

## Новый способ артродеза плечевого сустава (*luxatio humeri centralis artificialis*).

Заведующего клиникой проф. **М. О. Фридланда.**

(С 2 рис.).

Основными условиями для получения прочного синостоза являются широкое, интимное соприкосновение костных поверхностей и их прочная фиксация. Труднее всего соблюсти эти требования при артродезе больших шаровидных (плечевого и тазобедренного) суставов.

Наиболее популярной операцией плечевого артродеза является операция Vulpius'a (Лечение спинномозгового детского паралича, Казань, 1913, стр. 185; Arch. f. klin. Chir., Bd 69): вскрытие сустава продольным subacromial'ным разрезом, освежение суставных поверхностей плеча и лопатки, а также acromion'a и processus coracoidei, с последующей фиксацией плечевой головки посредством двух проволочных швов к acromion'у и суставной впадине, или к acromion'у и processus coracoideus.

Эта операция в руках самого Vulpius'a не оставляла желать, как будто, ничего лучшего. Однако не у всех авторов указанный способ давал столь безошибочные результаты, что побудило Görges'a (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir., Bd 21, H. 2, 1922) модифицировать способ Vulpius'a, а именно, заменить вертикальный разрез мягких тканей лоскутным и, для большей интимности соприкосновения освеженных суставов, пригибать остеотомированный (у детей—без остеотомии) acromion к плечевой головке, соединяя последние проволочным швом, а вторым таким же швом соединяя головку непосредственно с суставной впадиной.

Другие авторы, по понятным соображениям, пытались избежать проволочных швов. В этом отношении остроумен способ Gocht'a (по Görges'у), который насаживает плечевую головку (для чего предварительно делает долотом щель в tuberculus major) на освеженный по своей верхней и нижней поверхностям acromion, фиксируя кости 2—3-мя шелковыми швами. При этом одновременно достигается достаточное соприкосновение суставных поверхностей плечевой головки и fossae glenoidalis.

Biesalsky (Lange, Lehrbuch der Orthopädie, 1922, S. 200) обходится совсем без швов: он соединяет плечо с верхним краем суставной впадины или с processus coracoideus посредством костно-надкостничной пластинки, или же прибавляет плечевую головку к суставной впадине посредством костного гвоздя, выпиленного из tibia.

Похожим костно-пластическим методом пользуются Wierzejewski (Hoffa, Orthop. Chirurgie, 1921, B. 2, S. 10), Рокицкий (Вестн. Хирургии и Попр. Обл., т. 1, кн. 2) и Вреден (Практич. руков. по ортопедии, 1925), которые вставляют костную распорку, укрепляя ее одним концом в искусственном желобе плечевой кости, а другим концом

у *spina scapulae* (Wierzejewski), или же у аксиллярного края лопатки (Рокицкий, Вреден).

Последний способ имеет то преимущество перед способом Bie-salsk'ого, что более удовлетворяет законам механики, а именно, при тенденции плеча к опущению интимность соприкосновения распорки с соединяемыми ею костями увеличивается. Однако, этот способ разделяет с предыдущим и его недостаток: при нем черезчур мала поверхность соприкосновения и ненадежен трансплантат, долженствующий проделать длинный и сложный цикл перестройки прежде, чем сможет служить окончательной цели фиксации.

Таким образом в вопросе об артродезе плечевого сустава еще не сказано последнее слово, в виду чего я позволяю себе к перечисленным методам присоединить свой собственный, который применен был мною на двух больных девочках: 3-летнего возраста (оперирована 3/VI 1924) и 10-летнего возраста (оперирована 27/V 1925) по поводу левосторонней моноплегии плеча, с успехом, выразившимся в образовании, спустя около 4 месяцев, прочного анкилоза (в первом случае костного, во втором рубцово-костного), восстановившего в значительной мере функцию пораженной конечности.

Техника операции следующая: продольный *subacromial*'ный разрез, вскрытие сустава; сухожилие длинной головки *bicipitis* отодвигается в сторону, и плечевая головка вывихивается; в *facia glenoidalis* лопатки высекается круглое отверстие возможно больших размеров, особенно в глубине костного массива (уходящего в толщу *spinae scapulae*), и формируется соответствующих очертаний плечевая головка, которая сверху освобождается от хрящевого покрова; затем последняя умеренным нажимом плотно вставляется в дыру *fossae glenoidalis* при абдукции до  $65^{\circ}$  и при легкой ротации плеча внутрь. Предоставленное само себе, плечо прочно держится в приданном ему положении. В заключение—гипсовая повязка.

Эта операция, названная мной „*luxatio humeri centralis artificialis*“, пригодна, я полагаю, и для артродезирования тазобедренного сустава, так как на идею способа я был наведен, в сущности говоря, наблюдавшимся в моей клинике случае *luxationis femoris centralis*, не сопровождавшимся абсолютно никакими растройствами со стороны тазовых органов и закончившимся чрезвычайно прочным костным анкилозом.

