

исходов лечения мы подходили с учетом восстановления функции и анатомии поврежденной конечности.

При консервативном лечении у 39 чел. получены отличные результаты, у 18 — хорошие, у 44 — удовлетворительные, у 48 образовались ложные суставы, что потребовало оперативного вмешательства.

После оперативного лечения у 38 больных достигнуты отличные результаты, у 13 — хорошие, у 11 — удовлетворительные и у 5 — неудовлетворительные. К последнему отнесено 2 больных с несросшимися переломами после внутрисуставного остеосинтеза гвоздем ЦИТО и 3 больных с остеомиелитом. Лучшие результаты оперативного лечения наблюдались у больных, оперированных в первые дни и недели после перелома. Операция должна обеспечить прочную, надежную фиксацию отломков, полную их неподвижность по типу максимального сдвлинения.

Что касается сроков потери трудоспособности, то в зависимости от вида, характера и локализации перелома костей голени, а также от примененного метода лечения они колебались от 60 до 130 и даже до 265 дней. Поэтому мы считаем, что оценивать эффективность метода лечения только по дням утраты трудоспособности не следует.

УДК 616.728.2—002.5—616—089

РАДИКАЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ С ГОМОПЛАСТИЧЕСКИМ ЗАМЕЩЕНИЕМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ КОКСИТЕ

И. Г. Маракуша

Кафедра костно-суставного туберкулеза (зав.— проф. Б. Н. Постников, научный руководитель — действ. чл. АМН СССР проф. П. Г. Корнев) Ленинградского ГИДУВа и Ленинградский институт хирургического туберкулеза

В настоящей статье анализируются результаты гомопластических операций, произведенных нами 24 больным, страдавшим туберкулезом тазобедренного сустава.

В зависимости от степени деструкции тазобедренного сустава мы производили два вида гомопластических операций: радикально-восстановительные и реконструктивные. Больным, у которых не было обширных разрушений тазобедренных суставов, а имелись лишь очаги деструкции в головке бедра, производили внутрисуставную некрэктомию с замещением дефекта костно-хрящевым гомотрансплантатом, взятым из соответствующего отдела головки бедра. Обычно для этой цели применяют конусовидные гомотрансплантаты, состоящие из покрытой суставным хрящом губчатой кости [6]. Однако такие конусовидные гомотрансплантаты имеют относительно длинную ножку. По этой причине для фиксации гомотрансплантатов в материнском ложе приходится удалять частично и здоровую губчатую кость головки, а иногда и шейки бедра больного. В отличие от других авторов, мы при этих операциях применяли костно-хрящевые гомотрансплантаты на коротких ножках, что позволяло максимально сохранить не пораженную туберкулезом губчатую кость головки бедра больного. В послеоперационном периоде производилась разработка движений в суставе в сочетании с физиотерапевтическими процедурами на сустав.

По указанной методике оперировано 12 больных в возрасте от 13 до 23 лет. Продолжительность наблюдения после операции — от нескольких месяцев до года (6 больных) и от 2 до 3,5 лет (6 больных). Сгибание конечности в тазобедренном суставе у 8 больных возможно в пределах 180—90°, у 4 других больных восстановился полный объем движений в суставе. Состояние больных, оперированных 2—3 года назад, хорошее. Они ходят без дополнительной опоры. Жалоб не предъявляют.

Пяти больным, у которых головка бедра была полностью разрушена, мы произвели замещение ее гомотрансплантатом — головкой бедра, которую внедрили клином, сделанной из шейки бедра, в предварительно подготовленное костное ложе в шейке бедра больного. Благоприятные исходы получены только у 2 больных. После операции у этих больных прошло 1,5—2 года, конечность у них опорная, сгибание в суставе безболезненное, возможно в пределах 180—90°.

У 3 других больных, оперированных таким методом, через год после операции движения в суставе резко ограничались, у 1 из них наступил перелом гомотрансплантата. Этим больным в последующем были сделаны резекции суставов.

При значительных разрушениях тазобедренного сустава большинство авторов производит замещение проксимального отдела бедра гомотрансплантатом с целью восстановления функции конечности. Однако нередким осложнением после таких восстановительных операций является развивающийся в отдаленном периоде деформирующий артроз сустава, приводящий к резкому ограничению функции и неопороспособности конечности [1, 7 и др.].

Поэтому мы при замещении проксимального отдела бедра гомотрансплантатом стремились получить анкилоз в суставе в функционально выгодном положении и одно-

моментно удлинить конечность. При таких артродезирующих реконструктивных операциях удается выполнить наилучшим образом два важнейших условия гомопластики — обеспечить большую площадь соприкосновения гомотрансплантата с костями больного и надежно фиксировать гомотрансплантат, применив для этой цели дополнительное артродезирование сустава аутогоспрансплантатом.

