

2×4 см на глубину 2—3 см. К ране печени подшивалась со вскрытым просветом петля тонкой кишки с наложением энтеро-энтеро-анастомоза.

Я. Д. Витебский (Курган) сообщил о лечении спинномозговых грыж. Хирургическое лечение у новорожденных, максимальное расширение показаний к нему, применение новых методик позволяют спасти жизнь многим, ранее считавшимся обреченными.

А. Ф. Зверев, Г. В. Кречетов (Свердловск) оперировали 34 ребенка в возрасте от 20 часов до 30 дней под интратрахеальным наркозом закисью азота с кислородом. Осложнений от наркоза не наблюдали.

С. Е. Владыкин (Саратов) местную анестезию у большинства новорожденных считает основным видом обезболивания даже в брюшной хирургии.

В. И. Клебанович (Воронеж) при лечении переломов у новорожденных рекомендует при переломах плеча фиксацию шиной из картона в течение 12—14 дней, при переломах бедра — кожное вертикальное вытяжение по Шаде в течение 16—18 дней.

Избрано новое Правление Всероссийского общества хирургов, председателем избран проф. А. А. Вишневский.

Проф. Н. П. Медведев (Казань)

\* \* \*

На третьем и четвертом заседаниях съезда обсуждались вопросы *лечения переломов трубчатых костей*. Было заслушано 24 доклада, в которых высказывалось отношение к тем или иным методам остеосинтеза и давалась их оценка на основании изучения отдаленных результатов.

В. Д. Чаклин остановился на некоторых теоретических предпосылках к лечению переломов костей. Сообщая об известных условиях, необходимых для консолидации, он подчеркнул роль лечащего врача, который должен «управлять ходом сращения отломков», принять меры к усилению действия раздражителей, ускоряющих мозолеобразование. В этом отношении в травматологии утвердился метод тщательной кооптации фрагментов, дозированной компрессии и надежной иммобилизации. Положительным следует считать стимулирование всего организма, а также создание оптимальных условий для регенерации в участке повреждения.

Докладчики были единодушны в признании того, что основным методом лечения переломов трубчатых костей является консервативный, а хирургический должен проводиться по строгим показаниям.

При обсуждении метода интрамедуллярного остеосинтеза наметилось несколько точек зрения. Одни (А. Н. Беркутов с сотр., И. И. Соколов с соавторами, Ф. М. Голуб и М. А. Ахмедов и др.) широко применяли остеосинтез металлом. Другие (В. С. Балакина, Я. Г. Дубров, Л. И. Шулуто с соавторами и др.) более строго ставили показания к этому методу.

В одиночестве осталась З. В. Базилевская, которая высказала крайнюю точку зрения. Основываясь на анализе клинического и экспериментального материала, она пришла к отрицанию ценности металлического остеосинтеза. При этом методе она видела замедленное сращение и отсутствие консолидации. Сроки лечения переломов с применением металлического штифта, на ее материале, оказались более продолжительными, по сравнению с консервативными. З. В. Базилевская после металлоостеосинтеза наблюдала остеомиелит, анкилоз суставов и даже производила ампутацию конечности. На указанных основаниях докладчица считает, что применение металлических гвоздей и стержней при закрытых переломах костей не улучшило исходов, а при ряде локализаций ухудшило их. В одном из выводов этого доклада указано, что «при необходимости применения гипсовой повязки комбинация соединения отломков гвоздем не показана».

Я. Г. Дубров, имея большой опыт в металлическом интрамедуллярном остеосинтезе, счел возможным признать, что преимущество этой операции, по сравнению с консервативными методами, определяется лишь в отношении диафизарных переломов бедренной кости. На других сегментах длинных трубчатых костей лучшие исходы, по данным докладчика, получаются при консервативном лечении. Эти положения докладчика совпадают с взглядами большинства ведущих травматологов.

Вновь пришлось услышать неприемлемые для подавляющей массы хирургов установки клиники А. Н. Беркутова по поводу сроков первичной обработки открытых переломов. В выводах этого доклада указано, что влияние «на исход повреждения оказывает не срок, а качество хирургической обработки». Эта позиция подверглась острой критике.

Совершенно противоположный взгляд был высказан в докладе И. С. Полещука, где дан критический анализ материала из различных лечебных учреждений Владимирской области. Автор пришел к выводу, что плохие отдаленные результаты лечения открытых переломов у большинства больных связаны с поздней хирургической обработкой и качеством ее выполнения.

Следует снова отметить неизбежность известного требования: первичную хирургическую обработку открытых и огнестрельных переломов по возможности производить неотложно, в ближайшие часы после повреждения. Однако это отнюдь не значит, что

доставка пострадавшего на более позднем сроке может служить препятствием для хирургической обработки раны.

Заслуживает сожаления демонстрация из клиники А. Н. Беркутова не совсем удачного учебного кинофильма. По этому поводу крайне резко высказался председатель заседания Б. А. Петров.

