

Из практики.

Из областной советской больницы НКЗ АТССР (глав. врач К. С. Казаков) и госпитальной хирургической клиники Казанского ГМИ (директор проф. Н. В. Соколов).

К казуистике двустороннего вывиха в тазобедренном суставе.

Асс. К. С. Казаков.

Еще Lezer указывал, что вывихи в тазобедренном суставе наблюдаются редко и преимущественно у мужчин среднего возраста. По данным С. П. Федорова они занимают третье место среди травматических вывихов плечевого и локтевого суставов. По материалу Фридланда на 483 случая вывихов, наблюдавшихся в его клинике, на тазобедренный сустав пришлось 109, из которых на долю мужчин 73 и на долю женщин 31 (пит. по Фридланду); иначе говоря, на тазобедренный сустав падает 20,5% всех вывихов.

Что касается двусторонних вывихов тазобедренного сустава, то они встречаются очень редко, и мировая литература их насчитывает около четырех десятков случаев. Niehans в 1877 году в мировой литературе собрал 26 случаев, к которым присоединил 3 случая, из них один принадлежал ему самому, один—Kneer'у и один—Schoenborn'у. С. П. Федоров указывает, что Hoffa в 1901 году заявлял о 29 случаях двусторонних вывихов, описанных в мировой литературе. В 1904 году Wolberg сообщил еще о 4 случаях, из которых один принадлежал ему самому и по одному Hartvig'у, Hofeur'у и Maclejer'у. Таким образом до 1904 года мы имеем в иностранной литературе указание на 33 случая вывихов указанного порядка.

В русской литературе первое сообщение о двустороннем вывихе тазобедренного сустава принадлежит Александрову (1912 г.) и одно сообщение Мануйлову. В 1928 году С. П. Федоров сообщает об одном собственном случае и Новиков—об одном случае по данным Костромской больницы.

Итак, в русской литературе до 1928 года мы имеем сообщение всего о четырех случаях.

По данным Niehans'a из 26 собранных им двусторонних вывихов бедра в 4 сл. были заперательные вывихи на обеих сторонах, в 6 сл.—подвздошные на обеих сторонах, в остальных—смешанные. В случае, описанном Wolberg'ом,—был промежуточный вывих на обеих сторонах, у Александрова—подвздошный на обеих сторонах, у Мануйлова седалищный, у С. П. Федорова и Новикова—задние, у Hoffeur'a смешанный: на одной стороне подвздошный, а на другой заперательный. Таким образом двусторонние вывихи могут быть как однородными, так и разнородными, что, конечно, находится в зависимости от различных действующих сил при получении травмы.

Если для односторонних вывихов механизм происхождения их в большинстве случаев бывает ясен и обязан своим происхождением прямому (реже) или непрямому (чаще) насилью, то для двусторонних вывихов

бедро этот механизм несомненно сложнее уже по тому одному, что, как мы видели, в ряде случаев вывихи бывают по их патолого-анатомической сущности различными на той и другой стороне.

Что касается исхода двусторонних вывихов бедра, то из известных нам 33 случаев, у 26 больных было сделано вправление с последующим выздоровлением, у 4 больных вывихи оказались невправимыми, и один больной отказался от вправления; двое больных умерли, причем в одном случае смерть последовала после оперативного вправления бедра, а в другом от шока (?). В случае Новикова последовала смерть от осложнения сепсисом, источником которого была рана в области промежности с разрывом прямой кишки.

Сравнительная редкость двусторонних вывихов бедра, сложность механизма их происхождения и сравнительная частота неблагоприятных исходов дают мне основание опубликовать наблюдавшийся мною в Госпитальной хирургической клинике случай.

История болезни № 1, 1/1. Б-ая М. Г., 22 лет, татарка, буфетчица, замужняя, не рожавшая. Доставлена в клинику скорой помощью в бессознательном состоянии после полученной травмы при следующих обстоятельствах: при попытке прыгнуть с задней площадки переднего вагона трамвая на ходу она сорвалась с приступки и упала на полусогнутую правую ногу, в этот же момент получила удар углом прицепки по тазу с левой стороны и была откинута на расстояние около 1 метра от пути в сторону на кучу камней, лежавшую на мостовой. Через 30 минут доставлена в клинику, где пришла в сознание лишь через 2 часа.

Больная среднего роста, правильного телосложения. Подкожный жировой слой развит слабо. Бледна, цианотична, дыхание учащено, пульс 110, слабого наполнения. Левое плечо опущено, в срединной области левой ключицы синюшность и гематома. Укорочение ключицы на 3 см, активные и пассивные движения левого плеча сильно ограничены ввиду болезненности. Живот мягкий. Б-ая лежит на спине. Обе нижние конечности полусогнуты в тазобедренном и коленном суставах, причем правое бедро приведено и ротировано внутрь. Левое отведено и ротировано наружу; эластичная фиксация слабее, чем справа. Справа в области большого вертела наблюдается напряженная припухлость. Активные движения в тазобедренных суставах невозможны, пассивные—весьма ограничены, резко болезненны. Пальпация тазобедренных суставов мало болезненна. Справа большой вертел расположен выше, слева—ниже линии Roser-Nelaton'a. Расстояние между большим вертелом и наружным мыщелком бедра с обеих сторон одинаково и равно 39 см. Расстояние же между *spina iliaca anterior superior* и наружным мыщелком бедра справа равно 34 и слева 42 см. Справа головка бедра контурируется кзади от *acetabulum*. Область ягодиц несимметрична.