Разработанная нами методика операции состоит в следующем. После удаления всех патологических тканей из бедренной кости с вертлужной впадины и с проксимального конца бедра срезаем склерозированную кость. На проксимальный конец бедра насаживаем гомотрансплантат — верхний эпиметафиз бедра, с головки которого предварительно удаляем хрящевой покров до обнажения губчатой кости. Затем производим максимальное низведение конечности и головку трансплантата внедряем в вертлужную впадину. Конечность устанавливаем в функционально выгодном положении. В последнее время мы производим дополнительно артродезирование сустава аутогоспрансплантатом. После операции конечность в течение 4—5 месяцев фиксируем полуплотовой окситной гипсовой повязкой, которую затем заменяем съемным тугор-корсетом, и разрешаем больному ходить. Тугор-корсет рекомендуется носить не менее 2—3 лет.

По вышеописанной методике оперировано 7 больных в возрасте от 20 до 26 лет. Эти больные в прошлом перенесли резекции и ререзекции сустава, оказавшиеся безуспешными. Они поступили в ЛИХТ с обширными разрушениями элементов тазобедренного сустава, большим укорочением конечности (от 9 до 18 см) и неопороспособной конечностью. Результаты прослежены в течение 3 лет. У всех больных после операции достигнуто удлинение конечности от 3 до 7 см. У 5 больных восстановлена опороспособность конечности в функционально выгодном положении. У 3 больных через год после операции наступил перелом гомотрансплантата, что потребовало производства дополнительного вмешательства — остеосинтеза гомотрансплантата аутогоспрансплантатом (у 2 больных). Эти больные продолжают лечение. У одной больной наступило сращение гомотрансплантата после иммобилизации конечности гипсовой повязкой.

Таковы наши результаты гомопластических операций. Окончательные выводы о целесообразности производства такого рода вмешательств можно сделать только после длительных клинических наблюдений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вайнштейн В. Г. Вестн. хир. им. Грекова, 1960, 6.—2. Верещагин А. П. Радикально-восстановительные операции при туберкулезе коленного и тазобедренного сустава. Автореф. канд. дисс., Л., 1966.—3. Волков М. В., Варсоби В. И., Имамалиев А. С. и Татишвили Г. Г. Ортопед., травматол., 1966, 4.—4. Гудушаури О. Н. и Миронов А. М. Там же, 1967, 3.—5. Имамалиев А. С. Гомопластика суставных концов костей. Медицина, М., 1964.—6. Коваленко Д. Г., Верещагин А. П., Савченко А. В., Милованова Е. М., Маракуша И. Г., Каратаев Э. Ф. Материалы сессии ЦИТО син-тами травматологии, ортопедии и протезирования Украины, посвященной 60-летию ин-та им. проф. М. И. Ситенко. Харьков, 1967.—7. Крупко И. Л., Ткаченко С. С. и Малевский А. М. Патология, клиника и хирургия очаговых форм костно-суставного туберкулеза. Медгиз, Л., 1964; Ортопед., травматол., 1967, 3.—8. Новаченко Н. П., Корж А. А. и Талышинский Р. Р. Ортопед., травматол., 1966, 4.

УДК 616.988.23—616.72—089.881—617.581—616—089

АРТРОДЕЗ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ПОЛИОМИЕЛИТА

Доктор мед. наук А. А. Румянцева

*Кафедра ортопедии и травматологии (зав.—проф. Л. И. Шулуко) Казанского
ГИДУВа им. В. И. Ленина*

При патологии в тазобедренном суставе наиболее целесообразными являются операции, восстанавливающие функцию. Однако существует группа больных, которым как вынужденная мера показан артродез. Учитывая, что мнения о показаниях к замыканию тазобедренного сустава при последствиях полиомиелита разноречивы, мы решили высказать свою точку зрения по этому вопросу.

Существует много способов стабилизации паралитически разболтанного сустава. Из них наиболее существенным следует считать образование костного навеса [9, 15], сочетание навеса с тенодезом головки бедра и пластичной капсулы [3], уменьшение шеечно-диафизарного угла остеотомией [17], сочетание навеса с реконструкцией шеечно-диафизарного угла [6]. Различные виды миофасциоза применяются преимущественно у детей и возможны только по строгим показаниям [6, 7, 10, 11, 13, 14].

У взрослых, по данным О. В. Недригайловой и Б. А. Погребняк, пассивная блокировка сустава, возникающая после фасциальных и мышечно-сухожильных переса-