

верхностное нагноение (повидимому, нагноившаяся гематома), быстро закончившееся. Гипсовая повязка держится 1½ месяца, затем заказывается ортопедическая обувь с полукорсетом—для ограничения на первое время движения в голеностопном суставе—и супинатором, так как чаще приходится иметь дело с р. с. valgus. При р. с. varus применяется пронатор. Через 1½ года после операции больной переходит на обычную обувь с супинатором (или пронатором). Отдаленные результаты (6 чел.), со средним сроком наблюдения от 1 г. до 4 лет, оценены как *хорошие*. Стопа потеряла свой уродливый вид, статика ее и походка больного значительно улучшились, разболтанность в голеностопном суставе устранена. Все больные носят обычную обувь с супинатором и бросили палочку.

Особенно хороши результаты у детей, что дает нам право более широко применять астрагалектомию в детском возрасте.

Выводы: 1. В случаях р. с. р. с нерезко выраженной деформацией, при частичном выпадении икроножной мышцы, показано консервативное лечение, т. е. массаж, физиотерапия, коррегирующая ночная шинка и ортопедическая обувь или шинный аппарат.

2. Пересадка мышц при р. с. р. sensu strictiori, как самостоятельный оперативный метод, себя не оправдывает и показана только как добавление после предварительной костной операции.

3. Артродез в голеностопном суставе показан лишь в тех случаях, когда разболтанность в нем преобладает над деформацией скелета при полном выпадении всех мышечных групп голени.

4. В случаях значительной деформации стопы, осложненной varus-valgus положением, операцией выбора является астрагалектомия по Уитману:

а) после нее значительно улучшается как статика, так и функция стопы;

б) операция эта не нарушает роста стопы, поэтому показана в детском возрасте, не ранее 6 лет;

в) на нашем клиническом материале астрагалектомия полностью себя оправдала.

Из ортопедического отделения (зав. проф. М. И. Куслик) Центрального травматологического и-та им. проф. Р. Р. Вредена (дир. д-р. Ф. И. Машанский) и кафедры ортопедии Ленинградского Орденосного и-та усовершенствования врачей им. С. М. Кирова (дир. д-р М. Г. Имянитов).

Фасциофилодез тазобедренного сустава при параличе отводящих мышц.

Проф. М. И. Куслик.

Полное выпадение или значительное снижение функции отводящих бедро мышц далеко не редкий результат полиомиелита.

Поражение большой и малой ягодичных мышц сказывается характерной хромотой. При наступании на парализованную ногу таз свисает в здоровую сторону, а туловище склоняется в больную. Подобная качающаяся походка хорошо известна под наименованием симптома Тренделенбурга,—

обычного спутника врожденного вывиха бедра. В основе этого симптома лежит недостаточность ягодичных мышц, неспособных при наступании на больную ногу удержать таз в горизонтальном положении. Механизм симптома Тренделенбурга достаточно изучен при врожденном вывихе бедра, и ортопедическая хирургия располагает рядом оперативных предложений для устранения указанного симптома. Достаточно упомянуть операции Шанца, Байер-Лоренца, Во-Лями, Кенига, артрориз Вредена и т. п. Однако все эти операции, рассчитанные на нормальную иннервацию мышц, несостоятельны при наличии симптома Тренделенбурга, зависящего от паралича или пареза средней и малой ягодичных мышц. А между тем, при паралитическом Тренделенбурге положение больных особенно тяжело по сравнению с больными, страдающими врожденным вывихом, так как обычно сфера распространения паралича не ограничивается только ягодичной мускулатурой, а распространяется и на периферические отделы конечности.

В борьбе с паралитическим нарушением функции отводящих мышц, обуславливающих тягостную хромоту, ортопедическая хирургия выдвигает также ряд оперативных вмешательств. Среди них артродез тазобедренного сустава может быть упомянут как крайнее средство, допустимое, по нашему мнению, лишь при одновременном поражении всех мышц таза и с обеих сторон. Некоторые авторы показанием к артродезу необоснованно выдвигают стремление к освобождению больного от необходимости постоянного пользования фиксационными аппаратами.

Симон применил в случае паралича средней и малой ягодичных мышц, для улучшения походки, подвертельную остеотомию.

Нам думается, что такая операция может дать эффект лишь при паралитическом состоянии ягодичных мышц. Вряд ли функция полностью парализованных мышц может быть улучшена удалением точек их прикрепления, достигаемым поворотом большого вертела книзу, после подвертельной остеотомии.

Столь же мало убедительна операция Шанца, рекомендуемая им в подобных случаях. Аналогия с врожденным вывихом неуместна, так как при врожденном вывихе имеется лишь слабость отводящих мышц. В положении на здоровом боку больные при врожденном вывихе активно отводят больную ногу, между тем как при параличе больные этого отведения произвести не могут.

В случаях хорошей функции мускула, напрягающего широкую фасцию, предложено пересаживать его начало кнаружи—на середину гребешка подвздошной кости в расчете на известную замену им функции средней и малой ягодичных мышц.

