

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 пластинкой 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. Лапштаев, М. Г. Бекши, Э. Р. Маттис

Костно-туберкулезное отделение больницы № 18 (главврач — М. Г. Бекши) и кафедра хирургии (зав. — проф. Б. И. Фукс) 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-

нальную несостоятельность позвоночника. Даже при благоприятном исходе радикального оперативного лечения туберкулезного спондилита в последующем могут развиваться деформации позвоночника. Эти последствия туберкулезного спондилита представляют угрозу особенно при распространенных деструктивных процессах.

Успехи хирургии позвоночника позволили сочетать радикальные операции с функционально-восстановительным лечением. Этой цели в наибольшей мере соответствует совмещение радикальных операций на позвоночнике с костной пластикой послеоперационных дефектов. Основной операцией радикально-восстановительного характера является экономная резекция тел позвонков с костной пластикой дефекта, предложенная В. Д. Чаплиным (1932) и разработанная Д. Г. Коваленко (1962). В последующем появились различные модификации костнопластических вмешательств на телах позвонков, но все они сводятся к двум основным типам: корпородезу — костному заполнению дефекта и спондилодезу — передней или передне-боковой фиксации позвоночника с меньшей тенденцией к заполнению дефекта (П. Г. Корнев, 1964). В том и другом случае укрепление пораженного отрезка позвоночника позволяет стабилизировать его передние отделы и предотвратить дальнейший рост деформации.

В клинике костно-суставного туберкулеза радикально-восстановительные пластические операции выполнены у 102 из 550 оперированных по поводу туберкулезного спондилита.

Лич мужского пола было 47, женского — 55; детей и подростков от 5 до 16 лет — 16. У 68 больных была ограниченная форма поражения, у 34 — распространенный деструктивный процесс.

У 83 больных туберкулезный спондилит сопровождался осложнениями: холодными абсцессами (у 82), явлениями компрессии спинного мозга (у 16), у 8 больных к моменту операции были свищи.

Операции заключались в радикальной обработке очага деструкции с костной пластикой дефекта в телах позвонков. В качестве радикальных оперативных вмешательств применяли некрэктомию (18) и резекцию тел позвонков (84). Костную пластику выполняли по типу полного или частичного заполнения дефекта. Подобные операции позволяли в короткие сроки добиваться стабилизации в пораженном отделе. В последующем это обеспечивало не только излечение процесса, но и восстановление хорошей опороспособности позвоночника, а также профилактику его дальнейшей деформации. Во время операции производили максимально возможную реклинацию позвоночника с помощью валика операционного стола. В таком положении внедряли трансплантат.

Для выполнения радикально-восстановительных операций требовались широкие оперативные доступы, позволяющие все манипуляции производить под контролем зрения. В грудном отделе этим требованиям отвечали чрезплевральный доступ или экстраплевральный пневмолиз по Е. Н. Гурьяну, в грудно-поясничном — доступ Смильвика — Я. Б. Юдина или торако-диафрагмальный, при туберкулезе поясничного отдела позвоночника мы в большинстве случаев использовали забрюшинный доступ по В. Д. Чаплину, при выраженных горбах в отдельных случаях выполняли операции из задне-боковых доступов.

Вмешательства данного типа, отличающиеся длительностью и повышенной травматичностью, требуют совершенных видов обезбоживания. Чаще всего мы применяли эндотрахеальный наркоз с управляемым дыханием.

Для пластики в нашей клинике используются костные ауто- и гомотрансплантаты. Наиболее удобно, по нашему мнению, применение гомокости. Это избавляет пациента от дополнительной травмы, что особенно важно у ослабленных больных и детей. Кроме того, гомотрансплантаты можно изготовить любой формы и величины, что нередко затруднено при аутопластике. Из 12 случаев мы ни в одном не наблюдали осложнений, связанных с применением гомокости.

При аутопластике (корпоро- или спондилодез) наиболее целесообразно, на наш взгляд, применение массивных цельных трансплантатов из крыла подвздошной кости. Использование с этой целью резецированных ребер возможно лишь при незначительных размерах послеоперационного дефекта.

После операции больные в течение 4—8 месяцев (в зависимости от величины деструктивного процесса) находятся на строгом постельном режиме. Им назначают общеукрепляющее, антибактериальное лечение, массаж, физиотерапию.

Выписывают больных, как правило, при наличии костного блока между телами позвонков и трансплантатом с рекомендацией в течение 1—2 лет носить съемный корсет.

К настоящему моменту из клиники выписаны 90 чел. Результаты лечения прослежены в сроки до 12 лет. Рецидивов заболевания не было, что дает нам право считать этих больных излеченными. При изучении отдаленных результатов мы обращали большое внимание на сохранение и восстановление функции позвоночника, предотвращение дальнейшей его деформации.

