

дуальную совместимость и биологическая проба. Для исключения резус-несовместимости пользовались общепринятой пробой на совместимость по резус-фактору.

Имевшиеся случаи посттрансфузионных реакций считаем возможным отнести за счет погрешностей в мытье и обработке используемых при переливании систем трубок, так как после устранения этого недостатка реакций после переливаний не отмечалось.

Организация собственного донорского пункта позволила в предоперационной подготовке больных перед струмэктомией и резекцией желудка широко использовать переливание крови, намного облегчающее течение операции и послеоперационного периода.

Во всех случаях переливания крови в комплексе прочих медикаментозных средств мы наблюдали выраженный лечебный эффект, в 7 случаях оно было единственным надежным средством, сохранившим жизнь больным.

Наш скромный опыт заготовки крови двухэтапным способом и переливания ее в условиях сельской больницы позволяет настойчиво рекомендовать создание донорских пунктов при каждой сельской больнице на базе хирургического отделения или родильного дома. Это дает возможность прочно ввести в комплекс лечебных мероприятий один из важных и прогрессивных методов — гемотерапию.

Большую практическую помощь в этой работе оказал методический отдел Республиканской станции переливания крови.

Поступила 23 июня 1959 г.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Канд. мед. наук А. А. Румянцева

Из кафедры травматологии и ортопедии (зав. — проф. Л. И. Шулуток)
Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

Переломы костей, образующих коленный сустав, могут сопровождаться тяжелейшими осложнениями, которые можно разделить на:

1) ранние, возникающие в момент травмы или в ближайшие дни после нее, и 2) поздние, наступающие в процессе лечения.

Наибольшую опасность представляют ранние, иногда непредотвратимые осложнения, к которым относятся: 1) сдавления и разрывы сосудистого пучка подколенной области; 2) сдавления или ранения большеберцового или малоберцового нервов.

Отмеченные осложнения происходят главным образом при переломах от прямого насилия.

Чрезмерное смещение отломков в стороны и кзади при многооскольчатом переломе эпифиза большеберцовой кости создает опасность для сосудисто-нервного пучка.

Осложнения могут наблюдаться и при переломах без смещения отломков.

Внутриуставные переломы коленного сустава, как правило, дают гемартроз с примесью капелек жира. Гемартроз может отсутствовать, когда перелом эпифиза не влечет за собой нарушения целостности суставного хряща.

Может быть и другая возможность, когда сустав резко увеличен в объеме, рентгенологически щель между отломками зияет в полость сустава, а при пункции крови не получают. Это наблюдается при разрывах суставной капсулы, когда образуется более или менее выраженное периартикулярное кровоизлияние или имеется не только перелом проксимального эпифиза большеберцовой кости, но и метадиафиза ее. В результате гематома изливается в окружающие ткани и происходит имбирование кровью мягких тканей задней поверхности верхней трети голени, а также подкожной клетчатки и всех тканей области коленного сустава, что может привести к сдавлению сосудистого пучка.

Если сдавление последнего вызвано вывихом костей голени или чрезмерным смещением отломков при переломе, то для предупреждения некроза конечности необходимо немедленное вправление вывиха или репозиция перелома, вплоть до оперативного вмешательства, а если сустав чрезмерно напряжен вследствие гемартроза, показана срочная пункция.

В случае, где нет смещения суставных поверхностей или их отломков, нет гемартроза, но имеются признаки нарушения питания конечности, приходится проводить выжидательную тактику: покой, согревание конечности, блокады по Вишневскому, так как попытки удаления гематомы путем продольных разрезов мягких тканей обычно не дают успеха.

В отдельных случаях, несмотря на проводимые мероприятия, расстройстве кровообращения может вызвать необратимые изменения в сосудах и привести к гангрене конечности. В качестве примера приводим следующие два наблюдения.

1. Б-ному Я., 32 лет, 12/VIII-57 г. обе нижние конечности были придавлены

упавшим сверху большим грузом. При неумелом освобождении из-под груза правая нога была несколько раз чрезмерно согнута и разогнута в коленном суставе. В районной больнице конечности шинированы. Из-за дальности расстояния б-ной был доставлен в стационар только через 15 ч.

При поступлении: правый коленный сустав значительно увеличен в объеме, правая голень и стопа холодные на ощупь, пульсация артерий отсутствует, активных движений в стопе нет, чувствительность отсутствует.

