

ОПЕРАТИВНОЕ ВПРАВЛЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ

А. А. Абакаров

Горьковский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки РСФСР, проф. М. Г. Григорьев)

Основным патогенетическим звеном при врожденном вывихе бедра является дисплазия всех элементов тазобедренного сустава [1, 2]. Предложено множество методик оперативного лечения больных с этой патологией. Разработка и внедрение в клинику щадящих операций с сохранением хряща вертлужной впадины, устранение компрессии в суставе значительно улучшили результаты лечения. Однако процент асептического некроза головки бедренной кости остается еще высоким [3, 4].

Мы разработали щадящий доступ для оперативного вправления врожденного вывиха бедра, позволяющий улучшить трофику проксимального конца бедренной кости и вертлужной впадины. Согласно нашей методике, разрезом на 1 см ниже передней верхней ости, дугообразно проходящим через область большого вертела на диафиз бедра, послойно рассекаются кожа и подкожная клетчатка. Поверхностная фасция пересекается аналогично доступу Олье—Мерфи—Лексера. Промежуток между средней ягодичной и напрягающей широкую фасцию мышцами тупо расширяется. Выделяется капсула сустава по передневнутренней поверхности и рассекается крестообразно в бессосудистой зоне. Фрагменты капсулы сустава берутся на капроновые держалки. Осматривается вертлужная впадина, удаляются жировое тело, рубцы, круглая связка, рассекается поперечная связка и выправляется лимбус.

Поднадкостнично обнажается подвертельная область бедра. С передневнутренней поверхности межвертельной области сбивается костно-надкостничная пластинка с прикрепляющимися мышцами и отводится в сторону (рис. 1), что в два раза увеличивает угол операционного действия.

Вертлужная впадина обычно треугольной формы и не соответствует сферичности головки бедренной кости. С целью моделирования впадину обрабатываем тупыми фрезами Богданова до появления блестящего хряща. Этот момент операции требует особого внимания, так как применение режущих фрез может травмировать суставной хрящ впадины. Из впадины следует удалить все мягкие ткани и, приложив минимальные усилия, желательно придать ей сферическую форму. При значительной скошенности и торсии впадины целесообразно применение методик реконструкции по Ланцу — Ситенко, Пембертону или остеотомии таза по Солтеру.

В целях укорочения отдельного сегмента кости мы производим низкую межвертельную поперечную остеотомию бедра. Устраняем натяжение пояснично-подвздошной мышцы за счет сбивания и смещения малого вертела. На дистальном фрагменте отмечаем высоту укорачиваемого сегмента кости и, удалив внутреннюю его часть, формируем костный выступ — шип.

На проксимальном фрагменте формируем выемку по ходу костномозгового канала. После обработки шипа и выемки цилиндрическими фрезами осуществляем их телескопическое соединение с фиксацией стягивающими винтами. Это позволяет нам произвести укорочение, деторсию, а за счет разницы в диаметре костномозговых каналов — и варизацию проксимального фрагмента бедра.

Головку бедренной кости вправляем во впадину. Для профилактики ее релаксации создаем дополнительные связки двумя капроновыми швами, идущими от лимбуса к основанию большого вертела. Костно-надкостничную пластинку на мышечной ножке фиксируем капроновыми швами к основанию шейки бедренной кости чуть выше места сбивания. Восстанавливаем целостность надкостницы в подвертельной и межвертельных областях и рану зашиваем послойно наглухо кетгутom.

Описанная выше операция, в отличие от известных способов оперативного лече-

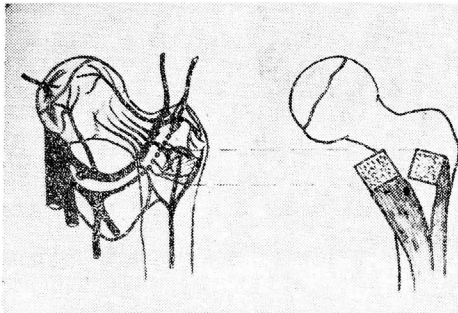


Рис. 1. Схематическое изображение сосудов проксимального конца бедра и место отбивания костно-надкостничной пластинки на питающей ножке.

