

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВЕЖИХ И НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА БЕДРА

Проф. А. В. Барский, доц. Н. П. Семенов

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. А. В. Барский) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

В клинике общей хирургии Куйбышевского медицинского института за 15 лет (1955—1969) находились на лечении 1348 больных с различными переломами трубчатых костей, в том числе 188 (145 мужчин и 43 женщины в возрасте от 3 до 83 лет) — со свежими и несросшимися переломами диафиза бедра.

Переломы в сочетании с повреждением других органов были у 50 больных (26,5%): в комбинации с черепно-мозговыми травмами — у 22, с переломами таза — у 5, с повреждениями прочих органов — у 1 и с сопутствующими повреждениями прочих органов — у 22. Закрытых переломов было 165, открытых — 23. Левое бедро было повреждено у 94 больных, правое — у 92, оба — у 2.

Консервативное лечение свежих переломов диафиза бедра, осуществлявшееся в основном наложением скелетного и липкопластырного вытяжения (лишь 11 больным была наложена кокситная гипсовая повязка), было применено у 107 больных. 37 из них в последующем были прооперированы, так как консервативное лечение не привело к успеху.

С 1960 г. в клинике более широко применяется метод внутрикостного остеосинтеза металлическим стержнем.

Оперативному лечению подверглись 118 больных со свежими и несросшимися переломами диафиза бедра, которым произведено 130 операций.

Методы остеосинтеза, примененные при различных видах переломов диафиза бедра и их последствий, представлены в таблице.

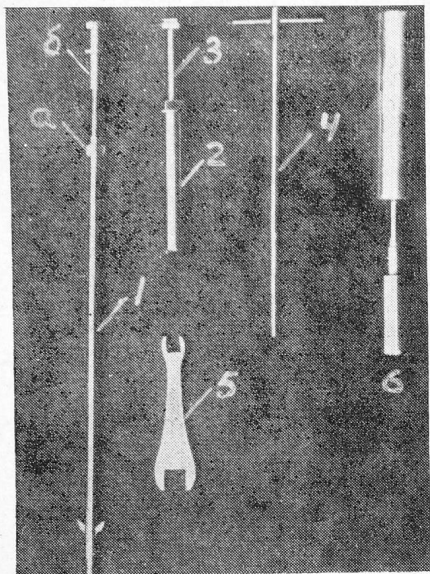
Методы остеосинтеза при различных видах переломов бедра

Методы остеосинтеза	Свежие переломы	Несрастающиеся переломы (до 3 месяцев)	Несросшиеся переломы (более 3 месяцев)	Ложные суставы		Неправильно сросшиеся переломы	Всего
				щелевидные	с диастазом		
Внутрикостный металлический остеосинтез	38	26	—	—	—	8	72
Внутрикостный металлический остеосинтез + аутопластика	—	—	12	6	2	—	20
Реконструктивные операции + аутопластика	—	—	5	—	—	—	5
Боковой компрессионный остеосинтез	2	—	—	—	—	—	2
Фиксатор В. И. Фишкина	—	5	—	—	—	—	5
Клиновидная резекция кости и фиксатор В. И. Фишкина	—	—	—	—	—	5	5
Внутрикостный остеосинтез стержнем нашей конструкции	—	16	—	2	—	—	18
Реконструктивные операции (костный замок Дега) + стержень нашей конструкции	—	—	—	—	—	3	3
Всего	40	47	17	8	2	16	130

Достоинство внутрикостного остеосинтеза металлическим стержнем при лечении переломов бедра заключается в том, что он избавляет больного от продолжительного ношения тяжелой гипсовой повязки или от длительного пребывания в постели (при скелетном вытяжении). Больные рано встают на ноги, дозированно нагружают конечность; обеспечивается возможность раньше приступить к лечебной гимнастике, массажу и тепловым процедурам.

Вместе с тем при внутрикостном остеосинтезе с использованием стержней ЦИТО, Я. Г. Дуброва, Н. Н. Еланского и др. нередко наблюдается замедленная консолидация и несращение перелома. Мы столкнулись с несращением переломов бедра у 12 больных; у 5 из них несращение сопровождалось переломом металлического стержня.

Учитывая вышеизложенное, мы с 1963 г. используем при лечении переломов и ложных суставов бедра компрессирующий стержень В. И. Фишкина, который в 1966 г. был нами реконструирован (см. рис.). Видо-



Погружной фиксатор с анкерным устройством нашей конструкции и его приспособления.

1 — фиксатор (а — площадки-фиксаторы, б — натяжная гайка), 2 — торцовый ключ, 3 — фиксатор торцового ключа, 4 — торцовый ключ для анкерного устройства, 5 — накладной ключ, 6 — тарирующий ключ.

Из 10 больных с ложными суставами бедра у 8 выполнен внутрикостный остеосинтез трубчатым стержнем ЦИТО с дополнительной экстрамедуллярной остеопластикой аутотрансплантатом и у 2 — внутрикостный компрессионный остеосинтез металлическим стержнем нашей конструкции. У всех больных после операции наступила консолидация.

2 больным со свежими закрытыми косыми переломами диафиза бедра произведен закрытый боковой компрессионный остеосинтез болтами-гайками с упорными втулками с последующим лечением на шине Белера.