Рентгенограмма обнаружила внутрисуставной оскольчатый перелом проксимального эпиметафиза правой большеберцовой кости без выраженного смещения отломков и перелом головки малоберцовой кости. На левой голени — многооскольчатый перелом диафиза большеберцовой кости со смещением отломков, перелом верхней трети малоберцовой кости.

При пункции увеличенного в объеме правого коленного сустава крови не получено.

В последующие дни чувствительная и двигательная функции правой голени не улучшились, цвет кожи стопы, а затем и голени постепенно приобрел пятнисто-мраморную окраску. Температура стала давать большие размахи. На 6-й день появилась мумификация концевых фаланг пальцев. На 7-й день конечность как нежизнеспособная была ампутирована в верхней трети голени (на уровне перелома метадиафиза).

При исследовании ампутированной части конечности разрыва сосудов не обнаружено, но они ушиблены и затромбированы.

Течение раны осложнилось гнойной инфекцией. 17/X произведено иссечение свищей на культте с некрэктомией. При выписке в ноябре 1957 г. раны на культте зажили. Движения в правом коленном суставе в полном объеме, безболезненные.

II. Б-ной С., 33 лет, 12/VII-52 г. упал с кузова грузовой машины.

В институте ортопедии по поводу гемартроза левого коленного сустава сделана пункция. На рентгенограмме обнаружен отрыв костного вещества от медиального мыщелка бедренной кости. Наложены давящая повязка „сушка“ и задняя гипсовая лонгета. Рекомендовано амбулаторное лечение.

Через три дня б-ной снова доставлен в институт машиной скорой помощи. При поступлении температура повышена до 38°, беспокоят боли в левой голени. Кожа стопы резко бледна, стопа на ощупь холодная, пульс на артериях отсутствует, анестезия на стопе и нижней трети голени. Имеется уплотнение тканей на задней поверхности голени, достигающее до подколенной ямки. На следующий день, в связи с накоплением выпота в суставе, сделана пункция. Удалено 30 мл серозно-геморрагической жидкости.

За 4 дня увеличился отек мягких тканей голени и стопы. Сделана ревизия сосудисто-нервного пучка в подколенной области. Обнаружен разрыв подколенной артерии, причём центральный ее конец затромбирован и пульсирует. После освобождения от сгустков концы сосуда сшиты. Однако, питание конечности не восстанавливалось, и через 10 дней, ввиду ухудшения общего состояния б-ного и нарастания признаков гангрены стопы и голени, произведена ампутация в средней трети голени выше обозначившейся демаркационной линии. Раневая поверхность культты зажила вторичным натяжением. В лечебном протезе б-ной выписан на амбулаторное лечение.

Таким образом, в первом случае имелись сдавление и тромбоз сосудисто-нервного пучка, во втором — был разрыв его.

Такого рода осложнения наблюдаются относительно редко (по материалам нашего института, за 10 лет 0,9% к общему количеству переломов коленного сустава).

Повреждение нервных стволов при закрытых переломах костей коленного сустава — довольно редкое явление.

Повреждение большеберцового нерва обычно сопутствует сдавлению подколенной артерии.

Малоберцовый нерв, огибающий головку малоберцовой кости, может быть поражен острым краем смещенных отломков. Паралич может наступить и позднее, вследствие развивающейся костной мозоли, которая, напоподобие муфты, может охватывать нервный ствол.

III. Б-ная Б., 18 лет, 10/IV-56 г. получила закрытый внутрисуставной перелом проксимального эпиметафиза правой большеберцовой кости с подвывихом голени наружу.

При поступлении выраженный гемартроз, пульсация на артериях стопы отчетливая, нарушений чувствительности нет, движения в голеностопном суставе в полном объеме. При пункции из коленного сустава удалено 200 мл крови с примесью капелек жира. Одномоментное ручное вправление отломков большеберцовой кости подвывиха не устранило, поэтому сделана повторная репозиция на столе Ольби с помощью клеммы, введенной в пяточную кость.

Через 2 недели на контрольной рентгенограмме состояние отломков удовлетворительное.

В конце 4-й недели после перелома правая нижняя конечность отечна, активные движения в пальцах стопы и голеностопном суставе ограничены, гипестезия по наружной поверхности голени и на тыле стопы. На рентгенограмме видна эндостальная костная мозоль.

При выписке: имеется парез правой стопы, малоберцовый нерв не дает ответа

на гальванический ток, сгибание в коленном суставе до прямого угла, разгибание полное. Рекомендованы ношение ортобуви, физиотерапевтическое лечение.

