

приходится прибегать к пластической операции. В этом случае многие применяют местную кожную пластику в виде перемещения лоскута по принципу встречных треугольников по А. А. Лимбергу. Это, однако, не исключает возможности использовать и пластику свободным лоскутом.

При обсуждении проблемы лечения повреждений заслуживают внимания вопросы регенерации, а также методы, способствующие заживлению. Человеческий организм чутко реагирует на факторы внешней среды. Являясь причиной повреждений, они создают условия для выработки приспособительных и защитных реакций. При этом возникает комплекс нервных, гуморальных и морфологических сдвигов, которые обеспечивают наиболее совершенные условия для завершения динамики травматического процесса фазой регенерации. Интенсивный расход органических веществ в тканях, ведущий к появлению метаболитов регенерации, сменяется быстро протекающим биосинтезом. В целях активации биосинтеза для возмещения утраченного следует применять диетотерапию. Л. С. Черкасова писала, что пища больных должна содержать полноценные белки, быстро всасывающиеся углеводы и жиры. Кроме того, в пищевой рацион должны быть в достаточном количестве введены витамины и минеральные вещества. При более тяжелых повреждениях белковое питание сочетается с гемотрансфузией. В комплекс средств лечения включаются также эндокринные препараты.

Таким образом, на вооружении хирурга при лечении больных с открытыми переломами костей наряду с хирургическими методами должны быть средства, мобилизующие пострадавшего не только для борьбы с осложнениями, но и, в меньшей степени, для ускорения регенеративного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Еселевич А. Я., Подвальный А. Ю. Тр. Казанского НИИТО, 1957.—
2. Каплан А. В. и Пожарский В. Ф. Совещание по лечению тяжелых травм. Горький, 1970.—
3. Клавелен Ш. Военно-полевая хирургия, 1938.—
4. Приоров Н. Н. Тр. Всесоюзной конф. хирургов-травматологов. Медгиз, 1960.—
5. Стручков В. И. Там же.—
6. Сызганов А. Н. и Ткаченко Г. К. Там же.—
7. Черкасова Л. С. Биохимия травмы. Минск, 1957.—
8. Шулутко Л. И. Тр. Всесоюзной конф., Медгиз, 1960.—
9. Шулутко Л. И. и Казанцев Ф. Н. Тр. III Всесоюз. конф. хирургов и травматологов. Воронеж, 1967.

УДК 616.717.4—616—001.5

ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧА

Л. Г. Ильин

Кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав.—проф. А. Ф. Краснов) Куйбышевского медицинского института и Куйбышевская городская центральная больница им. Н. И. Пирогова (главрач—К. П. Жильцова)

В травматологическом отделении Куйбышевской городской центральной больницы им. Н. И. Пирогова с 1957 по 1966 г. находилось на лечении 156 больных (60 мужчин и 96 женщин, средний возраст—51 год) с диафизарными переломами плечевой кости (20,1% всех переломов плеча). С открытыми переломами было 5 больных, с закрытыми—151; левое плечо было травмировано у 85, правое—у 71. У 33 больных перелом плеча сочетался с другими тяжелыми повреждениями: у 16 с переломами других костей, у 12—с повреждениями лучевого нерва, у 5—с сотрясением головного мозга.

Из видов травматизма выделяется бытовой (49%), уличный (22%), производственный и транспортный (по 13%) и спортивный (3%). Прямая травма была в 74%, непрямая—в 21,2%. У 4,8% больных механизм травмы установить не удалось. Переломы диафиза плеча у 33 чел. (21,1%) локализовались в верхней трети, у 88 (56,4%)—в средней и у 35 (22,5%)—в нижней с типичным для указанных уровней смещением отломков. У 40 больных были поперечные переломы, у 54—косые, у 13—винтообразные и у 49—оскольчатые.

В первые 3 часа после травмы поступило 84 больных, до 6 часов — 17, до 12 часов — 7, до суток — 18 и свыше суток — 30.

140 чел. (90%) мы лечили консервативно. При переломах плеча без смещения накладывали лонгету типа Турнера — Волковича в среднем на 1,5—2 месяца. В последующем назначали физиотерапию и ЛФК. При переломах со смещением (91,3% больных) применяли: а) ручную репозицию с последующей иммобилизацией гипсовой лонгетой, б) одномоментную ручную или аппаратную репозицию с последующей иммобилизацией торакобрахиальной гипсовой повязкой, в) липкопластырное вытяжение на шине ЦИТО, г) скелетное вытяжение на шине ЦИТО, д) метод остеосинтеза.