У 3 больных с активным свищевым процессом трансплантаты нагноились, и их пришлось удалить. Впоследствии этим больным был выполнен задний спондилодез. К плохим результатам мы отнесли также травму спинного мозга во время операции.

В отдаленные сроки только у 1 больной был заметный рост горба. У остальных больных деформация позвоночника после операции приняла стабильный характер или же уменьшилась. Тем не менее у 3 больных, обследованных через несколько лет после операции, были различной интенсивности корешковые боли. У всех 3 были применены

маломощные трансплантаты, и их недостаточность, несмотря на полное приживление, выявлялась уже при выписке. Все 3 больных работают, что позволяет отнести эти результаты к удовлетворительным.

Из 16 больных, оперированных при наличии компрессии спинного мозга, 12 выписаны с хорошими функциональными результатами — у них произошло полное восстановление функции спинного мозга. Прочная стабилизация позвоночника явилась гарантией рецидивов спинномозговых расстройств. 4 больных этой группы продолжают лечение, причем у них также имеется четкая тенденция к восстановлению функции спинного мозга.

У 83 больных достигнуто излечение процесса с анкилозом пораженных позвонков и полным отсутствием болей. Большинство из них продолжает учебу и работу.

Радикально-восстановительное лечение туберкулезного спондилита позволяет у большинства оперированных больных ликвидировать специфический процесс и достичь восстановления нарушенной опороспособности позвоночника, предупредить его дальнейшую деформацию. Это дает возможность проводить широкую профилактику инвалидности больных туберкулезным спондилитом.

С каждым годом количество больных, которым выполняются сложные радикально-восстановительные операции, возрастает. И это является отражением не только возросших возможностей хирургии, но и стремления к выполнению таких операций, которые оказываются более эффективными как в смысле ликвидации процесса, так и в достижении лучших функциональных исходов.

УДК 616.831—616—001—616.8

О НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ЧЕРЕПНОМОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Е. Н. Лексин, Т. С. Осинцева, А. П. Железных

Клиника нервных болезней (зав.—доц. Т. С. Осинцева) и клиника факультетской хирургии (зав.—проф. С. И. Ворончихин) Ижевского медицинского института

Неврологическим проявлениям острых черепно мозговых травм уделяется незаслуженно мало внимания. Между тем тяжесть острого периода и характер неврологический осложнений в последующем обусловлены не столько повреждением покровов и костей черепа, сколько травмой головного мозга и его оболочек [1, 2, 3].

В настоящем исследовании мы стремились выявить особенности неврологических проявлений острого периода закрытых черепно мозговых травм с субарахноидальным кровоизлиянием. Большинство обследованных больных (92 из 102) были доставлены в клинику в тяжелом состоянии. Сопор был у 55 больных, различная степень комы — у 37. Длительность нарушения сознания была различной и колебалась от нескольких минут и часов (84 больных) до нескольких суток (8 больных).

Сразу же по выходе из коматозного состояния все больные предъявляли жалобы на головную боль. У 96 больных она сопровождалась головокружением и тошнотой, у 64 — рвотой. Головная боль усиливалась обычно после утомления (чтение, разговор, ходьба) и уменьшалась после отдыха.

Менингеальный синдром был у 90 больных, выявлялся обычно с момента поступления и в дальнейшем в течение 5—20 (у 79) и более (у 11) дней. У 11 больных был только симптом Кернига, у 27 — только ригидность мышц затылка и у 52 — сочетание этих симптомов. Симптом Кернига держался значительно дольше, чем ригидность мышц затылка. Патогенез его образования остается недостаточно ясным. Какое-то значение имеет, видимо, тот факт, что изолированный симптом Кернига встречался обычно при опухолях мосто-мозжечкового угла и при переломах костей основания черепа (чаще — пирамидки височной кости). У 12 наших больных менингеальные симптомы отсутствовали.

Результаты ликворологических исследований представлены в табл. 1.

Характерным, патогномичным для субарахноидального кровоизлияния ликворным симптомом является наличие в нем свежих эритроцитов от нескольких сот до многих тысяч в 1 мм^3 . При повторных исследованиях обнаружено изменение цвета ликвора с кровавистого на кантохромный (в сроки от 5 до 20 дней), а затем наступает нормализация.

При повторных пункциях у большинства больных отмечается снижение высокого и повышение низкого ликворного давления, а назначение соответствующей терапии ускоряет процесс его нормализации. Это важное обстоятельство нуждается в дальнейшем тщательном изучении, так как до настоящего времени нет четкого объяснения причин ликворной гипер- и гипотензии, возникающей при закрытых травмах черепа и головного мозга [4, 5, 9, 11]. Однако уже сейчас результаты исследований давления спинномозговой жидкости в динамике можно использовать при назначении терапии, тем более, что данные Т. М. Сергиенко и В. С. Михайловского (1955) свидетельствуют