

ми развития таких некрозов после вправления вывиха являются позднее осуществление вправления и особенности кровоснабжения детского тазобедренного сустава. Для своевременного выявления и рациональной терапии этого осложнения дети после вправления травматического вывиха бедра подлежат систематическому контролю.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабич Б. К. Ортопед. травматол., 1935, 3. — 2. Баиров Г. А. В кн.: Травматология и восстановительная хирургия детского возраста. Медицина, Л., 1964. — 3. Гориневская В. В. Основы травматологии, том 2. Медгиз, М., 1953. — 4. Дамье Н. Г. Основы травматологии детского возраста. Медгиз, М., 1950. — 5. Каплан А. В. Закрытые повреждения костей и суставов. Медгиз, М., 1956. — 6. Любошиц Н. А. и др. Ортопед. травматол., 1964, 5. — 7. Funk F. J. Bone Jt. Surg., 1962, 44-A. — 8. Ghormley R., Sullivan K. Am. J. Surg., 1953, 85. — 9. Hyrtle J. Ztschr. d. k. k. Gessellschaft der Arzte. Wien, 1846, 1. — 10. Kleinberg S. Arch. Surg., 1939, 39. — 11. Potts F., Oblatz B. J. Bone Jt. Surg., 1939, 21, Jan. — 12. Paus B. Acta orthop. scand., 1951, 21. — 13. Sappey C. Traite d'Anatomie descriptive. 1871, 1. — 14. Stewart M., Milford L. J. Bone Jt. Surg., 1954, 36-A. — 15. Stuck G., Vaughan H. Southern Surg., 1949, 15. — 16. Wolcott E. Surg. Gynec. Obstet., 1943, 1, 77.

УДК 616.718.4—616.72—001.6

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

С. П. Карпов

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

Варусные деформации шейки бедренной кости в основном лечат оперативными способами. При этом наиболее часто применяют различные виды остеотомий. В литературе описано большое количество всевозможных методов остеотомий, которые в зависимости от уровня пересечения кости можно подразделить на шеечную, межвертельную и подвертельную.

Шеечная остеотомия в последние годы почти не применяется, так как при данном уровне остеотомии происходит нарушение кровоснабжения головки и шейки бедренной кости. По тем же причинам довольно редко применяется межвертельная остеотомия. Наибольшее распространение получила подвертельная остеотомия.

Если в прошлом подвертельные остеотомии проводились без фиксации отломков после коррекции шеечно-диафизарного угла, то в настоящее время большинство авторов приходит к выводу, что отсутствие фиксации фрагментов ведет к рецидиву деформации. В связи с этим начинают широко применяться способы подвертельной остеотомии со всевозможными фиксаторами: металлическими штифтами, пластинками, кронштейнами, костными трансплантатами и т. д.

Наиболее часто при подвертельной остеотомии производят транспозицию периферического отломка на центральный по Ф. Р. Богданову, с фиксацией отломков металлическим штифтом. Штифт вводится через большой вертел центрального отломка в костномозговой канал периферического отломка в положении коррекции шеечно-диафизарного угла. Применяя эту методику, мы убедились, что она имеет определенные недостатки. Так, большие трудности представляет введение металлического штифта в нужном направлении через большой вертел в положении коррекции шеечно-диафизарного угла, когда ягодичные мышцы предельно напряжены и весьма трудно удержать отломки в нужном положении. При ретроградном введении штифта в вертельную часть и обратном продвижении его в периферический отломок он прорезал губчатую кость, становился подвижным и не мог удержать отломки в положении необходимого шеечно-диафизарного угла.

С 1964 г. мы применяем собственную методику подвертельной остеотомии с транспозицией на подготовленную площадку и фиксацией отломков дугообразным металлическим штифтом, введенным снизу вверх транскортикально интрамедуллярно через периферический отломок в центральный.

До операции производят расчет величины угла коррекции по рентгенограмме или схематическому рисунку, нанесенному с рентгенограммы на полупрозрачную бумагу. На рис. 1 дана схема рентгенограммы тазобедренного сустава больной Г., 9 лет. Имеющийся шеечно-диафизарный угол АОЕ равен 82° . Его необходимо восстановить до нормального угла, равного 135° . Определяют величину угла коррекции: $135^\circ - 82^\circ = 53^\circ$, то есть угол ВОА должен составлять 53° . Соответственно, так как линия

БД должна быть перпендикулярной ВО, определяют величину клина БНД, который удаляют с наружной поверхности центрального отломка с целью создания опорной площадки для среза периферического отломка. Одновременно определяют уровень линии поперечной остеотомии НС. На рис. 1 изображены также зона резорбции шейки и линия росткового хряща головки и большого вертела бедренной кости.

