

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 кнаружи, выпрямлена. Головка бедренной кости отчетливо пальпируется под пауперной 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 больной 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 кнаружи (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.

15/IX при продолжавшемся продольном вытяжении конечности в подвертельную область бедренной кости под местной новокаиновой анестезией через небольшой разрез тканей (1 см) ввели винт, погрузив его в костную ткань на глубину 2 см. Винту придали направление, соответствующее оси шейки бедренной кости. На рану наложили шов. К выступающей из мягких тканей ручке винта подвесили через блок груз, величину которого постепенно увеличивали. При усилии в 8 кг головка бедренной кости перестала пальпироваться в области скарповского треугольника, ось конечности стала правильной, симптом пружинящей фиксации исчез, пассивные движения без ограничений.

Не делая на основании приведенного наблюдения широких выводов, мы хотели бы подчеркнуть ряд моментов.

1. Закрытое вправление вывихов бедра не всегда удается, если даже прибегнуть к общему наркозу с релаксантами.

2. Неудачи закрытого ручного вправления вывиха бедра еще не дают хирургу права относить подобные случаи к разряду невправимых и прибегать к открытому вправлению. Необходимо предварительно применить метод длительного (до 2 недель) скелетного вытяжения с большими пружинами по оси и боковой тракцией.

3. Боковая тракция через манжетку с грузом неудобна для длительного применения. Она не может обеспечить точно направленной тракции по оси шейки бедра.

УДК 616.71—001.5

ЭЛАСТИЧЕСКАЯ КОМПРЕССИЯ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

В. М. Аршин

Куйбышевский областной госпиталь инвалидов Отечественной войны (нач. — В. П. Колеватых) и госпитальная хирургическая клиника (зав. — проф. А. Ф. Краснов) Куйбышевского медицинского института

Известно, что компрессионный остеосинтез наиболее полно отвечает основным требованиям, предъявляемым к лечению всякого перелома. Он обеспечивает правильное сопоставление костей и стойкое их удержание.

Мы считаем полезным поделиться нашим небольшим опытом (98 больных) применения остеосинтеза несросшихся и застарелых смещенных переломов длинных трубчатых костей, где с целью создания компрессии использовалось эластическое сопротивление мягких тканей. Сократительная способность их вследствие прорастания соединительной тканью уже в первые месяцы после травмы резко снижена, и следовательно, физиологическое взаимодавление отломков незначительно или отсутствует.

При несросшихся переломах мы типичным для каждого сегмента кости подходом поднадкостнично выделяем отломки и экономно освежаем их концы. Вскрываем костномозговой канал, интрамедуллярно вводим металлический штифт. Дистракционно-компрессионным аппаратом собственной конструкции растягиваем костные отломки до эластического сопротивления мягких тканей, равного 80—120 кг. Это определяется динамометром аппарата и обычно соответствует увеличению межкостного диастаза на 1,5—2 см. Затем, отступая от плоскости перелома на 0,5—1 см, электропилой выкраиваем аутотрансплантат прямоугольной формы, длина которого в 2—3 раза больше полученного межкостного диастаза. Трансплантат распиливаем на равные части, которые плотно укладываем между штифтом и хорошо прилегающей из-за натяжения надкостницей, начиная с противоположной разрезу стороны. Последнюю часть трансплантата укладываем на штифт уже со стороны разреза. После ослабления дистракционной гайки аппарата аутокости ущемляются отломками, что обусловливается силой эластической тяги мягких тканей, равной цифре, указанной на динамометре. Избыток периостальной ткани типа экзостозов и наростей, а также костную ткань, полученную при освежении концов отломков, используем для заполнения щелей между отрезками трансплантата и частично укладываем на место, откуда была взята аутокость. У 4 больных с несросшимися переломами и ложными суставами при наличии значительного (свыше 3 см) костного дефекта дополнительно брали трансплантат из другой кости.

Несколько измененную методику мы применяем при лечении больных с застарелыми переломами-вывихами Мантеджа. При этом в качестве промежуточного трансплантата используем резецированную головку лучевой кости.

Данная методика, помимо достижения устойчивого остеосинтеза и стимуляции, позволяет одновременно несколько удлинить конечность, что особенно важно при лечении больных, у которых многократные оперативные вмешательства привели к укорочению ее.

Вмешательство при застарелых переломах отличается тем, что не включает аутопластику. Благодаря аппаратной репозиции, позволяющей избежать резекции костных концов, а тем самым и укорочения конечности, используется взаимодавление отломков.