

снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности и охраной здоровья трудовых коллективов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Венецкий И. // Вестн. стат. — 1981. — № 7. — С. 40—47.
2. Журавлева К. И. // Статистика в здравоохранении. — М., Медицина, 1981.

3. Случанко И. С., Церковный Г. Ф. // Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения. — М., Медицина, 1983.

4. Четыркин Е. М., Калихман И. Л. // Вероятность и статистика. — М., Финансы и статистика, 1982.

5. Шиган Е. Н. // Методические разработки по прогнозированию в здравоохранении. — М., ЦО.ЛИУВ, 1973.

Поступила 10.03.88

## РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

### КОРРЕКЦИЯ ТАЗОВОГО КОМПОНЕНТА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ

Х. З. Гафаров, И. Ф. Ахтямов

Казанский филиал Всесоюзного Курганского научного центра  
«Восстановительная травматология и ортопедия» (директор — проф. В. И. Евсеев)

Проблема оперативного лечения врожденного вывиха бедра остается актуальнейшей, несмотря на свою столетнюю историю и определенные достижения. От 45 до 68% диспластических коксартрозов развивается на почве врожденного вывиха бедра [1—3].

Уровень современной оперативной техники позволяет в большинстве случаев восстанавливать правильные биомеханические соотношения в тазобедренном суставе, что достигается, как правило, путем открытого вправления головки бедра в вертлужную впадину, а также коррекцией бедренного, тазового компонентов сустава и параартикулярных тканей. Каждый из перечисленных компонентов важен в плане послеоперационного исхода, но наиболее сложным, по нашему мнению, является коррекция тазового компонента.

В нашей стране и за рубежом применяется большое количество способов остеотомий таза, формирования навеса, ацеталбулопластик и т. п. Каждый из них, будь то остеотомия таза по Солтеру, Хиари, Пембертону, имеет свои преимущества и недостатки. Критериями эффективности способов коррекции тазового компонента, как правило, служат степень скошенности крыши вертлужной впадины и возраст ребенка, в котором они используются. На сегодняшний день наиболее популярны методы Солтера, Пембертона, двойные и тройные остеотомии [3, 4].

В детском отделении КФ ВКНЦ «ВТО» в течение последних 8 лет активно проводятся при лечении врожденного под- и вывиха бедра внесуставные операции, направленные на коррекцию всех элементов деформации тазобедренного сустава в один или в два этапа. Открытое вправление, как правило, сочетается с межвертельной остеотомией по Паувельсу. Патологическую анте-торсию и вальгус проксимального отдела

бедра устраняют до нормальных возрастных величин. При этом с целью профилактики послеоперационной наружноротационной контрактуры и снижения компрессии в тазобедренном суставе мы производим пластику наружных ротаторов бедра и пельвиотрохантерной группы мышц. Активно применяем и коррекцию тазового компонента у детей с ацетабулярным индексом более 30°. При небольшой степени скошенности крыши вертлужной впадины у детей младшего возраста выполняем остеотомию по Солтеру.

Детям в возрасте до 3 лет остеотомия таза не показана в связи с имеющейся потенцицией сустава к «доразвитию». Для нормального формообразования сустава подчас бывает достаточно восстановить правильное взаимоотношение головки бедренной кости с вертлужной впадиной путем коррекции проксимального отдела бедра. Однако детям в более старшем возрасте необходима коррекция свода вертлужной впадины.

Достаточно часто в нашей практике встречается выраженная дисплазия крыши вертлужной впадины с ацетабулярным индексом более 45° и наличием «желобка скольжения». В таком случае остеотомия таза по Солтеру не обеспечивает полноценного покрытия головки бедра. Известные же двойные и тройные остеотомии костей таза, обеспечивающие достаточное покрытие, являются слишком травматичными в детском возрасте.

Нами разработан относительно мало травматичный способ лечения (авторское свидетельство № 1380735), который предусматривает формирование мощного аутонавеса на питающей ножке за счет многоплоскостной остеотомии тела подвздошной кости (рис. 1), а также центрацию головки бедренной кости во впадине путем временной

фиксации П-образными швами лимбуса к большому вертелу (рис. 2).

Аутонавес на питающей ножке формируется при помощи разработанного нами

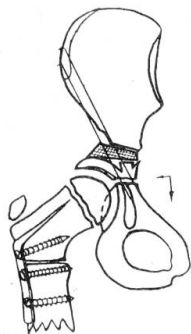


Рис. 1.