Шагом вперед является предложение Ланге—использовать для замещения функции отводящих мышц более отдаленно расположенные мышцы, удлиненные с помощью шелковых нитей.

Для этой цели им предложено два варианта операции. Первый вариант заключается в использовании *m. vastus ext.* путем отделения его верхнего прикрепления от большого вертела и надставки мышцы четырьмя или пятью пучками шелковых нитей, фиксируемых к гребешку подвздошной кости. Описанная операция естественно осуществима лишь при удовлетворительной функции *m. vastus externi*, на долю которого падает замена отводящих мышц.

При недостаточности четырехглавого разгибателя, которая часто сопутствует параличу отводящих мышц, вместо этой операции, Ланге предлагает второй вариант, заключающийся в использовании части широкой мышцы спины противоположной стороны. Выкроенный из широкой мышцы спины лоскут прошивается шелковыми нитями, перекидывающимися через ягодичную область и прикрепляемыми к большому вертелу. В оценке последней операции сам автор весьма сдержан и указывает только, что результаты ее с каждым годом становятся лучше.

Исходя из теоретических предпосылок и оценки самого автора, мы полагали, что наиболее целесообразным и верным является первый вариант операции Ланге. Поэтому в 1932 г., имея перед собой больную с параличом отводящих мышц, мы произвели операцию Ланге в первой ее модификации. Но, учитывая известную слабость четырехглавого разгибателя и не рассчитывая на его полноценную функцию, мы решили дополнительно создать еще пассивную поддержку, проведя шелковые нити между большим вертелом и гребешком таза. Мы рассчитывали на то, что если *m. vastus ext.* окажется недостаточным, тогда ему поможет удерживать таз пассивный тяж, образующийся вдоль нитей, идущих от большого вертела к гребешку.

Через год после операции больная была продемонстрирована в Ленинградском Ортопедическом об-ве: симптом Тренделенбурга значительно уменьшился, хромота стала почти незаметной и, лежа на здоровом боку, больная получила возможность поднимать геср. отводить ногу за счет напряжения *m. vastus ext.*, чего до операции делать не могла.

Всего нами за последние четыре года оперировано 8 подобных больных с недостаточностью отводящих мышц. В вышеуказанном случае и у еще одной больной были произведены операции Ланге с дополнением пассивного тяжа, в шести остальных случаях эта операция не могла быть произведена, так как использование *m. vastus ext.* было нерационально вследствие резкого ослабления четырехглавого разгибателя голени.

Поэтому в остальных шести случаях операция была произведена в нашей модификации с расчетом только на пассивную фиксацию по следующему плану:

1. Линейный разрез кожи по наружной поверхности бедра от вершины большого вертела отвесно вниз на 20—25 см. Разрез проникает до широкой фасции бедра. Из последней выкраивается лента шириною в 6—7 см и длиной в 20—25 см, которая заворачивается в компресс, смоченный теплым физиологическим раствором.

2. В основании большого вертела делается дрелем или шилом канал в сагитальной плоскости.

3. Второй разрез длиной около 20 см проводится, слегка дугообразно, вдоль гребешка подвздошной кости. Разрез проникает до кости; распатором отслаиваются мягкие ткани вдоль края гребешка на 3—4 см. Шилом делаются в гребешке 4 отверстия.

4. Толстая шелковая нить, вчетверо сложенная, длиной около метра, проводится с помощью проволоки или зонда с ушком через канал в большом вертеле спереди—назад (см. рис.). Затем с помощью корнцанга пучок нитей проводится в подкожной клетчатке и выводится в верхний дугообразный разрез и протаскивается в заднее из четырех отверстий гребешка подвздошной кости. После извлечения пучка нитей из этого канала он выводится изнутри кнаружи через следующее отверстие тазовой кости. После этого пучок нитей опять через подкожную клетчатку опускается к большому вертелу и вновь проводится через канал сзади—вперед. Далее, точно таким же образом продолжение пучка нитей проводится в подкожной клетчатке от большого вертела вверх к гребешку и, пройдя через третье и четвертое отверстия в гребешке, возвращается обратно к вертелу. Концы пучка нитей при неболь-

ном отведении конечности ($5-10^\circ$) туго натягиваются и завязываются двойным хирургическим узлом. В результате изложенного проведения нитей получается четыре тяжа, идущих от большого вертела к гребешку подвздошной кости: два тяжа позади большого вертела и два тяжа впереди.

5. Приготовленная полоса фасции укрепляется в области своей ножки несколькими прочными швами у основания большого вертела, в остальной своей части рассекается продольно на две ленты, из коих одна проводится корнянгом в подкожной клетчатке с таким расчетом, чтобы она покрыла заднюю пару пучков шелковых нитей, а вторая полоса—покрыла переднюю пару шелковых нитей. Концы фасциальных лент с натяжением подшиваются к гребешку подвздошной кости.

6. Кетгутовые швы на мышцы и на кожу.

