

Таблица 1

Вид травматизма	Всего больных с прободным ранением глаза	Больных с гемофтальмом
Промышленный . . . . .	728	62
Сельскохозяйственный . . .	264	20
Детский . . . . .	546	40
Бытовой . . . . .	298	55

предметами, что способствовало геморрагиям. Другие виды травматизма дали примерно одинаковое количество гемофтальма. Травматический иридоциклит при гемофтальме наблюдался в 67,6% (у 121 чел.), гнойная инфекция — в 3,36% (у 6). Симпатическая офтальмия не отмечена ни разу. Вторичная глаукома установлена в 3 глазах. Инородные тела найдены в 27 глазах.

При лечении больных гемофтальмом применялось переливание крови, осмотерапия, оксигенотерапия, парафинотерапия. Отсасывание стекловидного тела проведено в единичных случаях, в сравнительно поздний период, и особого эффекта не дало. Переливание крови и оксигенотерапия стали применяться только в послевоенный период и давали несколько лучший эффект, чем другие методы лечения. Умеренных кровоизлияний в стекловидное тело выявлено 70, кровоизлияний на дне глаза — 16. Кровоизлияние в переднюю камеру как самостоятельное осложнение было в 234 глазах (11,2%), а в сочетании с другими кровоизлияниями внутрь глаза — в 342 (16,43%). Всего внутриглазных кровоизлияний при прободной травме глаз было 499 (24%).

За 1956—1960 гг. внутриглазные кровоизлияния установлены уже у 94 чел., а только за один 1966 г. — у 30 чел., или в 36,7% к числу больных с прободными ранениями глаза. Мы не можем с уверенностью сказать, что в последние годы увеличилось число больных с внутриглазными кровоизлияниями при прободном ранении глаза, так как, очевидно, за прошлые годы недостаточно точно учитывались эти геморрагии, но все же такая возможность вполне вероятна.

Самым тяжелым из внутриглазных кровоизлияний является, конечно, гемофтальм. Исходы гемофтальма при прободном ранении глаза были неблагоприятными. Практическая слепота (зрение от 0 до 0,05) была зарегистрирована в 87,8%. Среди всех слепых на раненый глаз слепота от гемофтальма составила 10,6%. Умеренные кровоизлияния в стекловидное тело дали в 30% слепоту на раненый глаз.

Кровоизлияния в переднюю камеру (гифема) сами по себе быстро рассасываются, но нередко являются признаком более глубокого повреждения глаза.

Результаты лечения при массивных внутриглазных кровоизлияниях пока мало утешительны. Необходимо искать новые методы терапии.

УДК 616.728.2—002

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОЙ И ЮНОШЕСКОЙ ДИСТРОФИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СОХА VARA

С. П. Карпов

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

Из находившихся под нашим наблюдением 76 больных детской и юношеской дистрофической формой соха vara 74 получали активное консервативное или оперативное лечение (у 7 проводилось лечение обоих тазобедренных суставов).

Преобладает мнение о неэффективности консервативного лечения. На наш взгляд, это обусловлено поздним выявлением заболевания, когда развиваются значительные деструктивные изменения и варусная деформация шейки бедренной кости. Наш опыт показывает, что консервативное лечение в начальной стадии заболевания, когда варусная деформация шейки еще незначительна, вполне эффективно.

Консервативным лечением решаются две задачи: устранение статической нагрузки и усиление кровоснабжения шейки бедренной кости. Мы применяли консервативное лечение (разгрузка конечности, шадящий режим, парафиновые аппликации и ионофорез с 10% раствором CaCl<sub>2</sub> на область тазобедренного сустава) при I—II стадии детской и юношеской дистрофической соха vara, при варусной деформации шейки не менее 110—105° (4 больных). При шеечно-диафизарном угле менее 105° неблагоприятные биомеханические условия в тазобедренном суставе, возникающие при возобновлении нагрузки на конечность, могут способствовать рецидиву заболевания.

Оперативное лечение больных детской и юношеской дистрофической формой соха вага подразделяется на два вида: биологическая стимуляция шейки бедренной кости и корректирующая подвертельная остеотомия в сочетании с биологической стимуляцией.

