

## МОДИФИКАЦИЯ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ<sup>1</sup>

Х. С. РАХИМКУЛОВ

Из Казанского государственного научно-исследовательского института  
восстановительной хирургии и ортопедии (директор — засл. деятель науки ТАССР,  
проф. Л. И. Шулутко)

Среди ортопедических операций, производимых для исправления всевозможных деформаций опорно-двигательного аппарата, ведущее место занимает подвертельная остеотомия бедренной кости. Она технически сравнительно проста, вместе с тем достаточно эффективна. При этом не только исправляется деформация нижней конечности, но и значительно восстанавливается ее функция.

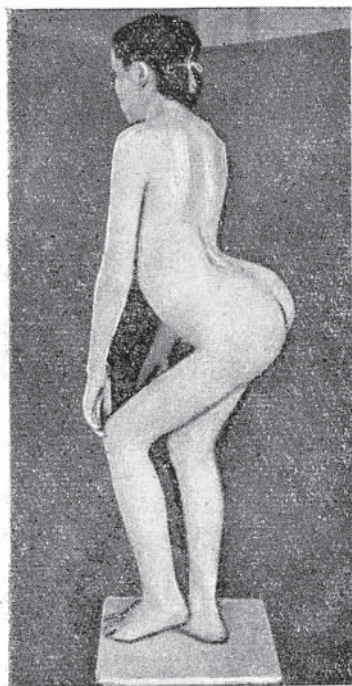


Рис. 1.  
Больная Ш., 18 лет, до операции. Порочное положение левой нижней конечности на почве анкилоза левого тазобедренного сустава после перенесенного туберкулезного коксита.

Однако, при больших контрактурах после остеотомии иногда отломки смещаются. А это, в свою очередь, приводит к срастанию в неправильном положении и к укорочению конечности.

Нам известны около сорока модификаций этой операции. Некоторые из них дают возможность полностью исправить ось конечности и позволяют получить достаточное сцепление между отломками.

Однако, при больших контрактурах после остеотомии иногда отломки смещаются. А это, в свою очередь, приводит к срастанию в неправильном положении и к укорочению конечности.

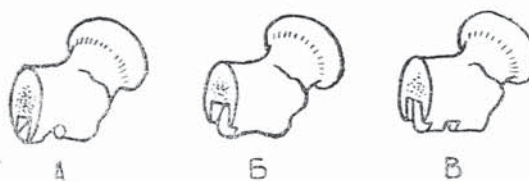


Рис. 2.  
Схематическое изображение центрального отломка, где показаны варианты углублений для шипов периферического отломка.

<sup>1</sup> Доложено на заседании Общества хирургов гор. Казани и ТАССР 4/IV 1956 г. и итоговой научной сессии институтов травматологии, ортопедии и восстановительной хирургии РСФСР 17/V 1956 г.

Следует отметить, что большинство модификаций подвертельной остеотомии не обеспечивает соприкосновения отломков по всей площади сечения. Между отломками, соприкасающимися лишь в двух-трех точках, остаются значительные щели и дефекты. Почти во всех случаях костномозговой канал или опил костей остается открытым.

Вышеуказанные моменты, несомненно, удлиняют и сроки образования костной мозоли.

Эти обстоятельства побудили хирургов искать новые методы. Известно, что чем больше площадь соприкосновения между отломками, тем быстрее и прочнее образуется костная мозоль.

Задачей ортопеда является не только исправить ось конечности, но и стараться еще во время операции предпослать условия для быстрой консолидации пересеченной кости.

В нашем Институте с мая 1955 г. подвертельную остеотомию в отдельных случаях мы начали производить по новой модификации. Сущность способа заключается в формировании двух шипов на конце периферического отломка и соответствующего ложа для них на центральном отломке.

Приводим краткую историю болезни одной нашей больной, оперированной по этому способу.

Больная Ш., 18 лет, поступила в институт в июле 1955 г. по поводу анкилоза левого тазобедренного сустава в порочном положении после перенесенного туберкулезного коксита. Когда больная приступает на левую ногу, то ее фигура принимает резко уродливую форму. Левое бедро согнуто под углом  $70^\circ$  и приведено на  $10^\circ$ . Имеется большое укорочение функциональной длины конечности (рис. 1).

