

через 9 и 13 лет функциональный результат оказался неудовлетворительным: у 1 больного наступил рецидив контрактуры, а у второго движения в коленном суставе восстановились лишь в границах 180—160°.

У 1 больного контрактура коленного сустава существовала в течение 20 лет. Форсированное сгибание голени привело к перелому надколенника с фрагментацией периферического отломка. Фиксация гипсовой лонгетой осуществлялась 12 дней, а ранняя функциональная терапия позволила восстановить пассивные движения в коленном суставе до угла 90°. Последующая реконструктивная операция, при которой был удален периферический отломок и восстановлена собственная связка надколенника, обеспечила активное разгибание голени; при проверке отдаленных результатов через 6 лет пределы движений коленного сустава оказались равными 180—85°.

Следующей больной по поводу повторного перелома надколенника с давностью контрактуры 5 лет была произведена пателлэктомия с последующей аллопластикой. У 1 больного при показаниях к открытому остеосинтезу в связи с остеомиелитом бедра был использован перкутанный компрессионный метод фиксации с использованием спиц с упорными площадками. При проверке отдаленных результатов через 7 и 10 лет у этих больных функция коленных суставов была в полном объеме.

У 5 больных с небольшим смещением отломков было предпринято консервативное лечение. После 12-дневной иммобилизации конечности приступали к функциональному лечению, которое позволяло устранить бывшую до перелома надколенника контрактуру и получить достаточный объем движений в коленном суставе. При проверке отдаленных результатов через 5—9 лет оказалось, что консолидация наступила у 3 больных, а у 2 между фрагментами образовалась лишь фиброзная спайка, что, впрочем, существенно не отразилось на исходе лечения.

УДК 616.71—001.5—089.84

ВНУТРИКОСТНЫЙ И КОМПРЕССИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Проф. А. В. Барский, доц. Н. П. Семенов

Кафедра общей хирургии (зав.— проф. А. В. Барский) Куйбышевского медицинского института

В клинике общей хирургии Куйбышевского медицинского института за 17 лет (с 1950 по 1966 г.) находилось на излечении 1468 больных с различными переломами трубчатых костей, в том числе с переломами костей голени — 292 (19,88%), причем около двух третей из них (192) были в наиболее подвижном и активном возрасте — от 21 до 50 лет. Мужчин было 217, женщин — 75.

С диафизарными переломами обеих костей голени было 217 (74,31%) больных, с изолированными переломами большеберцовой кости — 66 (22,6%) и с изолированными переломами малоберцовой кости — 9 (3%); с переломами средней трети диафиза — 149 (51%), с переломами нижней трети — 123 (42,12%) и верхней трети — 20 (6,88%).

У 199 чел (68,15%) были закрытые переломы и у 93 (31,85%) открытые.

Консервативные методы лечения переломов были применены у 185 (63,36%) больных (у 116 (39,72%) — гипсовая повязка, у 67 (22,94%) — скелетное вытяжение и у 2 (0,69%) — липкопластырное), оперативные — у 107 (36,64%), в том числе у 9 (3,09%) — ампутация конечности, у 50 (17,12%) — внутрикостный остеосинтез желобоватым гвоздем ЦИТО, у 8 (2,74%) — то же с аутопластикой, у 7 (2,4%) — внутрикостный остеосинтез с компрессией аппаратом О. Н. Гудушаури, у 2 (0,69%) — проволочный шов, у 5 (1,72%) — внутрикостный остеосинтез круглым стержнем ЦИТО через пяточную кость, у 9 (3,09%) — внутрикостный остеосинтез желобоватым стержнем ЦИТО с боковой компрессией по нашему методу, у 12 (4,08%) — боковая компрессия по нашему методу и у 5 (1,72%) — остеосинтез компрессирующей пластиной Х. С. Рахимкулова.

При переломах, не сопровождающихся смещением отломков, или после удавшейся репозиции целесообразно наложение гипсовых повязок. В тех случаях, когда при ручной или аппаратной репозиции (в том числе и скелетном вытяжении) не удается точно анатомически сопоставить и в последующем удержать сопоставленные отломки, следует шире прибегать к оперативному лечению переломов.

Среднее пребывание больных в стационаре с переломами костей голени при лечении гипсовой повязкой составило 18,9 дня, при оперативных методах — 36,3 дня и при скелетном вытяжении — 41 день.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения изучены у 176 (60,27%) больных: у 109 лечившихся консервативными методами и у 67 — оперативными. Сроки наблюдения — от 3 месяцев до 8 лет. При изучении результатов лечения учитывали характер перелома, степень смещения отломков и применявшуюся методику лечения. К оценке

исходов лечения мы подходили с учетом восстановления функции и анатомии поврежденной конечности.