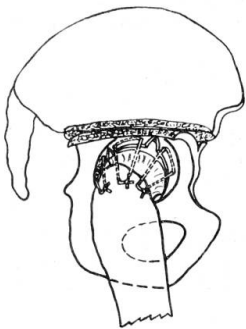


Рис. 2.

многоплоскостного долота, однако может быть выполнено и общепринятыми плоским и желобоватым долотами.

Показанием к предлагаемой операции является врожденный вывих бедра всех степеней у детей старше 3 лет с величиной ацетабулярного индекса более  $45^\circ$ , особенно при наличии «желобка скольжения».

Согласно нашему способу, разрезом от передневерхней ости до большого вертела и вниз вдоль бедра рассекаем кожу, подкожную клетчатку и широкую фасцию бедра. Подход к суставу осуществляем через промежутки между натягивающей широкую фасцию бедра мышцей и передним краем средней ягодичной мышцы. Удлиняем или подсекаем сухожилие подвздошно-поясничной мышцы. Подсекаем сухожилие прямой мышцы бедра от передненижней ости подвздошной кости. Капсулу тазобедренного сустава вскрываем косо продольно. Вертлужную впадину освобождаем от жировой подушки, поперечной, а также круглой связки головки. Ввернутый во впадину лимб приподнимаем и надсекаем радиально в переднем и заднем верхних отделах. Образовавшиеся после надсечения переднюю, верхнюю и заднюю лопасти лимба прошиваем П-образными толстыми кетгутowymi швами снизу вверх. Концы нитей временно фиксируем зажимом. Обнажаем поднадкостнично тело подвздошной кости с обеих сторон, а также межвертельную область бедренной кости. Если имеется надацетабулярный или подвздошный вывих в сочетании с выраженной антеверсией шейки бедра и увеличенным шеечно-диафизарным углом, то производим укорачивающую деторсионно-варизирующую остеотомию. При невысоких вывихах достаточно провести деторсионно-варизирующую остеотомию без укорочения бедренной кости. Фрагменты бедренной кости фиксируем пластинкой Блаунта. За-

тем, защищая мягкие ткани, пересекаем тело подвздошной кости желобоватым долотом выпуклостью, обращенной кверху, на 0,5—1 см выше лимба и игрекообразного хряща косо снаружи внутрь и сверху вниз на  $\frac{2}{3}$  ее толщины, спереди назад до большого седалищного отверстия. Размер долота и радиус изгиба желоба подбираем индивидуально для каждого оперируемого, исходя из рентгенологических параметров вертлужной впадины. При пересечении тела подвздошной кости нижний край желобоватого долота должен проходить на 0,5—1 см выше игрекообразного хряща. Оставшуюся внутреннюю треть тела подвздошной кости пересекаем плоским долотом поперек спереди назад таким образом, чтобы плоскость остеотомии была выше внутреннего края желобоватого сечения на 0,5—1 см и соединялась с ним. После этого дистальный фрагмент костей таза смещаем внутрь вниз и кпереди до образования козырька, полностью покрывающего головку бедра при отведенной конечности. Фрагменты костей таза скрепляем 2—3 спицами. Головку бедренной кости центрируем во впадине так, чтобы ротация бедра была равна 0. Концы нитей заряжаем в прямые иглы от П-образных швов лимба и выводим через мягкие ткани по отдельности на наружную поверхность большого вертела и завязываем в натянутом положении. Концы нитей от верхней лопасти лимба выводим через вершину большого вертела и затягиваем узлом, а концы нитей от передней и задней лопастей завязываем у основания большого вертела спереди и сзади. Рану послыбно ушиваем и накладываем большую тазобедренную полуторную повязку на 1,5—2 месяца.

В детском отделении КФ ВКНЦ «ВТО» предлагаемым способом было прооперировано 56 больных в возрасте от 3 до 14 лет. Остеотомия таза с формированием аутонавеса на питающей ножке была применена у 10 больных с двусторонней патологией, 44 девочки и 12 мальчиков в послеоперационном периоде получили курс физио- и механотерапии, включающий лечебную физкультуру, массаж, парафиновые аппликации, грязелечение, электрофорез хлористого кальция и т. д.