2/1. Жалобы на боли в пояснице, в тазу, ягодицах и бедрах. Газы отходят. Мочеиспускание нормально.

Рентген: справа головка бедра смещена кзади, в *fossa iliaca*. Слева головка бедра в *foramen obturatorium*, небольшое расхождение симфиза и смещение правой лобковой кости книзу. На латеральном крае средней трети левой ключицы оскольчатый перелом со смещением кверху стернального отломка.

Диагноз: на основании данных клинического обследования и рентгеноанализа диагностирован двусторонний вывих бедра—передний запирательный вывих слева и задний подвздошный—справа.

3/1. Под эфирным наркозом в маске Омбредана (100,0) сделано вправление обоих вывихов по Middelдорфу, что удалось без особого труда. Обе нижние конечности фиксированы друг к другу в вытянутом положении. Повязка по De z e на ключицу.

4/1. Болей в пояснице и в тазу меньше. В ягодичной области и бедрах боли также остаются. Мочится самостоятельно. Повязка Sayge'a по поводу перелома ключицы.

5—13/1. Боли с каждым днем уменьшаются. Разбитость, слабость, головные боли постепенно уменьшаются, температура утром 37,4 и 37,9° по вечерам до 9/1, с 9/1 температура нормальна по уграм и 37,2° по вечерам.

14/1. Больной разрешено спускать ноги, а вечером ходить с помощью санитари.

27/1. Больная выписана на амбулаторное физиатрическое лечение по поводу перелома ключицы.

Интерес данного случая заключается как в механизме повреждения, так и в исходе наблюдавшегося нами двустороннего вывиха бедра. У больного имелся на правой стороне типический задний подвздошный вывих бедра, полученный при сыривании с трамвая на правую ногу, когда могли создаться условия отведения бедра, ротации его внутри вращательных движений корпуса тела при фиксированной конечности. В то же время на левой стороне имелся obturatorный передний вывих бедра, который, надо полагать, обязан своим происхождением прямому насилию, т. е. удару угла прицепки (или подножки) сзади по верхней части бедра, в результате которого при расслабленности мышц у пострадавшей создались благоприятные условия для выталкивания головки вперед.

Случай небезынтересен и по исходу, так как, несмотря на одновременное расхождение симфиза, больная через 3 недели выписана из клиники с полным восстановлением функции конечностей в тазобедренном суставе.

Из 1-й хирургической клиники (директор проф. Е. В. Корчиц) и кафедры рентгенологии (директор доц. С. М. Лившиц) Белорусского Госуд. мед. института.

О некоторых вариантах дистального эпифиза плечевой кости.

А. И. Михельсон.

На снимках локтевого сустава по поводу травм, болей и других жалоб иногда обнаруживают образования различной величины и формы костной структуры. Среди этих образований сравнительно редко встречаются так называемые добавочные или сверхкомплектные кости локтевого сустава. Несмотря на свою редкость, эти косточки вызывают теоретический интерес с точки зрения их филогенеза, а также имеют практическое значение, т. к. их обладатели обращаются в хирургические и ортопедические учреждения с жалобами на неудобства и затруднения при работе, требуя освобождения и перевода на другие работы. Эти образования не лишены также судебно-медицинского интереса, т. к. их смешивают с отрывом и надломом кости. В русской литературе нам удалось найти одну работу Файнберга, описывающего 3 случая добавочных костей в области локтевого сустава. Несколько чаще мы встречаем сообщения о них в иностранной литературе.

До последнего времени еще не решен вопрос о происхождении этих добавочных костей. Некоторые авторы считают их продуктом травм и воспалений, другие — за врожденные истинные добавочные косточки.

Топографически они могут располагаться на задней поверхности сустава и у внутреннего или наружного мыщелка.

Первая форма, названная Кибек о м Patella cubiti, а Пфизнер о м Sesamum cubiti, описана в виде круглых или овальных тел, расположенных на верхнем конце fossa olecrani в сухожильях трехглавой мышцы (рис. 1).

В отношении патогенеза этой формы добавочных костей мнения авторов расходятся.

Что касается этиологии и патогенеза костей второго вида, т. е. располагающихся у внутреннего или наружного мыщелка, то и здесь имеется целый ряд толкований и мнений.

Мы имели возможность наблюдать 3 случая вариантов дистального эпифиза плечевой кости.

Случай I. Саланец, 52 лет, крестьянин. Обратился 29/XI 1934 г. в амбулаторию 1-й хирургической клиники с жалобами на болезненность и ограниченность движений левого локтевого сустава. Из перенесенных болезней отмечает грипп. Месяц тому назад упал с воза и очень легко ушиб локоть, нигде не лечился и не обращался к врачам.