

10. Школьников Л. Г. Ортопедия, травматология и протезирование. 1964, 7. — 11. Шулушко 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. Шулушко, 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. Шулушко, 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).

Неправильное сращение перелома оказалось у 19, ложные суставы — у 14 и анкилозы и контрактуры — у 7 больных.

Остеомиелит возник у 7 больных, трофическая язва — у 4.

Основные причины осложнений и плохих исходов:

1. Недооценка возможности применения метода скелетного вытяжения (21 на 172 смещенных перелома) и методов оперативной репозиции закрытых переломов (2 металлостеосинтеза), зато неоправданно много одномоментной закрытой репозиции (111 на 172 смещенных перелома).

2. Недостаточно прочная фиксация и отсутствие применения металлических конструкций при оперативной репозиции (2 металлостеосинтеза из 40).

3. Погрешности в первичной хирургической обработке открытых переломов. Отсутствие или недостаточное применение антибактериальной терапии (у 7 из 29 больных с открытым переломом наблюдался остеомиелит, а у 4 — трофическая язва).

4. Необоснованное удлинение срока гипсовой иммобилизации (у 37 из 186 она продолжалась от 4 до 8 месяцев).

5. Отсутствие последующего лечения (физиотерапии, ЛФК, массажа).

6. Ранняя или поздняя функциональная нагрузка.

7. Преждевременная выписка больных из стационара (71 больной выписан в первые 10 суток, еще 48 — в последующие 5 суток).

Сроки восстановления трудоспособности колебались в значительных пределах. Наиболее короткий срок восстановления трудоспособности — у больных с переломом голени в средней трети (5,4 мес.), а продолжительный — при переломах в нижней трети (5,7 мес.). Минимальный срок восстановления трудоспособности наблюдался при косых и винтообразных переломах (4,4 мес.), а наиболее продолжительный — при оскольчатых (6,3 мес.).

При переломах без смещения восстановление трудоспособности наступало через 4,7 мес., а при смещенных значительно позднее — через 7,8 мес.

У лиц интеллектуального труда срок восстановления трудоспособности — 4,5 мес., а у лиц тяжелого физического труда — 7,5 мес.

Наиболее быстро восстанавливалась трудоспособность при переломах, не требовавших вправления отломков. В группе больных с переломами, подвергшимися вправлению, более короткие сроки отмечались при открытой репозиции, продолжительные — при закрытой (у 62 больных трудоспособность восстановилась за время от 6 до 12 месяцев).

Из 186 больных 67 (34,3%) были переведены на инвалидность.

Чаще всего инвалидность наступала после переломов голени в нижней ее трети (у 39 из 108); открытые переломы привели к инвалидности у 21 из 29, а оскольчатые — у 25 из 52.

Высокий процент инвалидности объясняется тем, что ввиду сложности переломов эти больные нуждались в длительном лечении, в связи с чем и потребовалось перевести их на временную инвалидность. У 46 человек инвалидность продолжалась от 6 месяцев до 2 лет, а у 21 — свыше 2 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балакина В. С., Медведева Н. И. Ортопедия, травматология и протезирование, 1960, 6. — 2. Самойлов Г. С. Лечение переломов костей нижних конечностей. Казань, Таткиногиздат, 1961. — 3. Шулутко Л. И., Богданович У. Я., Тахавиева Д. Г. Тр. II съезда хирургов РСФСР. М., 1963. — 4. Эльяшберг Ф. Е., Александрова И. Л. Ортопедия, травматология и протезирование. 1962. 9.

УДК 616—009.614—612.83

СПИННОМОЗГОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ

С. П. Карпов и Г. Демид

Травматологическое отделение Центральной Республиканской клинической больницы г. Улан-Батора (главврач — С. Авденбай)

Хотя современное развитие общего интратрахеального наркоза и отодвинуло спинномозговую анестезию на второй план, все же она и до настоящего времени может оказаться весьма полезной при операциях на нижних конечностях, особенно в таких условиях, когда нет технической возможности дать наркоз, а местная инфильтрационная или внутритканевая анестезия неприменима.

Спинномозговая анестезия показана при оперативных вмешательствах по поводу свежих переломов костей нижних конечностей, застарелых, неправильно сросшихся