Отдаленные результаты изучены у 103 (66%) пациентов. Данные о характере, уровне, виде перелома, методах лечения и полученных результатах приведены в таблице.

Метод лечения	Характер перелома		Уровень перелома			Вид перелома				Отдаленные результаты		
	открытый	закрытый	верхняя треть	средняя треть	нижняя треть	поперечный	косой	винтовой	оскольчатый	хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные
Фиксация гипсовой лонгетой переломов без смещения или с незначительным смещением	—	9	4	1	4	—	6	1	2	5	4	—
Одномоментная ручная репозиция с фиксацией гипсовой лонгетой	—	12	3	6	3	1	9	1	1	6	6	—
Одномоментная ручная или аппаратная репозиция с фиксацией гипсовой торакобрахиальной повязкой	—	17	2	15	—	2	8	2	5	11	6	—
Липкопластырное вытяжение	—	17	2	14	1	8	1	2	2	14	3	—
Скелетное вытяжение	2	35	8	13	16	5	8	4	20	30	4	3
Остеосинтез	3	8	—	8	3	4	6	1	—	7	4	—
Итого	5	98	19	57	27	20	38	11	34	76	24	3

Переломы без смещения или с незначительным смещением чаще наблюдались в верхней и нижней третях плеча. Лечение проводили иммобилизацией лонгетой Турнера — Волковича в течение 2 месяцев при переломах в верхней трети и от 3 недель до 1,5 месяцев при переломах в нижней трети. Стационарное лечение длилось в среднем 9 дней. Трудоспособность у этой группы больных восстановилась в сроки от 2 до 4 месяцев. Отдаленные результаты лечения: хорошие — у 5, удовлетворительные — у 4 чел.

Метод ручной репозиции с иммобилизацией гипсовой лонгетой применен у 12 больных, в основном при лечении пожилых, которые, как правило, плохо переносят торакобрахиальную гипсовую повязку и отводящую шину ЦИТО. Следует отметить, что и гипсовая лонгета вызывает у них беспокойство. Переломы локализовались в верхней и средней трети диафиза, большая их часть имела косую линию излома. Сроки стационарного лечения составили в среднем 10,8 дня. Иммобилизация продолжалась от 1 до 4 месяцев. Трудоспособность (у пожилых — возможность полного самообслуживания) восстановилась в сроки от 2 до 6 месяцев. Хороший результат лечения получен у 6 больных, удовлетворительный — также у 6.

Одномоментная ручная репозиция с последующей иммобилизацией конечности торакобрахиальной гипсовой повязкой произведена 32 больным, в основном работоспособного возраста. Однако сопоставить отломки удалось лишь у 17 больных. Из них 6 пациентам репозицию пришлось повторить, а двум сопоставление производили трехкратно. Преобладали больные с переломами в средней трети диафиза. В стационаре больные находились в среднем 10 дней. Иммобилизация продолжалась 1,5—2,5 месяца. Сроки потери трудоспособности составляли от 3 до 5 месяцев, а у 2 больных — более 6 месяцев. Части больных одномоментную репозицию производили репонатором А. А. Крылова в модификации В. П. Радаева. Отломки хорошо сопоставлялись и удерживались благодаря проведенной через локтевой отросток спице Киршнера, вгипсованной в торакобрахиальную повязку. Спицу удаляли через 3—4 недели после ее проведения. К сожалению, незначительное число таких больных (4) среди обследованных не позволяет сделать какие-либо выводы. Известно лишь, что в последующем у них не

наступало смещения отломков, в то время как после ручной репозиции у 8 больных с косыми и винтообразными переломами возникло вторичное смещение отломков в гипсовой повязке. В этих случаях положение отломков корригировали через «окно», вырезанное в гипсовой повязке. Хорошие отдаленные результаты получены у 11 человек, удовлетворительные — у 6.