7. Гипсовая повязка с тазом на всю конечность в отведении на пять—десять градусов.

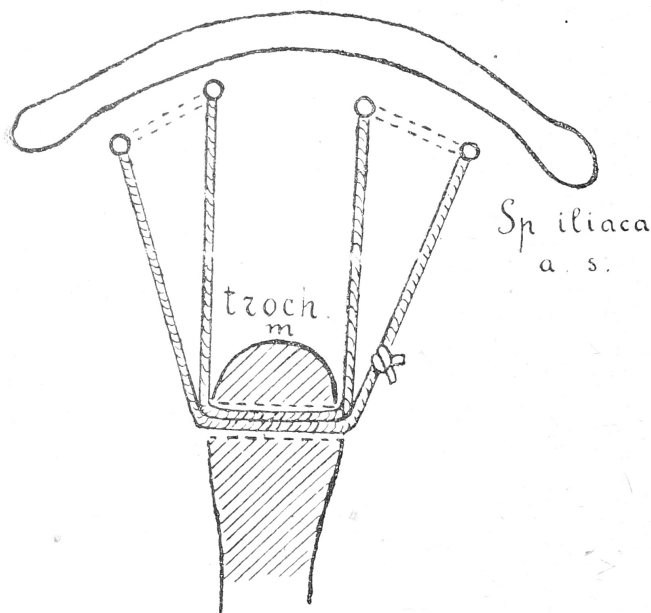


Рис. 1-ый Схемa проведения нитей при фасциофилодезе по Куслику

После операции мы выдерживали больных в гипсовой повязке два месяца. Через месяц освобождался коленный сустав и оставалась только спица. В последние две недели спица превращалась в съемную и изготовлялась мерка для тьютора, фиксирующего бедро в незначительном отведении. По снятию гипса больным назначалось ношение тьютора еще в продолжение пяти—шести месяцев. За этот срок нити обрастали прочной и фиброзной капсулой, лучшему развитию которой способствовало наличие фасции. В конечном результате получался мощный рубцовый тяж, хорошо удерживающий таз в горизонтальном положении.

На основании наших наблюдений мы должны предостеречь против большого отведения конечностей. В одном из случаев чрезмерного отведения мы получили прорезывание нитей через край гребешка подвздошной. В этом же случае спустя три месяца после операции образовался свищ, и нити в дальнейшем пришлось удалить. Однако известный положительный результат операции остался и выразился уменьшением степени симптома Тренделенбурга, что объясняется образованием рубцов.

Одновременно следует отметить, что результат операции тем лучше, чем дольше больной пользуется тьютором. В одном случае, когда больная

вообще не пользовалась тупором, результат операции в смысле эффекта устранения хромоты получился наименьший; в другом случае, когда больная пользовалась тупором только два месяца, результат был уже более благоприятный, а в остальных случаях, когда больные носили тупор в течение пяти—шести месяцев, результаты оказались сравнительно наилучшими.

На основании восьми случаев оперативного лечения недостаточности отводящих мышц с давностью послеоперационного наблюдения до 4 лет мы приходим к следующим выводам:

1. При параличе отводящих мышц хромота (симптом Тренделенбурга) может быть уменьшена путем операции по Ланге с нашей модификацией.

2. В подобных случаях могут быть произведены два варианта операции:

а) При удовлетворительной функции четырехглавого разгибателя голени следует в дополнение к типичной операции Ланге присоединять нашу модификацию фасциофилодеза тазобедренного сустава путем проведения шелковых нитей и фасциальных лент между большим вертелом и гребешком подвздошной кости. Сочетание активной мышечной тяги с пассивным рубцовым тормозом дает наилучший конечный результат.

б) При недостаточности четырехглавого разгибателя голени мы считаем показанным производство операции только фасциофилодеза тазобедренного сустава. Результаты этой операции следует признать удовлетворительными—уменьшается хромота и утомляемость.

3. После операции необходимо последующее ношение тупора в течение пяти—шести месяцев с одновременным применением физиотерапии.

4. Противопоказанием к операции служит наличие паралитического вывиха или значительного подвывиха в тазобедренном суставе.

Из Саратовского краевого научно-исследовательского тубинститута (дир. д-р Михайлов).

К вопросу о профилактике и ранней диагностике костно-суставного туберкулеза.

Г. П. Воскресенский.

Каждый врач, работающий по костно-суставному туберкулезу, часто сталкивается в своей практике со случаями, когда на первичный прием являются больные с тяжелыми, запущенными формами заболевания в остро протекающем периоде, с теми формами, которые в конце концов дают большие деформации и длительную, стойкую инвалидность.

Больной, отягощенный своим заболеванием, вынужден проводить сложное, длительное лечение, выбывает из коллектива и часто становится бременем для себя и общества. Это указывает на то, насколько важен в борьбе с костно-суставным туберкулезом принцип профилактики и раннего выявления.

В последнее десятилетие мы имеем большие достижения на противотуберкулезном фронте—как в части практической работы, так и научного