

Несколько слов по поводу операции артродеза.

(Сообщено в Научном Советании Врачей Клинического Института
24/I 1921 года).

(Аутореферат).

М. О. Фридланда,

Заведующего Ортопедическим Отделением Казанского Клинического Института.

Операция артродеза, или искусственного анкилозирования сустава, произведенная впервые Albert'ом в 1878 г., является одним из благодетельнейших ортопедических методов лечения в случаях полного паралича всех, двигающих данный сустав, мышц и в случаях анкилозов в функционально невыгодном положении сустава, когда требуется быстрое восстановление трудоспособности больного при невозможности, по той или иной причине, пользоваться его ортопедическими аппаратами.

Из целого ряда предложенных методов артродезирования, — „экономической“ резекции, „очаговой“ перфорации суставн. хряща (Vulpinus), фиксации шелком, проволокой (Dollinger), серебряными скобками (Herz), гвоздями (Hübscher), костными штифтами (Kargewsky, Lexer), смазывания суставных поверхностей чистой карболовой кислотой с последующим промыванием чистым алкоголем (фенартродез Mencièrè'a), или различных костно-пластических методов (Hoffa, Wittek'a, Starz'a), в сочетании с тенофасциодезом (Tilanus, Reiner, Codivilla) или без такового, — заслуживают, на основании опыта докладчика, насчитывающего в своей практике 18 случаев артродеза, предпочтения наиболее простые способы, каковыми являются способ „экономической“ резекции и способ „очаговой“ перфорации с добавлением в особых случаях (при значительной разболтанности паралитического сустава) фенартродеза. Весьма важна при этом длительная фиксация в гипсовой повязке (не менее 4-х месяцев).

Доклад иллюстрируется тремя артродезированными больными. Первый случай относится к 22-х летней девушке с полным параличом левой ноги (кроме мышц, двигающих тазобедренный сустав, которые умеренно паретичны) при резкой разболтанности коленного и голеностопного суставов; этой больной был произведен в один сеанс артродез обоих суставов; больная еще не закончила курса гипсовой фиксации (после операции прошло лишь около 3-х месяцев), но коленный сустав уже почти неподвижен (сгибательные пассивные движения до 5° в размахе), голеностопный же сустав фиксирован менее прочно. В этом случае, если полная фиксация не будет достигнута через месяц, предполагается долечивание инъекциями иодной настойки в сустав. Два других случая касаются юношей 14 и 18 лет.; им произведены артродезы коленных суставов по поводу бывшего костного анкилоза в резко согнутом положении суставов, вследствие чего больные могли передвигаться лишь с помощью двух костылей; теперь же, после операции, — полный костный анкилоз (проверенный рентгеноскопически) в прямом положении ноги, благодаря чему оба больных совершенно свободно ходят и бегают без всяких подпорок. Наибольшее укорочение ноги (в 2 и $4\frac{1}{2}$ см.) у каждого больного корригировано высоким каблуком, так что в походке незаметно даже особенного прихрамывания.