Достоинствами рекомендуемой мною операции являются: обширное и интимное соприкосновение костных поверхностей, прочная фиксация, сохранение всей или, во всяком случае, большей части эпифизарной линии плечевой кости, полное исключение из операционного поля инородных тел вроде проволочных швов, костных пластинок и т. п. и, наконец, сравнительная быстрота наступления синостоза. К недостаткам можно бы отнести некоторое укорочение конечности, но оно столь незначительно ( $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$  см.), что не имеет существенного практического значения и вполне окупается тем функциональным результатом, который приобретает больным, благодаря прочному анкилозу.

Что касается деталей способа,—формы опиловки головки и выреза *fossae glenoidalis*,—то они, конечно, могут варьировать в зависимости от желания хирурга и особенностей случая; так, напр., вместо круглой обработки головки можно сделать на ней четырехугольный, слегка пирамидальной формы выступ. При изготовлении, по моему предложению,

анатомических препаратов ординатором заведомой мною клиники, д-ром Д. М. Лапковым, можно было видеть, что в случае затруднения ввести пирамидально - обработанную головку плеча через центр fossae glenoidalis, ее (головку) можно легко ввести через край сустава лопатки, т. е. поступить так, как это, напр., делается при соединении зубцов стенок у деревянных ящиков.

Приводимые фотографии анатомических препаратов (рис. 1 и 2) ясно иллюстрируют сущность оперативного метода.

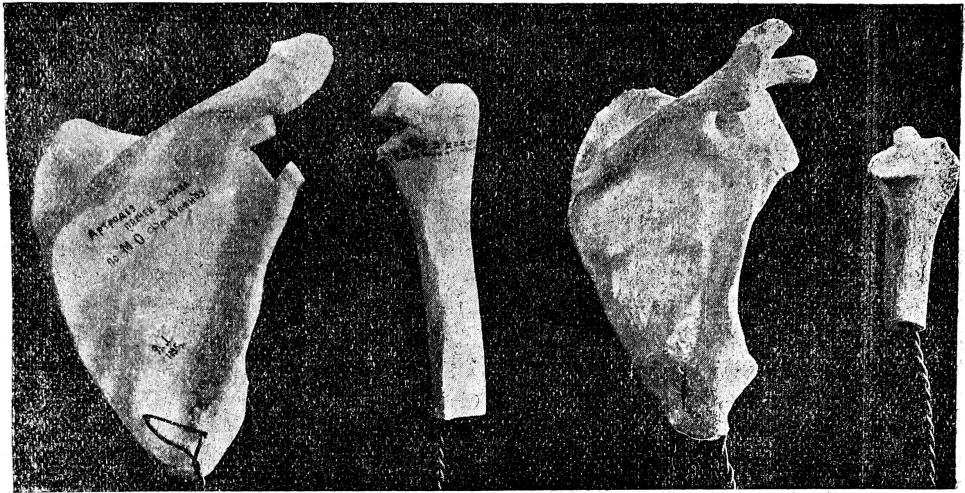


Рис. 1. Слева круглый опил, справа четырехугольно-пирамидальный опил плечевой головки с соответственным вырезом в суставной впадине лопатки.

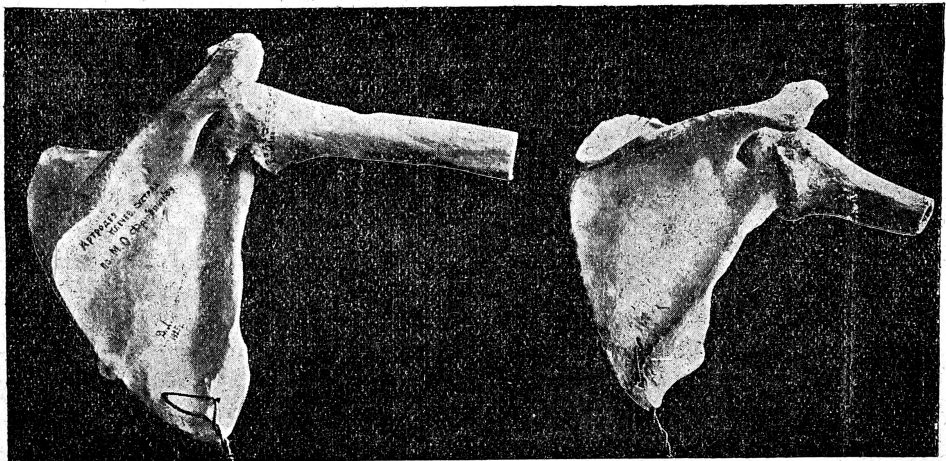


Рис. 2. Те же препараты, что на рис. 1. Плечевые кости прочно держатся в вырезе лопатки.