

или рубцовая деформация анального отверстия. У 2 из них применялись полоски капрона.

Двое больных не ощущали позыва на дефекацию (естественный сфинктер у них был удален при брюшно-промежностной ампутации по поводу рака прямой кишки). Забывали сокращать искусственный жом ребенок 6 лет и 65-летняя женщина. Не принесла успеха операция Вредена у 4 больных из 8, у которых в послеоперационном периоде развилось воспаление операционных ран и рубцовый стеноз ануса, который затем был рассечен вместе с полосками фасции или капрона, или прорезались швы и ослабло натяжение фасциальных полосок. Отрицательный результат операции Вредена получен у 2 больных, у которых до сфинктеропластики производилась пересадка мочеоточников в прямую кишку при врожденной слабости сфинктера уретры и при эктопии мочевого пузыря. Искусственный жом не функционировал у 2 детей в возрасте 11 месяцев и двух лет, которые не могли сознательно тренировать новый сфинктер и пользоваться им. Не наступило улучшение у больного с недержанием газов и жидкого кала. Герметическому закрытию ануса у него также препятствовало рубцовое перерождение перианальной области.

Отдаленные результаты операции сроком от 1 года до 14 лет проверены у 54 больных. У 2 больных возник рецидив рака дистального отдела прямой кишки. Опухоль распространилась и на фасциальные полоски, и они были удалены вместе с конгломератом опухоли. У одного больного спустя год после успешной сфинктеропластики при случайном падении на ягодичную область произошел разрыв одной из полосок фасции. Недержание у него было ликвидировано повторной односторонней операцией Вредена.

На кафедре применяли также метод Четвуда — Шемакера (5 раз) и метод Фаермана (дважды). Хороший ближайший результат операции Шемакера был получен лишь у 1 пациента. У 2 больных результат был удовлетворительный, у 2 — отрицательный. Через 1—3 года атрофировался новый жом, созданный методом Шемакера, у 2 больных и через 6 лет — у больной после операции Фаермана.

Отрицательный результат операции Шемакера наблюдался у больного с сопутствующим рубцовым стенозом ануса и у ребенка с пересаженными мочеоточниками в прямую кишку при эктопии мочевого пузыря.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее удовлетворяющим методом создания искусственного анального сфинктера при лечении анальной недостаточности в настоящее время можно считать метод Р. Р. Вредена. Он технически прост, атравматичен, довольно эффективен. При неудаче его можно повторять, он не препятствует в последующем производству других методов сфинктеропластики. Операция Вредена при любом своем исходе не ухудшает функцию удержания кала.

2. Наиболее подходящий возраст для лечения детей, страдающих органической формой недостаточности функции сфинктера прямой кишки, — 6—8 лет.

3. Сопутствующие или являющиеся причиной анальной недостаточности рубцовый стеноз ануса или его деформация отрицательно влияют на исходы всех пластических операций по созданию искусственного заднепроходного жома. Улучшает результат операции в данном случае предварительное иссечение рубцовой стриктуры и грубых, деформирующих анус рубцов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вреден Р. Р. Сборник научных трудов медицинского института. Ростов-на-Дону, 1928, — 2. Фаерман И. Л. Нов. хир. арх., 1928, 3. — 3. Chetwood Ch. H. Med. Rec., 1902, 4, 529 — 4. Schoemaker I. Verhandl. deut. Gesellsch. Chir., 1909, 38, 177, 220; Arch. klin. Chir., 1927, 211.

УДК 616.71—001.5—611.96

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА И ЕЕ ПРИКЛАДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

А. Н. Каралин

*Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
(директор — ст. науч. сотр. У. Я. Богданович)*

Существующие классификации можно разделить на три группы. Одни из них учитывают в основном особенности механизма повреждения [6, 13], другие — клинические особенности переломов [7, 12, 14], третьи — топографические особенности [15].

Наибольшее признание нашла классификация В. В. Гориневской, так как она в определенной степени сочетает в себе эти три особенности. И. И. Герцен (1963) считает, что более целесообразно классифицировать переломы по группам в зависимости от степени тяжести перелома, длительности лечения и вероятного исхода.

Основным недостатком предложенных классификаций, на наш взгляд, является отсутствие единства в схематизации клинико-анатомических и биомеханических нарушений, возникающих при переломах таза, что в значительной мере снижает прикладное значение классификаций.

