

Из 425 госпитализированных за 5 лет пациентов с острым холециститом старше 60 лет было 89. Всего было оперировано 117 больных, из них 25 пожилых, 5 стариков и 1 долгожитель (мужчин 5, женщин 26). Давность заболевания свыше 10 лет была у 7 больных, от 5 до 10 лет — у 10, от года до 5 лет — у 8 и до года — у 6. 27 больным сделана холецистэктомия, 3 — холецистэктомия и холедохотомия и одному — холецистостомия. У всех были обнаружены конкременты в пузыре и у 3 — в холедохе. Флегмонозное воспаление было у 22, гангренозное — у 8 и эмпиема пузыря — у одного больного. 3 холецистэктомии сделаны под местной анестезией с применением литической смеси, 25 — под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом и 3 — под эндотрахеальным наркозом закисью азота.

Следует отметить, что за 5 лет из 86 прооперированных по поводу холецистита больных в возрасте до 60 лет никто не умер, а из 31 больного старше 60 лет умерло 6. Из них от пневмонии в послеоперационном периоде умерло 2 больных, от сердечно-легочной недостаточности — 2, от перитонита — одна и от билиарного цирроза печени — одна. Таким образом, только одна умерла от хирургического осложнения операции — от перитонита.

С острым панкреатитом госпитализировано 17 больных старше 60 лет, в том числе 3 старше 75 лет. У всех больных диастаза мочи была 512—1024 и выше. Острый отек поджелудочной железы диагностирован у 14, острый гнойно-некротический панкреатит — у 3 больных. Эти больные были оперированы под эндотрахеальным наркозом. Все 3 больных умерли в послеоперационном периоде от панкреонекроза и интоксикации.

Перфоративная язва желудка наблюдалась нами у 80 больных, из них 5 были старше 60 лет. Все мужчины. 2 поступили в первые 6 час., 3 — в первые сутки. Все были оперированы. Сделано ушивание перфоративного отверстия. Осложнений в послеоперационном периоде не было, больные поправились.

К тяжелой патологии следует отнести непроходимость кишечника. Резкое нарушение водно-солевого и белкового равновесия организма на фоне слабой сопротивляемости и недостаточности резервных сил нередко приводит в послеоперационном периоде к смертельным исходам.

Всего поступило с непроходимостью кишечника 133 больных, в том числе старше 60 лет — 21. Оперировано 46, в том числе 11 пожилых. Из них спаечная непроходимость была у 6 больных, заворот тонкого кишечника — у 2, заворот сигмы — у 1, узлообразование — у 1 и obturatorная непроходимость — у 1. В послеоперационном периоде один больной умер от дегенеративных изменений внутренних органов и один — от кровоизлияния в мозг.

## ВЫВОДЫ

Хирургия пожилых является одной из недостаточно разработанных глав хирургии и смежных дисциплин.

Необходимо дальнейшее глубокое изучение патофизиологических и биохимических сдвигов в пожилом организме под влиянием оперативной травмы и обезболивания.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Астрожников Ю. В. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у пожилых людей, г. Владимир, Облиздат, 1962.
2. Рыжов П. В. и Голигорский С. Д. Неотложная хирургическая помощь в пожилом и старческом возрасте. Кишинев, Книгоиздат, 1956.
3. Стручков В. И. и Долина О. А. Хирургия, 1961, 4.
4. Фурман Ю. О. Казанский мед. ж., 1963, 3; 1963, 5.

УДК 616.071—001.5

## ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА

*У. Я. Богданович*

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

Открытые переломы бедра в мирное время встречаются сравнительно редко (по Л. И. Шулуто, 1958, они составляют 3% всех открытых переломов костей). В Центральном институте травматологии и ортопедии с 1924 по 1957 г. лечилось 58 больных с открытым переломом (Н. Н. Приоров, 1958), а в клинике госпитальной хирургии Минского медицинского института за 18 лет — 21 больной (И. Ф. Бородин, 1963). По нашим данным, открытые переломы бедра составили 7% всех переломов бедренной кости.

Сведения о результатах лечения открытых переломов бедра, имеющиеся в литературе, касаются в основном небольшого числа больных и весьма разноречивы. Как правило, приводятся обобщенные исходы, относящиеся к лечению качественно различных видов повреждений. Одной из главных причин этого является различное тол-

кование термина «открытый перелом». Одни относят к открытым все переломы с нарушением целостности кожных покровов в пределах поврежденного сегмента с подразделением их на «проникающие» и «не проникающие» в зону перелома (А. В. Каплан) или «сообщающиеся» и «не сообщающиеся» с внешней средой (Л. Г. Школьников). Другие (С. И. Баренбойм, С. Л. Трегубов, Л. Белер) считают открытыми только такие переломы, при которых рана мягких тканей сообщается с зоной перелома кости.

