

рошей подгонкой и кооптацией отломков, обеспечиваемой компрессионным фиксатором.

Подбор больных, у которых показана операция компрессионного остеосинтеза по нашей методике, технически правильное выполнение самой операции и продуманное послеоперационное ведение больных до полной консолидации отломков являются залогом успешного исхода.

Мы пришли к убеждению, что нагрузку на оперированную конечность следует разрешать только при наличии достаточно прочного сращения, подтвержденного рентгенологически.

ЛИТЕРАТУРА

Рахимкулов Х. С. Вестн. хир., 1959, 11; Казанский мед. ж., 1961, 2; Тр. II съезда хирургов РСФСР, Саратов, 1963.

УДК 616.718.11—002.5—616—089

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ОЧАГОВ ЗАДНЕГО ОТДЕЛА ТЕЛА ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ

В. Н. Воробьев

Кафедра хирургического туберкулеза (зав. — проф. Б. Н. Постников, консультант — проф. П. Г. Корнеев) Ленинградского ордена Ленина ГИДУВа им. С. М. Кирова

В настоящее время вопрос о необходимости оперативного лечения туберкулезных очагов в костях тазобедренного сустава не встречает серьезных возражений. Широкое применение туберкулостатических препаратов дало возможность достичь большого успеха в лечении очаговых туберкулезных поражений. Так, по данным составленной нами сводной статистики опыта отечественных и зарубежных авторов, санаторно-ортопедическое лечение очагов в костях, образующих тазобедренный сустав, без применения антибактериальных препаратов давало затихание процесса в среднем в 26,4%, а с применением туберкулостатических препаратов — в 88,75%.

Литературные данные, архивный материал Ленинградского института хирургического туберкулеза, а также собственные наблюдения убеждают нас, что радикально-профилактическая некрэктомия показана, если в течение 4—6 месяцев санаторно-ортопедического и антибактериального лечения рентгенологически не отмечается репаративного процесса в очаге, если очаг при своем развитии начинает угрожать переходом на сустав и если в очаге на рентгенограмме обнаруживается костный секвестр или обызвестленные казеозные массы.

Точное определение локализации очага имеет для хирурга большое значение, ибо во время операции ему предстоит кратчайшим путем подойти к очагу, трепанировать кость и произвести некрэктомию. Чтобы получить представление о топографии очага в теле подвздошной кости, необходимо произвести две рентгенограммы: 1) прямую в передне-задней проекции и 2) в косой. По методике Ф. Ф. Сивенко и Я. Б. Куценка (1960) пространственная локализация очага в теле подвздошной кости на вышеуказанных снимках определяется при помощи специально сконструированного лекала или линейки.

Томография при определении локализации туберкулезных поражений в костях тазобедренного сустава играет исключительную роль. Желательно у всех больных с очаговыми поражениями перед оперативным вмешательством проводить это исследование.

Наибольшие трудности представляет удаление туберкулезных очагов из задних отделов костей, образующих тазобедренный сустав, а именно из тела подвздошной и седалищной костей.

В доступной литературе мы не нашли описания оперативных доступов, непосредственно предложенных для подхода к задним отделам тела подвздошной и седалищной костей. Хирурги для этой цели используют или приспособляют различные доступы, предложенные для вскрытия тазобедренного сустава и операций на нем, вследствие чего нередко подход к очагу поражения оказывается слишком травматичным — с пересечением или отделением от мест прикрепления большого количества мышц.

Мы искали наиболее рациональные оперативные доступы к очагам, располагающимся в заднем отделе тела подвздошной и верхнем отделе седалищной костей.

Наиболее подходящим для этой цели, по нашему мнению, является задне-наружный косой доступ.

В 1925 г. Доллингер предложил задне-наружный косой доступ для кровавого вправления застарелого травматического вывиха бедра. Автор рекомендовал производить разрез от задне-верхней ости подвздошной кости до верхушки большого вертела и тупо по ходу волокон разделять большую ягодичную мышцу.