С топографической точки зрения под названием «таз» понимают ту часть тела, которая снаружи ограничена костным тазом и совокупностью тканей, образующих тазовую диафрагму. С точки зрения биомеханики таз является связующим звеном между туловищем и нижними конечностями в передаче веса тела. Передача веса происходит по двум дугам: бедренно-крестцовой и седалищно-крестцовой [9, 15]. Но тазовое кольцо выполняет не только статическую функцию, а и динамическую. Известно, что прямостояние обусловлено равновесием тела. Различают статическое и динамическое равновесие.

Потеря опорной функции бедра на тазовой поверхности зависит от вида перелома: при односторонних переломах переднего полукольца с нарушением его непрерывности опорная функция нарушается незначительно, при двусторонних она может резко нарушиться, но полностью не утрачивается. Это положение наглядно подтверждается примерами из практики: больные с односторонними переломами переднего полукольца могут самостоятельно передвигаться; после частичной резекции переднего полукольца больные продолжают ходить. При двусторонних переломах переднего полукольца опорная способность таза значительно снижается. На фоне нарушения динамической функции создаются неблагоприятные условия для статики. Нам ни разу не встречались случаи, когда бы больные с подобными переломами могли передвигаться самостоятельно.

В зависимости от вида перелома тазового кольца нарушается его динамическая или опорная функция. Поэтому в основу предлагаемой нами классификации положены статико-динамические нарушения.

Целесообразно все виды переломов костей таза разделить на три группы.

1. Переломы без нарушения статико-динамического равновесия и опорной функции тазового кольца (изолированные переломы подвздошной кости, изолированные поперечные переломы крестца, копчика, переломы одной из ветвей лобковой или седалищной кости, отрывные переломы).

2. Переломы с нарушением динамической функции тазового кольца (одно- и двусторонние переломы лобковой и седалищной костей, разрывы симфиза).

3. Переломы с полным нарушением опорной функции тазового кольца (переломы типа Мальгёна, Вуалемье, переломы вертлужной впадины, перелома-вывихи таза).

Каждой группе кроме анатомо-биомеханических присущи и клинико-механо-генетические особенности.

1-я группа. Механизм травмы включает или непосредственное приложение внешних травмирующих сил, или рефлекторное сокращение мышц. Клинически это легкие переломы, минимальный срок нахождения в стационаре при осложненных переломах — 4 недели, при неосложненных — 3 недели.

2-я группа. Механизм переломов чаще включает непосредственное приложение травмирующей силы, реже перелом наступает вследствие передачи силы на отдаленные точки. Клинически это переломы средней тяжести; минимальный срок нахождения в стационаре при осложненных переломах 5—6 недель, при неосложненных — 4 недели.

Каждую из групп в свою очередь следует делить на две подгруппы: а) переломы со смещением и без смещения костных отломков и б) переломы, осложненные и не осложненные сопутствующими повреждениями внутренних органов.

Предлагаемая классификация отражает клинико-анатомо-механо-генетические признаки переломов костей таза и учитывает особенности нарушения биомеханики тазового кольца, что дает возможность, с одной стороны, судить о виде и степени нарушения функции тазового кольца (динамической и опорной), с другой стороны, более дифференцированно подходить к вопросу о тактике лечения переломов костей таза.

В настоящее время лечение больных с переломами костей таза осуществляют двумя методами: консервативным и оперативным. Консервативный в свою очередь можно разделить на «пассивный» и «активный». При консервативно-«пассивном» методе, предпочитаемом большинством хирургов, применяется положение Волковича, гамак, скелетное вытяжение и, как дополнение к указанному, лечебная гимнастика. Нагрузка разрешается в поздние сроки.

Консервативно-«активный» метод (или активно-двигательный) сочетает в себе раннюю функцию и раннюю нагрузку [3, 5, 11]. Применение данного метода должно быть строго индивидуализировано, с учетом не только вида перелома и его характера (со смещением или без смещения), но и возраста, пола больного, сопутствующих повреждений. При его назначении надо учитывать также и особенности нарушения биомеханики тазового кольца. Так, при переломах, которые не сопровождаются нарушениями статико-динамического равновесия и опорной способности тазового кольца, имеются прямые показания к активно-двигательному методу лечения. При переломах, со-

провожающихся нарушением динамического равновесия, показания к активно-двигательному методу лечения относительные (необходимо учитывать степень снижения опорной способности бедра на тазовой поверхности).

