

бину наркоза, чтобы не перейти в стадию возбуждения или пробуждения. Подача кислорода в наркотической смеси должна быть достаточной. Мы в своей работе скорость подачи кислорода определяем по величине жизненной емкости легких, устанавливаемой у всех больных перед операцией (в среднем 3—5 л/мин). Необходимо постоянно контролировать насыщение артериальной крови кислородом; в некоторых случаях наркоз должен поддерживаться внутривенным введением промедола в дозе 20—40 мг.

Основными преимуществами наркоза в стадии анальгезии перед другими видами ингаляционного наркоза являются благоприятное течение наркоза без угнетения сердечно-сосудистой системы и дыхания, быстрое пробуждение больного без явлений интоксикации наркотиками и удобства для анестезиолога.

Получение хороших результатов анестезии возможно при правильной премедикации и общей подготовке больного. С этой целью анестезиолог должен учитывать характер нервной реактивности больного и его отношение к наркозу и операции, о которых врач обязательно в общих чертах ставит в известность больного. Последнее лучше достигается при помещении больного в палату, где находятся другие пациенты в стадии выздоровления, которые нередко оказывают неоценимую помощь рассказами об обезболивании и операции, о течении послеоперационного периода.

Мы вполне согласны с указаниями А. М. Болдина и А. А. Плавинского (1961), что анальгезический наркоз без электроэнцефалографического контроля вполне управляем, обеспечивает стабилизацию гемодинамики и сохраняет компенсаторные механизмы организма. Считаем необходимым отметить, что при тяжелых продолжительных хирургических вмешательствах лучшим методом ведения наркоза является эндотрахеальный способ. Последний особенно показан у ослабленных больных и при наличии явлений шока (И. Р. Петров—1962).

ЛИТЕРАТУРА

1. Араев Л. Н. Хирургия, 1961, 4.—2. Атанасов А. и Абаджиев П. Анестезиология. София, 1961.—3. Богомолов С. А. и Меркулов Л. И.; Гологорский В. А., Казанцев Ф. Н. и Максимова Г. А.; Дарбинян Т. М., Долина О. А. и Муссель М. Н.; Зольников С. М. и Рославлева Н. Г.; Колесов Б. И., Левин А. О. и Леоско В. А.; Куприянов П. А., Уваров Б. С. и Шанин Ю. Н.; Лукич В. Л.; Напалков П. Н., Костин Э. Д. и Дольников Н. А.; Петровский Б. В. и Ефуни С. Н.; Пулагов А. Т., Стернин М. О. и Нилушкина Г. В.; Хацкевич С. Я. и Оснос И. М. Тез. докл. 2 Всесоюз. конф. хир., травматол. и анестезиол. Медгиз, М., 1961.—4. Болдин А. М. и Плавинский А. А. Здравоохр. Белорусс., 1961, 4.—5. Виноградов В. М. и Дьяченко П. К. Основы клинической анестезиологии. Медгиз, Л., 1961.—6. Добролюбов А. С. Хирургия, 1962, 1.—7. Драгель Ф. Ф. Ортопед., травматол. и протезир. 1957, 1.—8. Жоров И. С. Развитие хирургического обезбоживания в России и СССР. Изд. АМН СССР, М., 1951.—9. Килкович С. К. Закись азота и опыт применения ее в терапии. Дисс., СПб, 1881.—10. Мешалкин Е. Н. и Смольников В. П. Современный ингаляционный наркоз. Медгиз, М., 1959.—11. Петров И. Р. Травматический шок. Медгиз, Л., 1962.—12. Петровский Б. В. и Ефуни С. Н. Хирургия, 1962, 1.—13. Смолдинский К. И. Хирургия, 1961, 12.—14. Федермессер К. М. Анальгезический наркоз закисью азота. Экспер. хир. и анестезиол. 1962, 1.—15. Федермессер К. М., Кубряков Г. П. и Хвалибов Я. В. В кн. Вopr. Анестезиол. и опер. патофизиологии. Изд-во ЦИУ, М., 1959.—16. Artusio Y. F. Diethyl ether analgesia. J. Pharmac. a. exp. Therap., 1954, 8.

Поступила 16 апреля 1962 г.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МЕНИСКОВ

Засл. врач Чувашской АССР Н. А. Ананьев
(г. Чебоксары)

Внутриуставные повреждения коленного сустава встречаются довольно часто. Актуальность изучения таких повреждений связана прежде всего с тремя следующими моментами: 1) широкий круг врачей, в том числе и хирургов, все еще мало знаком с диагностикой и принципами лечения; 2) отдифференцировать отдельные виды повреждений, прежде всего разрыв внутреннего мениска, от болезни Гоффа часто бывает весьма трудно; 3) нет единого взгляда в выборе способа лечения.