Мы признаем открытыми только такие переломы, которые сопровождаются нарушением целостности «...всей толщи мягких тканей и кожных покровов, в результате чего образуется раневой канал, проходящий от поврежденной кости до кожного покрова, который может оказаться воротами для проникновения микробов» (Л. И. Шулуто, 1960).

Тактика хирургов по лечению открытых переломов бедра далеко не одинакова. Некоторые из них придерживаются мнения, что внутрикостная фиксация должна производиться сразу же после хирургической обработки раны, другие — что внутрикостную фиксацию лучше всего осуществлять после заживления кожной раны. В последнее время за рубежом увеличивается число сторонников такого «отсроченного» остеосинтеза (В. К. Каллберз и В. Б. Сосаар, 1964).

По данным А. В. Каплан (1963), при внутрикостной фиксации «проникающих» открытых переломов первичное заживление раны получено лишь в 40%, а остеомиелиты наблюдались в три раза чаще, чем без остеосинтеза. Maatz (1962), Macausland а. Eaton (1963) также отмечают, что после первичного металлостеосинтеза открытых переломов бедренной кости могут развиваться тяжелые воспалительные осложнения.

Опыт показывает, что исход открытых переломов в значительной мере зависит от величины кожной раны. А. В. Каплан разделяет раны при открытых переломах на небольшие — до 2—3 см, средние, или значительные — 8—10 см и большие, или обширные раны — больше 10 см.

По-видимому, целесообразно выделять в отдельную группу открытые переломы, которые образуются от прокола кожи костным фрагментом изнутри, или «непрямые открытые переломы» (Häbler, 1955). Мы их называем вторично открытыми переломами. При этих переломах зона повреждения мягких тканей бывает, как правило, незначительной, что уменьшает возможность инфицирования и создает лучшие условия для заживления.

Особую группу, по общему признанию, составляют открытые переломы огнестрельного происхождения, которые значительно отличаются от других форм открытых переломов (И. Д. Давыдовский, В. Ф. Трубников). Исход открытых переломов зависит также от сроков и качества хирургической обработки раны, времени начала и регулярности лечения антибиотиками, что прослежено на многих сотнях раненых (А. С. Георгиевский, И. Л. Крупко, А. П. Колесов).

Сотрудники нашего института А. Я. Еселевич и А. Ю. Подвальный показали (1956), что если первая помощь была оказана в пределах 30 мин. после травмы, то раны были стерильными в 40%, при оказании же первой помощи в более поздние сроки показатель этот снижался до 20,3%. Частота выявления патогенных микробов в первом случае составляла 9,7%, при запоздалой первой помощи она возрастала до 15%.

Всего за 1961—1964 гг. в нашем институте находилось на лечении 25 больных с открытыми переломами бедра. Перелом в верхней трети был у одного, в средней — у 14 и в нижней — у 10 больных.

Противошоковые мероприятия были начаты до поступления в институт 5 больным, а хирургическая обработка раны была произведена 7. Во всех остальных случаях первая врачебная помощь ограничивалась наложением асептической повязки, введением противостолбнячной сыворотки и транспортной иммобилизацией.

У 14 больных, поступивших в шоковом состоянии, противошоковая терапия включала переливание крови и противошоковых жидкостей, вливание полиглюкина, новокаиновые блокады, инъекции гидрокортизона, местную гипотермию и др.

Хирургическая обработка раны мягких тканей производилась по общепринятым методам.

Больных с первично открытыми переломами было 14, из них заживление первичным натяжением было у 5, нагноение развилось у 4. У двух подростков (14 и 15 лет) перелом сросся через 2 месяца, у остальных — на сроках от 4 месяцев до 2 лет.

Со вторично открытыми переломами было 7 больных, раны зажили первичным натяжением; перелом сросся на сроках от 3 до 9 месяцев.

С огнестрельным переломом было 4 больных. У одного развилось нагноение раны, у двух — остеомиелит, один умер. Из этих больных за время наблюдения от 8 месяцев до полутора лет перелом не сросся ни у одного.

Малая зона повреждения мягких тканей бедра была у 10 больных. У 9 рана зажила первичным натяжением, и лишь у одного развилось поверхностное нагноение.

Средняя зона повреждения мягких тканей наблюдалась у 10 больных. Только у 2 раны зажили первичным натяжением, у 3 — вторичным натяжением, у 4 развился остеомиелит, и один больной умер.