Оперативный метод лечения при переломах костей таза распространен мало. Кроме открытых переломов оперативное лечение, по мнению И. Г. Герцена, целесообразно при переломах переднего полукольца со смещением отломков в полость малого таза, при множественных переломах, когда консервативное лечение не обеспечивает восстановления формы таза, при переломах с разрывом симфиза. В ряде случаев возникает необходимость в оперативном восстановлении заднего полукольца, в том числе и в артродезировании крестцово-подвздошного сочленения. Е. Летуриль (1961) является активным сторонником раннего оперативного вмешательства при переломах вертлужной впадины. Особенно широко распространено оперативное лечение при разрывах симфиза, но даже авторы, имеющие большое число наблюдений оперативного лечения разрывов симфиза, считают, что оно менее эффективно, чем консервативное.

Принимая во внимание биомеханику тазового кольца, мы считаем, что оперативное лечение наиболее оправдано при некоторых переломах 3-й группы по нашей классификации: переломах с нарушением целостности крестцово-подвздошного сочленения, переломах вертлужной впадины, так как оперативным вмешательством быстрее и полнее восстанавливается опорная функция тазового кольца.

Предлагаемая классификация может помочь довольно объективно решать вопрос о ближайшем и отдаленном прогнозе. При повреждениях первой группы можно ожидать более раннего и полного восстановления функции и трудоспособности. При этих видах повреждений биомеханические особенности тазового кольца не нарушаются и клиническое течение их в большинстве случаев благоприятно. При повреждениях 3-й группы, когда нарушается основная функция тазового кольца — опорная, восстановления функции и трудоспособности надо ожидать в более отдаленные сроки с возможным исходом в инвалидность.

Предлагаемая нами классификация имеет практическое значение, так как, основываясь на ней, можно выбрать наиболее целесообразный способ консервативного лечения, ставить определенные показания к оперативному лечению, обоснованно подходить к срокам нагрузки, более объективно решать вопросы прогноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багбанзаде А. И. Зависимость характера повреждений костей таза от механизма действия автомобильных транспортных средств. Автореф. канд. дисс., Баку, 1958.
2. Герцен И. Г. и Чабаненко В. Д. Орт., травм. и протез., 1963, 1.
3. Ефимшин Н. С. Там же, 1958, 5.
4. Каплан А. В. Техника лечения переломов. Медгиз, М., 1956.
5. Карпенко Е. С. Восст. хир. после поврежд. Медгиз, М., 1948.
6. Кузьмин В. И. Курс хир. патол. и терап. для врачей и студентов. ВМА, 1940, кн. 24.
7. Напалков Н. И. Нов. хир. арх., 1932, 2.
8. Николаев Л. П. Руководство по биомеханике в применении к ортопедии, травматологии и протезированию. Киев, 1950.
9. Озеров А. Д. Повреждения таза. Медгиз, ЦИЗО, 1933.
10. Пап К. и Риго Я. Орт., травм. и протез., 1963, 11.
11. Ратнер С. И. Сов. хир., 6, 1935.
12. Чакина В. Д. Переломы костей и их лечение. Медгиз, М., 1936.
13. Школьников Л. Г., Селиванов В. П. и Цодыкс В. М. Повреждения таза и тазовых органов. Медицина, М., 1966.
14. Эляшберг Ф. Е. Орт. и травм., 1935, 6.

УДК 616—001.17—616—089

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ КОЖИ У ДЕТЕЙ

П. В. Завьялов

Кафедра детской хирургии (зав. — доц. П. В. Завьялов) Омского медицинского института

По данным лечебных учреждений г. Омска около 15% пострадавших от ожогов детей нуждаются в оперативном лечении. Кроме пластики ран, как показали наши наблюдения, значительное число детей с глубокими ожогами (81 из 388) нуждается в других видах оперативных вмешательств, производимых в основном по поводу осложнений ожоговой болезни. К сожалению, все эти операции не нашли широкого применения. До сих пор еще распространена практика консервативного лечения не только поверхностных, но и глубоких ожогов. Одной из причин ограниченного применения хирургических методов в лечении ожогов у детей является недостаточная изученность и освещенность этого вопроса в литературе.