За последние годы (1955—1962) нами произведено более 200 операций по поводу внутриуставных повреждений и заболеваний коленного сустава. Данное сообщение основано на оперативном лечении разрыва менисков коленного сустава у 127 человек.

Среди больных соотношение количества мужчин и женщин и повреждения правого и левого коленного суставов равное.

Возраст больных: до 20 лет было 9%, от 21 до 40 — 64%, от 41 до 50 — 20%, от 51 до 60 — 5% и старше — 2%.

Причиной разрыва менисков явились: неловкий поворот туловища или ноги — в 34%, прямой удар по коленному суставу — в 28%, прыжок с высоты — в 12,2% и прочие моменты — в 6%. В 19,8% причина разрыва менисков не установлена.

Повреждение внутреннего мениска наблюдалось в 87,5%, наружного — в 12,5% (по данным ЦИТО соответственно в 84,6% и в 15,4%). Ущемление отторгнутой части внутреннего мениска отмечено в 30% (Ю. Н. Савицкий наблюдал в 13%), наружного — у трех из 17 больных. В 47% во время операции одновременно с разрывом мениска обнаружена той или иной степени гиперплазия крыловидных жировых складок. По-видимому, подобные изменения носят вторичный характер. На вторичные изменения жирового тела, хряща и пр. указывают В. А. Попова (1960), З. С. Миронова (1962) и Б. И. Сименач (1962). Б. И. Сименач пишет, что патологический процесс, развивающийся в поврежденном суставе, состоит как бы из двух тесно взаимосвязанных, взаимообусловленных и взаимоотягощающих компонентов: а) повреждения любого из отделов сустава и б) реактивного воспалительного процесса, охватывающего весь поврежденный сустав. По мнению З. С. Мироновой, жировые подушки увеличиваются у тех больных, у которых повреждение менисков носит острый характер, когда с момента травмы прошел небольшой срок. Наши наблюдения не подтверждают такую закономерность — гипертрофию жирового тела при разрыве мениска мы видели и через 5 лет после травмы. При ущемлении разорванной части мениска изменение жирового тела наблюдалось в два раза чаще, чем без ущемления. Надо полагать, частое ущемление мениска, кроме обострения болей в суставе, предрасполагает к развитию в нем вторичных изменений.

Среди больных с разрывом внутреннего мениска расхождения диагноза не было, лишь при разрыве наружного мениска у двух больных до операции было предположение о кисте мениска. Разрыв мениска до операции, как правило, диагностируется безошибочно: в большинстве случаев он сопровождается «блокадой» сустава, резкими болями и ограничением движений в нем. Операции чаще производились под местной анестезией, редко — под внутрикостной, на второй-третий день поступления больного в стационар. В среднем больными до операции проведено 1,6 дня.

В первые годы операции производились с применением поперечного (горизонтального) разреза. Позднее мы стали пользоваться поперечным разрезом Джонса. Как правило, иссекался только отторгнутая часть разорванного мениска. При паракапсулярном и продольном разрывах мениска у 33 больных в связи с характером разрыва был иссечен весь или почти весь мениск. В послеоперационном периоде больные рано начинали вставать и ходить на костылях. У всех оперированных наступило гладкое заживление послеоперационной раны первичным натяжением. Средний срок пребывания больного в стационаре после удаления внутреннего мениска — 15,2 дня, наружного — 13,1. 3 женщины оперированы в предродовом периоде. Беременность не помешала гладкому выздоровлению.

Во время операции мы нашли продольный разрыв менисков в 73%, разрыв переднего рога — в 3%, разрыв заднего рога — в 5%, множественный разрыв — в 13%, языкообразный разрыв — в 3% и поперечный разрыв — в 3%. Ущемление чаще наблюдалось при продольном разрыве.

Обращает на себя внимание разрыв двух менисков одного сустава или какого-либо одного мениска в двух суставах. Наблюдался одновременный разрыв внутреннего и наружного менисков одного сустава у двух больных, в том числе у одного из них с обеих сторон. Разрыв вначале внутреннего, а через 9 месяцев — наружного менисков наблюдался у одного больного; разрыв внутреннего мениска одного сустава и через год другого сустава наблюдался у двух больных. У первых двух разрыв наружного мениска обнаружен случайно при удалении разорванного внутреннего мениска. З. С. Миронова также указывает, что повреждение двух менисков обычно выявляется только во время операции. Кроме того, у двух больных, помимо разрыва мениска, имелась суставная «мышь».

