hernia, fasciae, plastics.

Мышечные грыжи относятся к редким повреждениям. Редкость описания данной патологии в литературе можно объяснить тем, что мышечные грыжи обычно имеют небольшие размеры и поэтому, как правило, не беспокоят больных и те не обращаются за врачебной помощью [3].

Чаще всего они встречаются на нижних конечностях, когда происходит разрыв фасций, покрывающих переднюю большеберцовую мышцу на голени или четырехглавую мышцу на бедре [1].

Проанализировав по данной проблеме доступную нам литературу, мы пришли к выводу, что мышечные грыжи могут быть вызваны как прямой, так и непрямой травмой.

Повреждение фасции при прямой травме обусловлено ударом по конечности каким-либо тупым предметом или получением удара по конечности при падении [2]. Однако же чаще всего повреждение фасции происходит в результате сильного мышечного напряжения у лиц с хорошо развитой мускулатурой [2, 3].

При получении травмы происходит разрыв фасции, покрывающей мышцу, который чаще всего идет в продольном направлении. Образовавшаяся в фасции щель имеет овальную форму, через которую и «выпячивается» мышечная грыжа. Грыжевая опухоль поэтому также имеет овальную форму, а по краям ее прощупываются плотные края фасциального отверстия. При сокращении мышцы опухоль уменьшается в размерах и уходит вглубь. Обычно мышечная грыжа почти не отражается на функции конеч-

ности, и больных, как правило, беспокоят проблемы косметического характера [1, 2].

Лечение данной патологии обычно оперативное и ему подлежат, как правило, мышечные грыжи значительных размеров. Показаниями к операции являются: 1) резкие боли в области мышечной грыжи, 2) нарушение функции травмированной конечности и 3) проблемы косметического характера.

Лечение данного повреждение заключается в удалении выпячивающейся части мышечной ткани и ушивании отверстия в фасции или свободной пересадке фасций, взятых с другого сегмента [1, 2]. Однако необходимо отметить, что после вышеназванных операций велик процент рецидивов, что побуждает ученых к поиску новых способов лечения данной патологии.

В нашем Центре для лечения больных с мышечными грыжами разработан и применяется способ*, суть которого будет объяснена на клиническом примере.

Больной С., 26 лет (ист. бол. № 22166), шофер по профессии, поступил на лечение в РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова 6.12.95 г. с диагнозом: Посттравматическая мышечная грыжа правой голени.

Из анамнеза известно, что 2 года назад в автомобильной аварии получил тяжелые открытые переломы костей правой голени. В травматологическом отделении городской больницы г.

* Швед С.И., Новичков С.И., Сысенко Ю.М. Способ пластики обширных дефектов поверхностных фасций конечностей. — Заявка № 97100581/20 (000511) на получение патента РФ. Приоритет от 14.01.97 г.

Петропавловска (Республика Казахстан) произвели хирургическую обработку раны, открытую репозицию костных отломков и на правую голень, с целью фиксации, наложили циркулярную гипсовую повязку. Рана на правой голени зажила первичным натяжением, костные отломки срослись через 4 месяца.

После начала ходьбы с полной нагрузкой на травмированную конечность по передней поверхности правой голени в ее средней трети появилось опухолевидное образование. Со временем это образование увеличилось в размерах, стало вызывать резкие боли при ходьбе и ограничение объема движений в коленном и голеностопном суставах, что привело к снижению трудоспособности пострадавшего.



Рис. 1. Фото правой голени больного С., 26 лет, при поступлении.

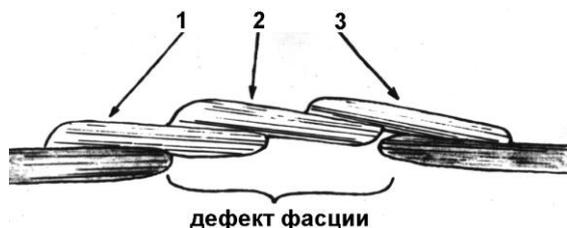


Рис. 2. Схема, поясняющая принцип укладки ауто-трансплантатов в области фасциального дефекта.

При поступлении больной предъявлял жалобы на боли в средней трети правой голени, хромоту при ходьбе, ограничение объема движений в коленном и голеностопном суставах.

При осмотре по передне-наружной поверхности правой голени на уровне ее средней трети, кнаружи от гребня большеберцовой кости, определялось овальное образование размером

4×7×0,5 см (рис. 1), имеющее плотно-эластичную консистенцию. По окружности этого образования пальпировались плотные края отверстия в фасции. При приседании мышечная грыжа увеличивалась в размерах до 6×8,5×1 см.

7.12.95 г. под эпидуральной анестезией произвели оперативное вмешательство. При ревизии определялось пролабирование передней большеберцовой мышцы в грыжевые ворота, имеющие овальную форму и размеры 7×10 см. Ушивание дефекта поверхностной фасции было технически невозможно. Поэтому был взят ауто-трансплантат размером 4×20 см из поверхностной фасции правого бедра. Ауто-трансплантат разделили на три лоскута, которые были уложены в фасциальный дефект поперек и черепицеобразно (рис. 2). Мышца была вправлена, а лоскуты сшиты между собой и краям дефекта двухрядными швами. В конце операции, с целью создания покоя мягким тканям, на правую нижнюю конечность была наложена задняя гипсовая лонгета от средней трети бедра до кончиков пальцев.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление мягких тканей произошло первичным натяжением. Гипсовая лонгета была снята через 3 недели. Ходить с полной нагрузкой на оперированную конечность пострадавший начал через 4 недели.



Рис. 3. Фото правой голени больного С., 26 лет, через 2 года после окончания лечения.

Отдаленный результат был изучен через 2 года после окончания лечения. Жалоб пациент не предъявлял (рис. 3). Движения в коленном и голеностопном суставах осуществлялись в полном объеме (рис. 4). Работает по прежней специальности.

Таким образом, предложенный нами способ позволяет замещать обширные фасциальные

дефекты конечностей. Его использование практически полностью исключает развитие такого рода осложнений, как отторжение трансплантационного материала и возникновение рецидивов

данного повреждения. Все это позволяет рекомендовать данный способ для более широкого внедрения в клиническую практику.

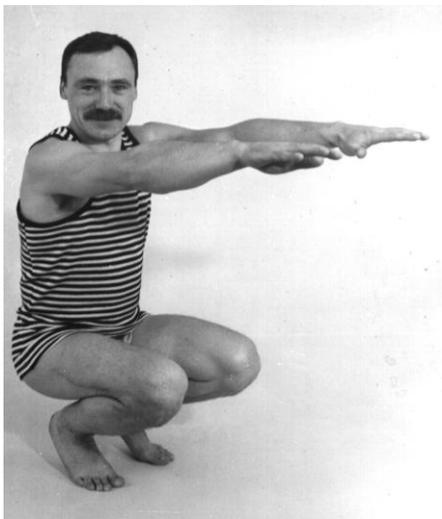


Рис. 4. Функция коленного и голеностопного суставов правой нижней конечности больного С., 26 лет, через 2 года после окончания лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бржозовский А.Г. Курс частной хирургии. – М.: Медгиз, 1948. – С. 468. – 676с.
2. Гирголав С.С., Левит В.С., Шаак В.А. Частная хирургия (в 3-х томах). – М.-Л.: Медгиз, 1938. – Т. III. – С. 74-75. – 908с.
3. Левицкий Ф.А. Редкий случай двусторонней грыжи передней большеберцовой мышцы // Ортопед. травматол. – 1959. – № 8. – С. 65-66.

Рукопись поступила 31.12.97 г.