Большого укладывают на живот, под таз на стороне поражения на уровне таза обездвиженного сустава подкладывают валик. Разрез ведут по линии, соединяющей задне-верхнюю ость подвздошной кости с верхушкой большого вертела; его начинают отступая от ости сантиметра на 3—4 и доводят до верхушки фасцию. Тупо по ходу волокон разделяют большую ягодичную мышцу (кровотечения при этом почти не наблюдается). Под последней располагается слой жировой клетчатки, в которой находятся более мелкие ветви верхней ягодичной артерии и венозные стволы, а также веточки верхнего ягодичного нерва. Клетчатку тупо раздвигают между вышеуказанными образованиями; здесь при тщательном и осторожном разведении сосудов почти никогда не приходится прибегать к лигированию их. В ране под верхней частью большой ягодичной мышцы отыскивают нижний край средней ягодичной мышцы, который захватывают тупым широким крючком и вместе с частью большой ягодичной мышцы оттягивают кверху и кнаружи. При отведении нижнего края раны книзу и кзади обнажается грушевидная мышца, плотно прилегающая к телу подвздошной кости. Грушевидную мышцу также можно несколько сместить крючком книзу, после чего открывается значительная часть заднего отдела тела подвздошной кости. Грушевидную мышцу также можно несколько сместить крючком книзу, после чего открывается значительная часть заднего отдела тела подвздошной кости, расположенная выше V-образного хряща. Верхняя ягодичная артерия, внушающая наибольшие опасения хирургам, при производстве данного доступа остается за пределами раны, и, чтобы увидеть ее, необходимо сильно оттянуть наружно-задний край раны, что во время операции производить совершенно излишне. Седалищный нерв при данном расположении грушевидной мышцы также находится вне пределов раны. Оператор должен твердо помнить, что ему не следует инструментами захватывать за край большой седалищной вырезки, ибо в противном случае возможно ранение верхней ягодичной артерии в области ее выхода из малого таза или травма седалищного нерва.

Если очаг поражения находится на уровне V-образного хряща, то грушевидную мышцу можно крючком оттянуть кверху, предварительно тупо отделив ее от верхней близнецной мышцы. При таком положении грушевидной мышцы в заднем отделе раны может быть виден расположенный в клетчатке ствол седалищного нерва, выходящий через подгрушевидное пространство. Если ствол расположен очень близко к телу седалищной кости и мешает оператору, то легкое отведение его тупым крючком не вызывает никаких неприятных последствий.

Напомним, что разрез кожи следует начать отступая от задне-верхней ости подвздошной кости по проекции разреза на 3—4 см, в результате чего ствол седалищного нерва и место выхода верхней ягодичной артерии останутся у самого внутреннего края раны, а иногда и за ее пределами. Если же разрез ведется от задне-верхней ости (по Доллингеру), то эти образования оказываются почти в центре раны, что осложняет работу оператора и увеличивает возможность травмы нерва и сосуда.

Трепанацию кости над очагом поражения производят обычно после рентгеновского контроля с ориентирами (иглы, вколотые в область очага) на операционном столе. Из полости очага острой костной ложкой удаляют гранулемы, казеозные массы, секвестры, по мере возможности соскабливают склерозированную костную ткань, ограничивающую очаг. В полость последнего засыпают смесь стрептомицина с пенициллином. Большую ягодичную мышцу сшивают редкими кетгутовыми швами. Накладывают швы на кожу.

После операции больного укладывают в гипсовую кровать, ногу прибинтовывают гипсовым бинтом. Через 2 недели гипсовую кровать снимают и назначают лечебную физкультуру; после 2—3 недель занятий функция конечности обычно восстанавливается полностью.

Нами по вышеописанной методике в течение последних 4 лет произведено 6 операций. Во всех случаях удалось свободно без кровотечения подойти к области очага и произвести некрэктомию. Заживление операционной раны происходило первичным натяжением. Ближайшие и отдаленные результаты сроком до 4 лет отличные: функция оперированной конечности полностью сохранена, больные ходят свободно, совершенно не хромая.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сивенко Ф. Ф., Куценко Я. Б. Ортопед., травматол. и протезир., 1960, 10.
2. Dollinger J. Ergebn. d. Chir. v. Orthop. Berlin, 1925, Bd. 18, S. 1—62.