Отдаленные результаты известны у 102 человек (из 127): 91 после менискэктомии по поводу разрыва внутреннего мениска и 11 — наружного; у 13 человек получить сведения об отдаленных результатах не удалось, у 12 — недостаточен срок наблюдения: не прошло 6 месяцев после операции (см. табл.).

При оценке отдаленных результатов лечения мы, так же как З. С. Миронова, считали вполне приемлемым отнести к хорошим результатам такие, когда больной не предъявляет жалоб на боли в суставе, отсутствует выпот и оперированный продолжает заниматься тем же трудом, которым он занимался до получения травмы.

Удовлетворительным послеоперационным результатом можно считать, если у больного явления синовита и боли в ноге возникают лишь периодически, в связи с чем он вынужден ограничить себя в ходьбе или перейти на более легкий вид труда.

Плохим результатом можно считать такой, когда больной в связи с болями, возникающими синовитами и разболтанностью сустава становится неработоспособным.

Прослежены от 6 месяцев до 7 лет хорошие результаты у 93% больных, удовлетворительные — у 6% и плохой — у одной больной.

Таблица

Сроки оперативного вмешательства после травмы	Сроки наблюдения результатов				Всего больных
	от 6 мес до 1 г.	от 1 г. до 3 лет	от 3 лет до 5 лет	свыше 5 лет	
от 7 до 25 дней	1	2	1	—	4
от 1 мес. до 6 мес.	4	21	5	6	36
от 6 мес. до 1 года	—	6	4	4	14
от 1 года до 3 лет	4	7	3	4	18
от 3 лет до 5 лет	1	8	1	2	12
свыше 5 лет	2	9	1	1	13
неизвестно	1	3	—	1	5
Итого	13	56	15	18	102

Наши данные показывают, что результаты лечения не всегда зависят от времени, прошедшего с момента травмы до операции.

Плохой исход был у одной больной; у нее после операции появилась неустойчивость в коленном суставе в связи со слабостью внутренней боковой связки.

По поводу регенерации мениска после его удаления нет единого взгляда. Некоторые авторы (А. В. Кузьмина, Г. Н. Лукьянов и С. М. Покровский, Н. И. Медведева и др.) на основании экспериментальных данных говорят о полном восстановлении мениска. Двум больным после полного удаления внутреннего мениска по поводу разрыва через 1 г. и 3 месяца мы произвели повторную артротомию с целью иссечения жирового тела. Ни мениска, ни каких-либо новых образований, похожих на мениск, не было обнаружено. Вместо удаленного мениска нашли тоненькую, шириной 2—3 мм, соединительноканную ленту, исходящую из суставной капсулы. Такие же изменения наблюдали И. А. Витюгов на собаках и З. С. Миронова при реартротомиях у больных.

В зависимости от характера работы трудоспособность у большинства восстановилась в сроки от 1 до 2 месяцев после операции: у столяров, токарей и слесарей — через 1—1,5 месяца, у разнорабочих, монтажников и плотников — через 2 месяца и т. д.

ВЫВОДЫ

1. Разрыв менисков наблюдается чаще в возрасте от 21 до 40 лет (64%) независимо от профессии и характера работы.
2. Почти у половины больных при разрыве менисков возникает гипертрофия жирового тела. Она чаще наблюдается при ущемленных разрывах и подлежит одновременному иссечению.
3. Разрыв внутреннего мениска может быть диагностирован и подвергнут оперативному лечению и в ранние сроки.
4. Отдаленные результаты оперативного лечения разрыва менисков вполне благоприятны.
5. После полного удаления мениска регенерация его не наступает.
6. Восстановление трудоспособности после оперативного лечения разрыва менисков в зависимости от характера работы у большинства оперированных происходит в сроки 1—2 месяца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Витюгов И. А. Орт. травм. и прот. 1958, 6. — 2. Кузьмина А. В. Хирургия, 1940, 7. — 3. Лукьянов Г. Н. и Покровский С. М., Сов. хир., 1929, 4—5. — 4. Медведева Н. И. Труды ЛИТО, 1957, вып. 6; 1958, вып. 7. — 5. Миронова З. С. Повреждения коленного сустава при занятиях спортом М., Медгиз, 1962. — 6. Попова В. А. Методич. письмо № 15, Иркутск, Ин-т травматологии и ортопедии, 1960. — 7. Савицкий Ю. Н. Автореф., канд. дисс., 1957, Минск. — 8. Сименач Б. И. Орт. травм. и прот., 1962, 2.

Поступила 23 ноября 1963 г.