Скелетное вытяжение было применено у 94 больных. Больные находились в стационаре от 27 до 83 дней, в среднем 37,3 дня. Здесь следует учесть, что 26 больных были в возрасте до 20 лет, а 37 после скелетного вытяжения были оперированы, за счет чего и уменьшилась продолжительность пребывания больных в стационаре.

Из числа больных, леченных только скелетным вытяжением, хорошо сформированная костная мозоль через 90—100 дней после перелома установлена у 31, умеренно выраженная — у 20, тень костной мозоли — у 8. У 5 больных из этой группы сращение перелома не наступило, и в дальнейшем им был произведен внутрикостный остеосинтез металлом в сочетании с аутопластикой.

Из 64 больных со свежими и несросшимися переломами (с давностью перелома до 3 месяцев), которым был произведен внутрикостный остеосинтез стержнем ЦИТО, на 90—100-й день хорошо сформированная костная мозоль определялась у 38, умеренно выраженная — у 14, слабо выраженная — у 12. Среднее пребывание больных на койке составило 27,4 дня. У всех больных, которых предварительно лечили скелетным вытяжением, костная мозоль была слабо развита. В дальнейшем сращение переломов у этих больных не было достигнуто, а у 5 из них возник перелом стержня. Всем 12 больным в последующем произведен остеосинтез металлическим стержнем с аутопластикой. Все 16 больных, оперированных по поводу неправильно сросшихся переломов, после операции выздоровели.

Среди мер профилактики послеоперационных осложнений мы придаем главное

значение атравматичности операции, бережному отношению к мягким тканям, тщательному укрытию костных фрагментов мягкими тканями.

При открытых переломах мы широко применяем антибиотики местно, а в послеоперационном периоде в течение первых 7 дней внутриаптериально вводим антибиотки широкого спектра действия, 1% раствор хлористого кальция по 300—400 мл ежедневно.

После операций по поводу закрытых переломов диафиза бедра осложнений не было.

Из 23 больных с открытыми переломами бедра у 3 в послеоперационном периоде возникло осложнение в виде остеомиелита. Благодаря указанным мероприятиям воспалительный процесс у всех 3 больных был купирован.

Стержни после операции мы извлекали в сроки от 6 месяцев до 1 года после подтверждения сращения перелома рентгенографией.

ВЫВОДЫ

1. Показанием к раннему оперативному лечению свежих переломов диафиза бедра является отсутствие соприкосновения отломков при поперечном переломе со смещением на всю ширину и по длине, а также со смещением по ширине больше чем на половину диаметра кости (у взрослых) и интерпозиция мягких тканей как при поперечных, так и при косых переломах.

2. При соответствующих показаниях ранняя операция — в первые 7 дней после перелома — создает более благоприятные условия для сращения.

3. Внутрикостный фиксатор В. И. Фишкина и внутрикостный компрессирующий фиксатор нашей конструкции позволяют создать плотный, устойчивый остеосинтез, что обеспечивает первичное заживление костной раны.

4. Для ускорения формирования костной мозоли при несрастающихся и несросшихся переломах бедра следует шире использовать в дополнение к металлоостеосинтезу пристеночный аутоотрансплантат.

УДК 616—001.17—615.38/39

ПРЯМЫЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ОЖОГАХ

Ал. К. Атанасов

Ожоговая клиника (зав.—доц. Д. Ранев) Института скорой помощи им. Н. И. Пирогова (София)

В последние годы вновь усилился интерес к прямому переливанию крови. Многие авторы подчеркивают высокую его эффективность по сравнению с трансфузиями консервированной крови. Так, Ф. А. Даниелян (1963), применив прямые гемотрансфузии у больных с ожогами, подчеркивал, что прямое переливание приводит к более быстрому улучшению общего состояния больных. Прямые переливания крови при ожогах применяют Ф. К. Папазов (1965), С. И. Выскубенко (1966), В. И. Бабюк (1966), указывая на их высокий терапевтический эффект.

Кровь, перелитая этим способом, обладает высокой бактерицидной активностью и имеет максимальное содержание витаминов, белков и электролитов.

Мы использовали прямые переливания крови в комплексе лечебных мероприятий у 28 больных в возрасте от 3 до 60 лет с преимущественно глубоким ожогом от 10 до 40% поверхности тела и у 15 примерно одинаковых по тяжести больных — переливание консервированной крови со сроком хранения от 9 до 20 дней.

Распределение больных по возрасту и распространенности ожога показано в таблице.

Возраст больных, лет	Прямое переливание			Трансфузия консервиро- ванной крови		
	процент обожженной поверхности					
	11—20	21—30	31—40	11—20	21—30	31—40
3—14	3	6	6	3	3	3
14—18	—	1	1	1	—	—
18—60	2	5	4	2	3	3

Прямые переливания крови обладают несомненно более выраженным дезинтоксикационным и стимулирующим действием. Они способствуют нормализации сна и аппетита, снижению диспепсических явлений и улучшению общего состояния. Более быстро восстанавливается количество эритроцитов и сывороточного белка (рис. 1), быстрее устраняется состояние анемии и гипопроteinемии.