При консервативном лечении у 39 чел. получены отличные результаты, у 18 — хорошие, у 44 — удовлетворительные, у 48 образовались ложные суставы, что потребовало оперативного вмешательства.

После оперативного лечения у 38 больных достигнуты отличные результаты, у 13 — хорошие, у 11 — удовлетворительные и у 5 — неудовлетворительные. К последнему отнесено 2 больных с несросшимися переломами после внутрисуставного остеосинтеза гвоздем ЦИТО и 3 больных с остеомиелитом. Лучшие результаты оперативного лечения наблюдались у больных, оперированных в первые дни и недели после перелома. Операция должна обеспечить прочную, надежную фиксацию отломков, полную их неподвижность по типу максимального сдвлинения.

Что касается сроков потери трудоспособности, то в зависимости от вида, характера и локализации перелома костей голени, а также от примененного метода лечения они колебались от 60 до 130 и даже до 265 дней. Поэтому мы считаем, что оценивать эффективность метода лечения только по дням утраты трудоспособности не следует.

УДК 616.728.2—002.5—616—089

РАДИКАЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ С ГОМОПЛАСТИЧЕСКИМ ЗАМЕЩЕНИЕМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ КОКСИТЕ

И. Г. Маракуша

Кафедра костно-суставного туберкулеза (зав.— проф. Б. Н. Постников, научный руководитель — действ. чл. АМН СССР проф. П. Г. Корнев) Ленинградского ГИДУВа и Ленинградский институт хирургического туберкулеза

В настоящей статье анализируются результаты гомопластических операций, произведенных нами 24 больным, страдавшим туберкулезом тазобедренного сустава.

В зависимости от степени деструкции тазобедренного сустава мы производили два вида гомопластических операций: радикально-восстановительные и реконструктивные. Больным, у которых не было обширных разрушений тазобедренных суставов, а имелись лишь очаги деструкции в головке бедра, производили внутрисуставную некрэктомию с замещением дефекта костно-хрящевым гомотрансплантатом, взятым из соответствующего отдела головки бедра. Обычно для этой цели применяют конусовидные гомотрансплантаты, состоящие из покрытой суставным хрящом губчатой кости [6]. Однако такие конусовидные гомотрансплантаты имеют относительно длинную ножку. По этой причине для фиксации гомотрансплантатов в материнском ложе приходится удалять частично и здоровую губчатую кость головки, а иногда и шейки бедра больного. В отличие от других авторов, мы при этих операциях применяли костно-хрящевые гомотрансплантаты на коротких ножках, что позволяло максимально сохранить не пораженную туберкулезом губчатую кость головки бедра больного. В послеоперационном периоде производилась разработка движений в суставе в сочетании с физиотерапевтическими процедурами на сустав.

По указанной методике оперировано 12 больных в возрасте от 13 до 23 лет. Продолжительность наблюдения после операции — от нескольких месяцев до года (6 больных) и от 2 до 3,5 лет (6 больных). Сгибание конечности в тазобедренном суставе у 8 больных возможно в пределах 180—90°, у 4 других больных восстановился полный объем движений в суставе. Состояние больных, оперированных 2—3 года назад, хорошее. Они ходят без дополнительной опоры. Жалоб не предъявляют.

Пяти больным, у которых головка бедра была полностью разрушена, мы произвели замещение ее гомотрансплантатом — головкой бедра, которую внедрили клином, сделанной из шейки бедра, в предварительно подготовленное костное ложе в шейке бедра больного. Благоприятные исходы получены только у 2 больных. После операции у этих больных прошло 1,5—2 года, конечность у них опорная, сгибание в суставе безболезненное, возможно в пределах 180—90°.

У 3 других больных, оперированных таким методом, через год после операции движения в суставе резко ограничились, у 1 из них наступил перелом гомотрансплантата. Этим больным в последующем были сделаны резекции суставов.

При значительных разрушениях тазобедренного сустава большинство авторов производит замещение проксимального отдела бедра гомотрансплантатом с целью восстановления функции конечности. Однако нередко осложнением после таких восстановительных операций является развивающийся в отдаленном периоде деформирующий артроз сустава, приводящий к резкому ограничению функции и неопороспособности конечности [1, 7 и др.].

Поэтому мы при замещении проксимального отдела бедра гомотрансплантатом стремились получить анкилоз в суставе в функционально выгодном положении и одно-