Биологическая стимуляция заключается в протравливании канала в шейке вдоль оси от безмянной ямки до головки бедренной кости, с обязательным прохождением через зону резорбции. В созданный канал забивают костный штифт из гомо- или гетеротрансплантата. Подобным оперативным вмешательством достигается двоякий эффект: стимулируется нормализация кровоснабжения шейки бедренной кости, а следовательно, и процесса эпифизарного остеогенеза; повышается механическая прочность шейки бедренной кости, что предотвращает прогрессирование варусной деформации. После операции биостимуляции мы назначали разгрузку конечности на 3 месяца и соблюдение щадящего режима еще на 3 месяца. Через месяц после операции проводили курс физиотерапевтического лечения (парафин, ионофорез с  $\text{CaCl}_2$ ).

Оперативная биостимуляция шейки бедренной кости была проведена нами у 8 больных. У них были I—II—III ст. детской и юношеской дистрофической соха вага с шеечно-диафизарным углом не менее  $105^\circ$ .

Подвертельная корректирующая остеотомия бедренной кости применялась при варусных деформациях шейки от  $105^\circ$  и ниже при различных стадиях заболевания. При развитии в эпифизарной ростковой зоне дистрофического процесса (а он был в подавляющем большинстве случаев) подвертельная остеотомия сочеталась с биостимуляцией шейки бедренной кости.

В предыдущие годы в детском отделении Казанского НИИТО применялась подвертельная остеотомия без дополнительной фиксации костных фрагментов. Однако опыт показал, что довольно часто после оперативной коррекции происходит самопроизвольное уменьшение шеечно-диафизарного угла до  $100-90^\circ$  вследствие тяги ягодичных мышц. Применение клиновидной подвертельной остеотомии приводило к укорочению конечности. Клиновидная подвертельная остеотомия без фиксации отломков была осуществлена у 31 больного на 35 тазобедренных суставах.

Подвертельная остеотомия — транспозиция с фиксацией отломков прямым металлическим штифтом по Ф. Р. Богданову произведена нами у 9 больных на 9 тазобедренных суставах. Мы убедились, что и эта методика не лишена недостатков. 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 удержать отломки в нужном положении весьма трудно. При ретроградном введении штифт прорезал губчатую кость и не создавал надежной фиксации отломков.

С 1964 г. нами применяется собственная методика подвертельной остеотомии-транспозиции с фиксацией отломков дугообразным металлическим штифтом, введенным транскортикально интрамедуллярно снизу вверх через периферический отломок в центральный (Казанский мед. ж., 1967, 2). Вслед за операцией конечность фиксируют тазобедренной гипсовой повязкой на 2,5—3 месяца. После снятия гипса назначают разгрузку конечности на 3 месяца с одновременным проведением физиотерапевтического лечения и лечебной гимнастики. По нашей методике было прооперировано 20 больных (22 тазобедренных сустава).

Мы придавали большое значение послеоперационному ведению наших больных. Как после биостимуляции, так и после подвертельной остеотомии важную роль играет разгрузка конечности с одновременным применением методов консервативного лечения.

*Оценка результатов лечения.* Отличный результат — больной жалуется, предьявляет, болей нет, походка правильная, движения в тазобедренном суставе в полном объеме, симптом Тренделенбурга отрицательный, укорочения конечности нет или оно незначительно (не более 1 см), шеечно-диафизарный угол  $120-135^\circ$ , дистрофический процесс в шейке бедренной кости ликвидирован.

Хороший результат — жалоб нет, болей нет, болей чуть заметно хромает, движения в тазобедренном суставе в полном объеме, симптом Тренделенбурга отрицательный, укорочение конечности на 1—2 см, шеечно-диафизарный угол  $105-120^\circ$ , дистрофический процесс ликвидирован.

Удовлетворительный результат — больной отмечает усталость в тазобедренном суставе после длительной ходьбы, болей нет, определяется умеренная хромота, в тазобедренном суставе некоторое ограничение отведения, симптом Тренделенбурга отрицательный, укорочение конечности до 3 см, шеечно-диафизарный угол  $90-105^\circ$ , дистрофический процесс ликвидирован.

Неудовлетворительный результат — боли в тазобедренном суставе, при ходьбе, значительная хромота, ограничение движений в тазобедренном суставе, слабо положительный симптом Тренделенбурга, укорочение конечности свыше 3 см, шеечно-диафизарный угол меньше  $90^\circ$ , дистрофический процесс в шейке бедренной кости сохраняется.