Обширная зона повреждения мягких тканей была у 5 больных, из них первичным натяжением рана зажила у одного, вторичным натяжением — у 2, остеомиелит развился у 2.

Ранняя хирургическая обработка раны (до 3 часов с момента ранения) не была произведена ни у одного больного. В сроки от 3 до 6 час. хирургическая обработка произведена у 8 больных. У 7 из них рана зажила первичным натяжением, у одного — вторичным.

В сроки от 6 до 12 час. с момента ранения хирургическая обработка произведена у 9 больных, из которых лишь у 2 рана зажила первичным натяжением, у 4 развилось нагноение и у 3 — остеомиелит.

Лечение антибиотиками в сроки до 6 час. с момента ранения было начато 9 больным. У 8 раны зажили первичным натяжением и у одного — вторичным.

В сроки от 6 до 12 час. лечение антибиотиками было начато также 9 больным. Первичным натяжением раны зажили лишь у 2, у 4 — вторичным и у 3 больных развился остеомиелит.

Первичный металлоостеосинтез был произведен 8 больным с открытыми переломами бедра в сроки от 3 до 36 час. с момента травмы. Первичным натяжением рана зажила у 2 больных, вторичным — у 2, остеомиелит развился у 3, и один умер от шока и жировой эмболии (остеосинтез произведен ему через 12 час. после огнестрельного ранения средней трети бедра). У 3 из этих больных перелом сросся через 4—6 месяцев, у 3 через 10—12 месяцев и у одного — через 1,5 года.

Отсроченный металлоостеосинтез был произведен 4 больным соответственно на 4-й, 15-й, 18-й и 96-й день после травмы. У них раны зажили первичным натяжением, перелом сросся у 3 больных через 3—8 месяцев, у одного — через 1,5 года; отдаленный результат лечения у 3 признан хорошим и у одного — удовлетворительным.

Скелетным вытяжением с последующей иммобилизацией гипсовой повязкой лечилось 10 больных, главным образом дети и больные с небольшой зоной повреждения мягких тканей; у 6 из них рана зажила первичным натяжением, у 3 — вторичным и у одного развился остеомиелит. У 8 больных перелом сросся через 3—8,5 месяцев, у одного — через 2 года и у одного не сросся.

Иммобилизацией гипсовой повязкой лечилось 3 больных, у двух из них были обширные огнестрельные раны, у одного — вторично открытый перелом с незначительной зоной повреждения. У первых 2 больных развился остеомиелит, перелом не сросся, у третьего рана зажила первичным натяжением, перелом сросся через 4 месяца.

Подводя некоторые итоги лечения больных с открытыми переломами бедра, мы можем отметить, что при вторично открытых переломах бедра с незначительной зоной повреждения мягких тканей были получены хорошие результаты: у всех 7 таких больных раны зажили первичным натяжением, перелом сросся в сроки срастания закрытых переломов.

При первично открытых и огнестрельных переломах результаты значительно хуже: из 18 больных раны зажили первичным натяжением только у 5, вторичным — у 6, остеомиелит развился у 6 и один умер от жировой эмболии. Перелом сросся в сроки до 6 месяцев у 7 больных (из них двое — дети), через 6—10 месяцев — у 4, через 1,5—2 года — у 3 и у 3 перелом не сросся.

Сравнение достоверности результатов лечения указанных выше двух групп больных, произведенное по таблице Фишера, показало, что вероятность случайности  $P=0,010$ , при допуске  $P=0,025$ .

Тяжелое клиническое течение открытых переломов с глубоким нагноением и остеомиелитом почти всегда (у 10 из 12) сопровождалось патогенной микрофлорой раны, у ряда больных — анаэробной, в то время как при первичном заживлении раны у 8 больных из 12 в раневом отделении были обнаружены только сапрофиты.

Результаты первичного металлоостеосинтеза, произведенного в сроки до 36 час. с момента травмы, представляются нам не столь отрадными, как у вышеприведенных авторов: из 8 больных у 5 наблюдалось глубокое нагноение раны и остеомиелит, а один умер от жировой эмболии.