20/VI 1955 г. произведена операция поперечной остеотомии верхнего конца левой бедренной кости на уровне малого вертела, причем на конце периферического отломка, выведенного в рану, из его передней и задней стенок выпилены два шипа прямоугольной формы длиной 1,5 см. На задне-наружной поверхности центрального отломка с помощью узкого долота образованы соответствующие углубления для шипов периферического отломка, как изображено на рис. 2.

Произведена тенотомия сгибателей бедра под передне-верхней осью. Ось конечности исправлена, одновременно шипы периферического отломка введены в углубления на центральном отломке (рис. 3, IV).

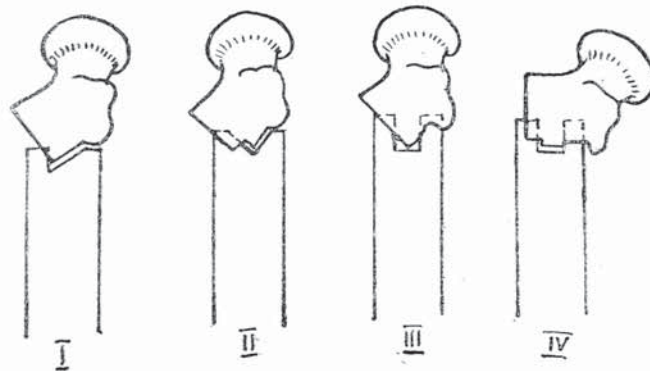


Рис. 3.  
Варианты костного „замка“, образованного центральным и периферическим отломками в зависимости от угла, на который нужно разогнуть бедро.

Конечность фиксирована кокситной гипсовой повязкой. 2/VIII 1955 г. больная начала передвигаться с помощью костылей. Через 24 дня с момента операции выписана домой. Через 1 месяц 27 дней после операции явилась в институт. Ходит с помощью костылей, приступая на левую ногу. В тот же день гипсовая повязка снята. Ось конечности правильная (рис. 4).

На контрольной рентгенограмме определяется хорошая костная мозоль (рис. 5).

При менее тяжелых сгибательных деформациях бедра, в зависимости от угла, на который нужно разогнуть конечность, производили вариан-

ты I, II, III (рис. 3) этой модификации остеотомии, а центральный конец соответственно обрабатывался, как указано на рис. 2.

Таким образом, производя остеотомию данным способом, мы получали надежное сцепление отломков, значительно увеличивая при этом площадь соприкосновения между ними за счет поверхностей двух



Рис. 4.  
Больная Ш. через 1 месяц  
27 дней после операции.



Рис. 5.  
Рентгенограмма левого тазобедренного сустава той же больной через 1 месяц 27 дней после операции.

шипов и закрывая центральный отломок на половину или одну треть пила передним шипом. Причем, чем больше разгибается бедро, тем больше внедряется задний шип, следовательно, тем прочнее получается костный «замок».

В тех случаях, когда имеется показание для укорочения анатомической длины этой конечности на 2 см и более, то передним шипом срез центрального отломка можно закрыть полностью. Вот почему эту операцию можно назвать костнопластической.

Есть основание предполагать, что образование костной мозоли при данном методе должно произойти быстрее, чем при некоторых других методах остеотомии.

При производстве остеотомии верхнего конца бедренной кости мы стремимся сохранить максимальную длину бедренной кости и пересекаем ее на уровне малого вертела или тотчас выше него. Положительной стороной остеотомии на указанных уровнях является сохранение максимальной длины конечности без вторичной деформации бедренной кости под малым вертелом. При пересечении бедренной кости долотом на уровне губчатой структуры не бывает осколков, как это нередко имеет место при пересечении ее ниже малого вертела. Некоторое укорочение анатомической длины бедра (на 1—1,5 см) возме-

щается функциональным удлинением конечности за счет исправления оси.

Данная модификация остеотомии верхнего конца бедренной кости применена автором у 10 больных по поводу анкилоза тазобедренного сустава в порочном положении. Возраст оперированных больных — от 14 до 31 года. У них имелось сгибание бедра под углом  $70-120^\circ$ , угол приведения равнялся  $10-35^\circ$  и отведения —  $35^\circ$ .

Исход и отдаленные результаты операций — благоприятные.

Поступила 22 июня 1957 г.

---