Через 1,5 года: на коленный сустав жалоб нет, хотя сгибание в этом суставе ограничено до 70°. Положение правой стопы правильное, чувствительность восстановилась, активное разгибание стопы и пальцев возможно, но ослаблено. Малоберцовый нерв при исследовании электровозбудимости ответа не дает.

Поступила 13 марта 1958 г.

КОЖНО-ГОЛОВНЫЕ ШИПЦЫ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДАХ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Асс. Н. И. Раимова

Из кафедры акушерства и гинекологии (зав. — проф. А. Б. Гиллерсон)
Омского медицинского института им. М. И. Калинина

Целесообразность применения кожно-головных щипцов все еще вызывает споры. Целью настоящей работы является изучение эффективности применения этого метода при некоторых видах акушерской патологии, их влияния на здоровье матери и ребенка, уточнение показаний и противопоказаний.

Наложение кожно-головных щипцов применялось у 232 рожениц на 25 376 родов, что составляет 0,91‰: у 122 первородящих и у 110 повторнородящих.

Кожно-головные щипцы были применены при частичном предлежании плаценты у 33 рожениц (первородящих — 7, повторнородящих — 26).

К моменту наложения щипцов все роженицы были в удовлетворительном состоянии. Открытие маточного зева до двух поперечных пальцев было у 18 рожениц, до трех пальцев — у 14, и только у одной имелось полное открытие маточного зева. У 26 рожениц предварительно вскрыт плодный пузырь. Из остальных 7 у 4 безводный период до наложения щипцов продолжался от двух до четырех часов, у 2 — 12—14 час. и у одной — трое суток.

Положительный кровоостанавливающий эффект получен у всех 33 рожениц.

У остальных 30 женщин роды закончились без дополнительных оперативных вмешательств (18 срочных, 12 преждевременных). 18 детей родились живыми или в состоянии асфиксии и оживлены, 12 мертвыми (8 были мертвыми уже к моменту наложения).

Два новорожденных умерли от кефалогематомы. Материнской смертности не было. Последородовой период протекал нормально у 29 родильниц.

Из 164 рожениц со слабостью родовой деятельности первородящих было 106, повторнородящих 58. Срочных родов — 154 (93,9‰), преждевременных — 10 (6,1‰).

При раскрытии шейки матки до двух пальцев щипцы были наложены у 23 рожениц, до 3 — у 58, до 4 — у 25, и при полном открытии маточного зева — у 58 рожениц. К моменту наложения кожно-головных щипцов головка была над входом в малый таз у 18 рожениц, прижата ко входу у 45, малым сегментом во входе — у 53, большим сегментом — у 29 и в широкой части полости малого таза — у 19 рожениц.

Положительный эффект при применении кожно-головных щипцов был получен у 130 рожениц (79,3‰), из них у 28 роды закончены операцией наложения акушерских щипцов, ввиду начавшейся асфиксии плода. У 34 рожениц кожно-головные щипцы эффекта не дали.

Материнская летальность — 0,6‰ (1 случай эклампсии).

Родились живыми или в состоянии асфиксии и оживлены 130 детей. Родились мертвыми или в состоянии асфиксии и не оживлены 34 плода.

11 детей имели кефалогематому, у 3 с последующим нагноением; нагноение ран на месте наложения кожно-головных щипцов отмечено у 2, парез лицевого нерва у 8, и у 1 — парез ручки.

С внутривертебральной родовой травмой родились 38 детей (23,4‰), из них умерли 4.

Применялись кожно-головные щипцы у 5 рожениц с выпадением пуповины и у одной с выпадением ручки. Повторнородящих было 5. Срочные роды были у 5, преждевременные — у одной.

Кожно-головные щипцы были наложены на головку после заправления выпавшей пуповины и ручки плода, при открытии маточного зева до двух поперечных пальцев у 2 женщины, до трех пальцев — у 3, и при полном открытии маточного зева — у одной. Роды произошли в среднем через 4 часа 22 мин после наложения кожно-головных щипцов.

У одной роды закончились операцией наложения полостных акушерских щипцов и перинеотомией, ввиду начавшейся асфиксии плода. Плод извлечен мертвым. У остальных роды закончились самопроизвольно. Все дети родились живыми. У одного ребенка отмечено нагноение ранки от кожно-головных щипцов.