ния, улучшает трофику проксимального конца бедренной кости за счет создания дополнительного источника питания — костно-надкостничной пластинки на питающей ножке.

По данной методике прооперировано 218 детей с врожденным вывихом бедра в возрасте от 1 до 10 лет. Отдаленные результаты до 12 лет показали целесообразность широкого применения указанной операции.

С целью создания оптимальных условий для доразвития вертлужной впадины при ацетабулярном индексе до 35° и отставании оссификации тела подвздошной кости нами предложена операция, позволяющая усилить васкуляризацию надвертлужной области. Для этого долотами Корнева отгибаем костную пластинку в надвертлужной области и перемещаем ее на головку бедренной кости. В расщеп внедряем костно-надкостничную пластинку с крыла подвздошной кости с прикрепляющейся порцией средней ягодичной мышцы. Фиксацию производим одним шелковым или кетгуттовым интраоссальным швом (рис. 2).

Данная методика операции применена у 9 детей с врожденным вывихом бедра в возрасте от 1,5 до 4 лет с хорошими результатами лечения в отдаленные сроки.

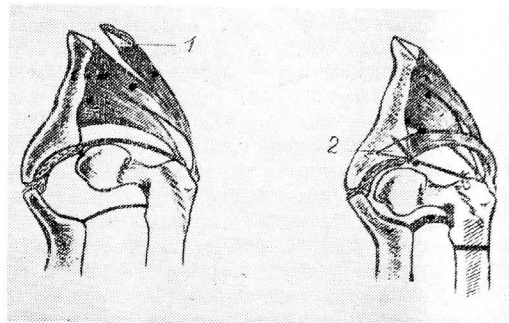


Рис. 2. Взятие аутотрансплантата на питающей ножке с гребня подвздошной кости и внедрение его в расщеп надвертлужной области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрианов В. Л., Ганкин А. В. В кн.: Актуальные вопросы детской травматол. и ортоп., Л., 1979.—2. Волков М. В., Никифорова Е. К., Дедова В. Д. В кн.: Материал. докл. II съезда травматол.-ортоп. СССР. М., 1969.—3. Григорьев М. Г., Бартенева И. С., Свободова А. М. В кн.: Труды II Всероссийского съезда травматол.-ортоп. Л., 1972.—4. Латыпов А. Л., Шулутко И. Л. В кн.: Тезисы докл. II Всероссийского съезда травматол. и ортоп., Л., 1971.

Поступила 12 марта 1984 г.

УДК 616.33—006.6—089.87

ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКА ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ГАСТРЭКТОМИЯХ

М. А. Поляков, А. А. Клименков, Ю. И. Патютко

Отделение абдоминальной онкологии (зав.—проф. А. А. Клименков) Всесоюзного онкологического научного центра АМН СССР, кафедра общей хирургии (зав.—проф. В. Г. Морозов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Вопрос об объеме оперативного вмешательства при распространенных формах рака желудка остается сложным, спорным и нерешенным. В литературе ведется оживленная дискуссия между специалистами, придерживающимися крайних точек зрения. По мере совершенствования методов предоперационной подготовки, анестезии, техники операций и послеоперационного ведения пациентов при раке желудка все шире применяются комбинированные гастрэктомии. По данным В. Н. Сагайдака (1969), при неоперабельных раках желудка истинное вращение опухоли в удаленные соседние органы встречалось лишь у 50% больных. По мнению Николози (1971), оправданно расширенное радикальное вмешательство при раке желудка, осложненном асцитом, диссеминацией по брюшине, желтухой, метастазами в печень, опухолью Крукенберга, вращением рака в толстую кишку и в переднюю брюшную стенку. Жизнь таким больным позволяют продлить, по данным автора, рискованные, «увечающие» операции.

Майннетти (1979) рекомендует выполнять расширенные и паллиативные радикальные операции при далеко зашедшем раке желудка с последующей химио-имму-