Коррекция всех элементов деформации тазобедренного сустава позволила добиться положительного исхода у 52 больных. У 5 пациентов наблюдалась релюксация головки бедра, из них у 4 была нарушена техника операции, а у одного не был учтен элемент повышенной спастичности мышц при сопутствующем детском церебральном параличе.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абальмасова Е. А., Лузина Е. В. // Развитие тазобедренного сустава после лечения врожд.

денного вывиха и подвывиха бедра у детей. — Ташкент, Медицина, 1983.

2. Волков М. В., Гер-Егизаров Г. М., Юкина Г. П. // Врожденный вывих бедра. — М., Медицина, 1972.

3. Соколовский А. М. // Хирургическая профилактика и лечение диспластического коксартроза. — Автореф. докт. дисс., Минск, 1984.

4. Соколовский А. М. // Ортопед., травматол. — 1987. — № 6. — С. 7—12.

5. Тихоненков Е. С., Мирзоева И. И., Поздников Ю. И. // Внесуставные корригирующие остеотомии бедра и таза при врожденных и остаточных подвывихах бедра у детей. — Метод. рекомендации. — Л., 1978.

Поступила 14.06.88

УДК 616.832.94—089.48 : 616.832.9—008.8

## УСКОРЕННАЯ САНАЦИЯ ЛИКВОРА ПУТЕМ ДРЕНИРОВАНИЯ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА СПИННОГО МОЗГА

Е. К. Валеев, В. Е. Крылов

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии  
(директор — заслуж. деят. науки РСФСР и АССР, проф У. Я. Богданович)

К основным методам лечения субарахноидальных кровоизлияний при черепно-мозговой травме, сопровождающейся гипертензионным синдромом, относятся различные способы дренирования ликворных систем спинного мозга. Применяют ежедневные люмбальные пункции, позволяющие осуществлять санацию ликвора к 12—14-му дню после травмы. Используют люмбальные дренажи с пассивным оттоком жидкости или активным промыванием ликворосодержащих пространств. Однако при этом возникает необходимость постоянного контроля внутричерепного давления, существует и опасность развития восходящей инфекции оболочек и вещества головного мозга.

Нами разработан и внедрен в клиническую практику новый способ дренирования субарахноидального пространства спинного мозга (авторское свидетельство № 1210793), показаниями к которому являются субарахноидальные кровоизлияния различной этиологии, сопровождающиеся гипертензионным синдромом.

Для прокола терминальной цистерны спинного мозга используют любую иглу, предназначенную для спинномозговой пунк-

ции, но с предварительно подогнанной соответственно внутреннему диаметру иглы дренажной нитью — капроновой леской. В положении больного на боку под местным обезболиванием, отступив на 3 см латерально от остистых отростков III—IV поясничных позвонков, производят кожный разрез длиной 1,5 см (см. рис.). Тупым путем в подкожной клетчатке формируют ложе. Из области сформированного ложа боковым доступом осуществляют люмбальную пункцию. При этом игла проходит через длинную мышцу спины (рис. б). Через просвет иглы в субарахноидальное пространство спинного мозга на глубину 2—3 см вводят дренажную нить. Пункционную иглу извлекают (рис. в). Дистальный конец нити провязывают в виде узла на длинной мышце спины, предварительно прошив ее фасцию, тем самым дренажную нить фиксируют в сформированном ложе (рис. г). Накладывают швы на кожу.

Дренажную нить удаляют после регресса общемозговой симптоматики и менингеальных знаков. Санацию ликвора, даже при массивных субарахноидальных кровоизлияниях, осуществляют за 7—8 суток.

Таким образом, у больных с гипертензионным синдромом после поясничной пункции через дренажную нить продолжается постоянный отток ликвора в эпидуральное пространство и прилегающие к леске мышцу и подкожную клетчатку. При снижении ликворного давления ток жидкости замедляется, при его повышении — усиливается. Ликвор из своих вместилищ выводится очень медленно, что обеспечивает более значительное и продолжительное снижение внутричерепного давления. Исключается возможность дислокации ствольных отделов головного мозга. Не наблюдается резкого перепада давления в полости черепа с развитием выраженной ликворной гипотензии и коллапса мозга, что может возникнуть при одномоментном извлечении значительного количества спинномозговой жидкости путем обычной люмбальной пункции.

Поступила 03.01.87.