Методом липкопластырного вытяжения мы лечили 28 больных, но лишь у 17 удалось получить удовлетворительное сопоставление отломков. 8 больным в дальнейшем пришлось наложить скелетное вытяжение, а 3 произведен остеосинтез. Длительность липкопластырного вытяжения составила в среднем 6 дней, продолжительность последующей иммобилизации — 1,5—2 месяца. Следует отметить, что метод эффективен лишь при переломах с небольшим смещением отломков и при отсутствии патологических изменений со стороны кожи плеча. У этой группы больных преобладали поперечные и оскольчатые переломы. Как осложнение у 6 больных образовались пузыри на коже. Сроки нетрудоспособности составили у 14 больных от 2,5 до 6 месяцев, у 1 больного с поперечным переломом и полным смещением по ширине — 8 месяцев, у 2 больных с парезом лучевого нерва — 12 месяцев. Отдаленные результаты: хорошие — у 14 больных, удовлетворительные — у 3. Малая эффективность метода при переломах со смещением отломков и наблюдавшиеся осложнения побудили нас с 1963 г. отказаться от этого способа.

Основным методом лечения больных с диафизарными переломами плеча было скелетное вытяжение (37 чел.). Оно применено при лечении 35 закрытых и 2 открытых переломов после предварительной хирургической обработки. Переломы локализовались на разных уровнях и имели различную плоскость излома. Длительность вытяжения составила от 5 до 39 дней (в среднем 14). Средняя продолжительность стационарного лечения — 14,2 дня. Иммобилизация проводилась в течение 1,5—2 месяцев. Сроки нетрудоспособности составили у 29 больных от 2,5 до 4,5 месяцев и у 8 — 5—8 месяцев. Отдаленные результаты лечения: хорошие — у 30, удовлетворительные — у 4 и неудовлетворительные — у 3 чел.

Остеосинтез применен у 11 больных, в основном у мужчин работоспособного возраста при переломах, локализовавшихся в средней и нижней трети плеча. Преобладали косые и поперечные переломы. Остеосинтез в большинстве случаев был произведен в течение 1-й недели после травмы. Показаниями к оперативному лечению послужили: интерпозиция мышц (у 8 чел.), повреждение лучевого нерва (у 2) и открытый перелом (у 1). В качестве фиксаторов пользовались стержнями Ф. Р. Богданова (у 5 больных), стальными винтами (у 2), спицами Ф. С. Юсупова (у 1), компрессирующей металлической пластиной Р. Б. Ахмедзянова (у 1). Гетеротрансплантат был применен у 2 больных. Средняя продолжительность стационарного лечения — 25,5 дня. Сроки послеоперационной внешней фиксации торакобрахиальной гипсовой повязкой равнялись 1—2 месяцам. Потеря трудоспособности составила у 10 чел. от 2,5 до 3,5 месяцев и у 1 — 11,5 месяца. Хорошие результаты лечения получены у 7, удовлетворительные — у 4 пациентов.

С 1966 г. в отделении при лечении закрытых переломов диафиза плеча широко применяется тракционная гипсовая повязка. По состоянию на апрель 1970 г. этим методом проведено лечение 98 больных. Результаты лечения вполне удовлетворительные. Мы предполагаем осветить их в последующих работах.

ВЫВОДЫ

1. Основным методом лечения диафизарных переломов плеча является консервативный — ручная или аппаратная репозиция с последующей иммобилизацией и скелетное вытяжение. Липкопластырное вытяжение при переломах со смещением малоэффективно, и применение его должно быть ограничено.
2. Лучшие результаты консервативного лечения получены при одномоментной аппаратной репозиции с иммобилизацией торакобрахиальной гипсовой повязкой.
3. Нуждаются в дальнейшей разработке методы лечения диафизарных переломов плеча у лиц пожилого и старческого возраста.
4. Остеосинтез следует применять по строгим показаниям: интерпозиция мягких тканей, повреждение лучевого нерва, открытые переломы с обширным повреждением мягких тканей, переломы, особенно поперечные, не поддающиеся консервативному управлению.

УДК 616.711—002.5

РАДИКАЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА

Доктор мед. наук Я. Б. Юдин, канд. мед. наук Н. Г. Лапшаев, М. Г. Бекиш, Э. Р. Маттис

Костно-туберкулезное отделение больницы № 18 (главрач — М. Г. Бекиш) и кафедра хирургии (зав. — проф. Б. И. Фуks) Новокузнецкого ГИДУВа

Радикальное хирургическое лечение туберкулезного спондилита позволяет успешно ликвидировать специфическое воспаление в позвоночнике и мягких тканях. Однако остающиеся при этом послеоперационные полости в ряде случаев усугубляют функцио-