В. С. Балакина и В. Г. Вайнштейн (Ленинград) подвергли тщательному анализу 954 больных, лечившихся в институте травматологии. Операции были сделаны лишь 157 больным (13,5%), при этом у 149 был произведен внутрикостный металлический остеосинтез. Одну из основных причин неудачных исходов авторы видят в недостатках организации травматологической помощи и невысоком уровне специальной подготовки хирургов.

И. Л. Крупко и А. И. Воронцов (Ленинград) представили значительный материал по металлоостеосинтезу, где в отличие от других докладчиков из 478 операций в 221 были использованы балки Климова, Воронцова и пластинки Новикова. Авторы считают, что неудачные исходы операции наблюдаются при применении непрочного остеосинтеза или недостаточной внешней иммобилизации конечности. Нужно согласиться с выводами авторов в отношении того, что остеосинтез метафизарных переломов будет наиболее эффективным, если в качестве фиксатора будет применяться металлическая балка, а также с тем, что остеосинтез диафизарных переломов, вне зависимости от способа фиксации отломков, приведет к успеху лишь тогда, когда он дополняется полноценной внешней иммобилизацией.

В связи с этим можно предполагать, что Ф. М. Голуб и А. А. Ахмедов не встретились бы с «кособыми трудностями при лечении высоких переломов плечевой кости», если бы применяли для фиксации фрагментов металлические балки. В этом случае не пришлось бы использовать сомнительной ценности метод чрезустванного проведения металлического штифта, что привело, как пишут авторы, лишь к «почти полному восстановлению функции плечевого сустава».

М. В. Волков и О. Н. Гудушаури поделились опытом применения аппарата Гудушаури при свежих и несросшихся переломах. Этот метод компрессионного остеосинтеза дает хорошие результаты. Преимущество аппарата Гудушаури, по сравнению с внутренними пластинками, дающими компрессию, заключается в том, что при использовании аппарата можно обойтись без операции области перелома и рано приступить к движениям в соседних суставах. Особенно ценным метод Гудушаури может оказаться при лечении открытых переломов костей.

Х. С. Рахимкулов поделился наблюдениями по лечению ложных суставов пластинкой своей конструкции с «замком». При этом автор не считает необходимым дополнительное применение аутопересадки костного трансплантата. Наряду с этим следует отметить мнение большинства докладчиков, которые при лечении ложных суставов отдают предпочтение сочетанию костной пластики с различными видами остеосинтеза (Г. Н. Захарова с соавторами, И. Л. Крупко и А. И. Воронцов, М. Л. Игнатьева и др.).

Я. Н. Родин на основании анализа 1014 операций приводит основные причины неудовлетворительных исходов и дает рекомендации к устранению этих причин. Среди рекомендаций упоминается хорошее, давно известное предложение о необходимости проводить лечение в стационаре до ясно определившегося исхода. Несмотря на несомненную ценность такого предложения, реализовать его, к сожалению, не всегда удается.

М. П. Игнатьева (Москва) подчеркнула большое значение протезирования при несросшихся переломах, идущих без операции и особенно после костнопластических операций. При ходьбе без аппарата у таких больных нередко наблюдаются рассасывание костной мозоли. Она подтвердила выдвинутое нами еще в 1946 г. положение о том, что определяющим фактором в получении хороших результатов является длительная иммобилизация конечности (от 7 месяцев до 1 года и выше) в послеоперационном периоде.

Н. С. Костин (Харьков) сделал сообщение о клиническом значении артериографии при свежих открытых переломах костей. Эта методика позволяет выявить повреждение кровеносных сосудов, определить локализацию, характер и протяженность повреждения сосуда. Полученные данные дают возможность избрать наиболее рациональный метод оперативного вмешательства и улучшить исходы.

И. С. Венгеровский (Томск), сообщая о принципах лечения переломов трубчатых костей у детей, сохраняет свою старую позицию о «самоисправлении» неправильно сросшихся переломов в детском возрасте. По его наблюдениям, перестройка кости происходит на сроках от 6 месяцев до года в зависимости от локализации перелома. Исключения представляют угловые смещения фрагментов, которые подлежат устранению. Оперативное лечение у детей автор применял крайне редко.

Несмотря на большой оптимизм докладчика, мы полагаем, что по возможности точная репозиция отломков у детей, как и у взрослых, должна считаться обязательной и важной задачей при лечении этих больных.

Резюме по докладам и выступлениям в прениях сделал председательствующий проф. Б. А. Петров. Он согласился с необходимостью оперировать переломы по строгим показаниям и признал интрамедуллярный металлический остеосинтез одним из ценных хирургических методов. Однако на первое место среди методов лечения переломов костей должен быть поставлен консервативный; метод скелетного вытяжения является искусством, которому необходимо учиться.

Проф. Л. И. Шулюто  
(Казань)