Отдаленные результаты всех видов лечения изучены у 66 больных (72 сустава) в сроки от 6 месяцев до 10 лет. Данные сведены в таблицу, где первая цифра показывает количество больных, цифра в скобках — количество суставов.

После консервативного лечения отличные результаты получены у 2 больных с I—II ст. заболевания, удовлетворительные — у больных с III ст. заболевания, которым консервативное лечение проводилось ввиду противопоказаний к оперативному вмеша-

Вид лечения	Результаты			
	отличные	хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные
Консервативное . . . . .	2	—	2	—
Оперативная биостимуляция . . . . .	3(4)	2	2	—
Клиновидная подвертельная остеотомия . . . . .	1	17	8 (9)	2
Подвертельная остеотомия-транспозиция по Богданову . . . . .	4	—	2	1
Подвертельная остеотомия-транспозиция по нашей методике . . . . .	10	7 (8)	2 (3)	1
Всего . . . . .	20 (21)	26 (27)	16 (18)	4

тельству (сопутствующие заболевания). У них дистрофический процесс был ликвидирован, но варусная деформация шейки сохранилась.

При биологической стимуляции отличные и хорошие результаты получены в начальных стадиях заболевания, удовлетворительные — в запущенных случаях.

Применявшиеся ранее виды подвертельной клиновидной остеотомии дали большей частью хорошие (17) и удовлетворительные (8) результаты.

Предложенная нами подвертельная остеотомия-транспозиция с фиксацией отломков дугообразным металлическим штифтом в большинстве случаев дала отличные (10) и хорошие (7) результаты. Один неудовлетворительный исход возник у 19-летнего больного вследствие допущенных ошибок в оперативной технике и длительной гипсовой иммобилизации (4 месяца).

УДК 616.72—001.6—611.728.2

## ЗАКРЫТОЕ ВПРАВЛЕНИЕ НЕСВЕЖЕГО ВЫВИХА БЕДРА

*А. Н. Каралин*

*Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — ст. научн. сотр. У. Я. Богданович)*

Закрытое вправление несвежих травматических вывихов бедра связано с большими трудностями. После безуспешных бескровных манипуляций хирурги прибегают к оперативному вмешательству. Эта операция весьма травматична. Поэтому бескровное вправление несвежих вывихов бедра представляет определенный практический интерес.

Ниже мы останавливаемся на случае закрытого вправления несвежего вывиха бедра типа luxatio femoris pubica.

К., 26 лет, поступил 4/IX 1967 г. с диагнозом: передний вывих правого бедра 8-дневной давности. Объективно — типичная картина переднего вывиха бедра. Правая нижняя конечность ротирована наружу, выпрямлена. Головка бедренной кости отчетливо пальпируется под пупартовой связкой, активные и пассивные движения в тазобедренном суставе резко ограничены, симптом пружинящей фиксации.

В районной больнице 31/VIII и 1/IX были произведены безрезультатные попытки вправления вывиха (вторая — под общим наркозом с применением миорелаксантов). 4/IX в Казанском НИИТО предпринята третья попытка вправления под общим наркозом с использованием релаксантов, которая также не увенчалась успехом. В тот же день наложено скелетное вытяжение с грузом 13 кг по оси и боковой тракцией с помощью манжетки — 6 кг. Но через 2 дня боковой груз пришлось уменьшить до 3 кг, так как большой не в состоянии был переносить давление манжетки на бедро. Скелетное вытяжение продолжалось до 15/IX, но устранить деформацию не удалось. Однако головка бедра низвелась до уровня вертлужной впадины, напряжение мышц значительно уменьшилось. 15/IX правая нижняя конечность оставалась слегка ротированной наружу (10°), большой вертел пальпировался в глубине мягких тканей, головка бедра прощупывалась в скарповском треугольнике.

На фасной рентгенограмме сустава обнаруживалась картина, которую ошибочно можно было принять за вправившийся вывих бедра. Однако было сужение суставной щели и некоторое наслаивание тени головки бедренной кости на край вертлужной впадины. Клиническая картина неоспоримо свидетельствовала о наличии невправленного вывиха бедра.