При отсроченном остеосинтезе, произведенном или после заживления раны мягких тканей, или после того, как создавалось убеждение об отсутствии признаков инфекции раны, наступало заживление раны первичным натяжением и с хорошими отдаленными результатами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баренбойм С. И. Хирургия, 1937, 1. — 2. Бородин И. Ф. Докл. конф. по лечению переломов костей. Л., 1963. — 3. Гориневская В. В. Основы травматологии, т. II, Медгиз, М., 1953. — 4. Давыдовский И. В. Огнестрельная рана человека. Медгиз, М., 1952, т. 1. — 5. Дубров Я. Г. Внутрикостная фиксация металлическим стержнем. Медгиз, М., 1961. — 6. Еселевич А. Я. и Подвальный А. Ю. Ортопедия, травматология и протезирование. 1956, 6. — 7. Калиберз В. К. и Сосар В. Б. Там же, 1964, 7. — 8. Трубников В. Ф. Лечение огнестрельных переломов бедра. Киев, 1965. — 9. Фридланд М. О. Ортопедия, Медгиз, М., 1954. —

10. Школьников Л. Г. Ортопедия, травматология и протезирование. 1964, 7. — 11. Шулуток Л. И. и Гольдштейн Д. Е. Вопросы клинико-рентгенологической диагностики закрытых переломов трубчатых костей. Казань, 1960. — 12. Häbler C. Handbuch der gesamten Unfallheilkunde, Stuttgart, 1955. — 13. Maatz R. u. a. Knochenbrüche und Verrenkungen, München, 1962. — 14. Macausland W. R., Eaton R. G. J. Bone a. Surgeri, 1963, 45-A, 1643—1653.

УДК 616.071—001.5

## ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

А. А. Беляков

Третья Саранская городская больница (главврач — В. В. Журавлев)

Лечение переломов костей голени связано со значительными трудностями. Неблагоприятные условия васкуляризации и иннервации большеберцовой кости (Л. И. Шулуток, Г. С. Самойлов), частая интерпозиция мягких тканей, особенности плоскости излома — все это отрицательно сказывается на течении процесса мозолеобразования, затрудняет вправление и удержание отломков в правильном положении.

По данным отечественных авторов, плохие исходы таких травм составляют от 2,8 до 6% (В. С. Балакина и Н. И. Медведева, 1961; Л. И. Шулуток, У. Я. Богданович, Д. Г. Тахавиева, 1963; и др.).

Нами были изучены отдаленные исходы у 186 больных с диафизарными переломами костей голени, лечившихся в травматологическом отделении за последние 13 лет. Мужчин было 135, женщин — 51.

Наиболее часто (75,2%) переломы наблюдались в возрасте от 20 до 50 лет.

Непроизводственные травмы занимают первое место (61,8%).

У 157 больных переломы были закрытые, у 29 — открытые.

Переломы в нижней трети голени составляют 58%. Изолированный перелом большеберцовой кости был у 35 больных.

Поперечных переломов было 53, косых — 66, винтообразных — 15, оскольчатых — 52.

44% составляют переломы, возникшие в результате непосредственной травмы (преимущественно поперечные), 56% — от приложения косвенной силы действия (преимущественно косые, винтообразные и оскольчатые).

У 172 больных переломы были со смещением костных отломков.

78,5% больных лечились консервативно; 14 больным был применен иммобилизационный метод, 111 произведена одномоментная ручная репозиция, 21 — скелетное вытяжение, двум больным скелетное вытяжение наложено при вторичном смещении отломков после первичной хирургической обработки открытых переломов.

Открытая репозиция с внедрением отломков была произведена 27 больным, костная пластика скользящим аутоотрансплантатом — 10 (при неправильно сросшихся переломах), металлический остеосинтез гвоздем Богданова — 2.

Сроки с момента травмы до оперативного вмешательства были различными — от первых часов до 3 месяцев.

Среднее количество койко-дней при консервативном методе — 17,4, а при оперативном — 35,5.

Средний срок гипсовой иммобилизации при консервативном методе равен 4,1 мес., а при оперативном — 5,4 мес. Наиболее продолжительной гипсовая иммобилизация была при костной пластике с применением скользящего аутоотрансплантата (у 10 больных — от 4 до 8 месяцев).

Отдаленные результаты лечения оценивались следующим образом.

Хороший результат — правильная ось конечности; полная подвижность в суставах; отсутствие атрофии и отеков; трудоспособность восстановлена.

Удовлетворительный результат — небольшая деформация; укорочение конечности в пределах 2 см; незначительное ограничение движений в голеностопном суставе; непостоянные боли; трудоспособность не нарушена.

Плохой результат — значительные анатомические и функциональные изменения (из-за отсутствия сращения или в связи с неправильным сращением) с нарушением опорной функции конечности, с частичной или полной утратой трудоспособности.

При консервативном лечении хорошие и удовлетворительные результаты получены у 121 больного, плохие — у 25, а при оперативном лечении соответственно у 25 и у 15.

Плохие результаты наблюдались преимущественно при переломе голени в нижней трети (у 35 из 108); при открытом переломе (у 13 из 29); оскольчатом (у 24 из 52) и поперечном (у 17 из 53); при смещенных переломах (у 40 из 172).