Техника операции. Линейным разрезом по наружной поверхности верхней трети бедра открывают послойно доступ к бедренной кости. При наличии зоны резорбции в шейке бедренной кости сначала проводят биостимуляцию. По центральной

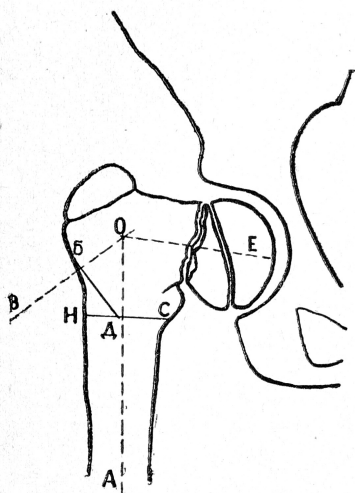


Рис. 1.

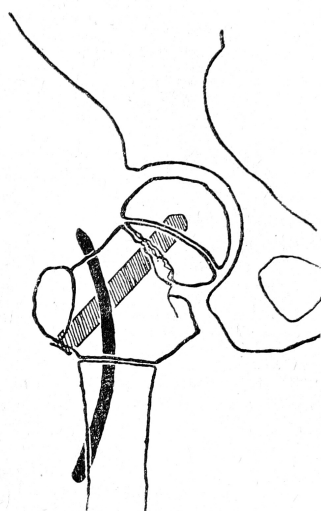


Рис. 2.

оси шейки от безмыянного бугорка до головки бедренной кости сверлом создают канал, в который забивают штифт из гомо- или гетеротрансплантата. Этот штифт является биологическим стимулятором зоны резорбции и одновременно повышает механическую прочность шейки бедренной кости. На рис. 2 гетеротрансплантат, введенный в шейку, показан косыми штрихами.

В подвертельной области полностью отслаивают надкостницу и производят поперечную остеотомию бедренной кости проволоочной пилой Джигли по намеченной линии НС. Долотом удаляют костный клин БНД из наружной поверхности центрального отломка. По наружной поверхности периферического отломка в кортикальном слое бедренной кости отступая от среза на 4 см сверлом или долотом создают в направлении снизу вверх косой канал. Через этот канал вводят интрамедуллярно снизу вверх дугообразно изогнутый металлический штифт длиной 8—10 см. Большой вертел низводят при помощи введенного в него штопора-манипулятора Шулуток и срез периферического отломка НС устанавливают в соприкосновение с площадкой БД центрального отломка. Таким образом создают необходимый шейечно-диафизарный угол ВОЕ. Отломки скрепляют друг с другом продвижением металлического штифта в центральный отломок, причем штифт проводят несколько спереди или сзади забитого в шейку гетеротрансплантата. Нижний конец штифта длиной 0,5—1 см оставляют вне кости. Отверстие на конце штифта позволяет легко его удалить, когда в нем минует необходимость. При наличии приводящей контрактуры бедра по ходу операции производят закрытую тенотомию приводящих мышц бедра. На рис. 2 показана схема рентгенограммы тазобедренного сустава той же больной Г. после операции. Рану ушивают наглухо. Конечность на 3 месяца фиксируют кокситной гипсовой повязкой.

По вышеописанной методике нами произведено 18 операций больным с варусной деформацией шейки бедренной кости. Во всех случаях достигнута необходимая коррекция шейечно-диафизарного угла, несмотря на первоначальную деформацию, составлявшую в некоторых случаях 50—60°. Никаких осложнений после операции мы не наблюдали.

Преимуществами нашей методики являются: техническая простота выполнения, надежная фиксация отломков, коррекция шейечно-диафизарного угла путем низведения большого вертела, что предотвращает необходимость значительного отведения конечности, минимальная травматизация и легкость удаления штифта из кости под местной анестезией. Все это позволяет нам рекомендовать данную методику для оперативного лечения варусной деформации шейки бедренной кости.