

ских учреждений ниже соответствующих показателей городских учреждений. Так, в стоматологических кабинетах Дрожжановского, Сармановского, Апастовского и некоторых других районов число удаленных зубов значительно превышает число вылеченных. Врачи-стоматологи этих районов часто вместо лечения прибегают к удалению зубов, в связи с чем соотношение вылеченных зубов к удаленным по Дрожжановскому району составляет — 0,4 : 1, по Сармановскому району — 0,6 : 1, по Апастовскому — 0,82 : 1. В целом показатель соотношения вылеченных зубов и удаленных по сельским стоматологическим кабинетам 1,3 : 1 значительно ниже среднереспубликанского (по ТАССР 3,1 : 1).

За последние годы также несколько улучшилось качество дермато-венерологической помощи сельскому населению республики. Организованы кожные кабинеты в Муслюмовском, Апастовском, Алексеевском и серологические лаборатории в Кукморском и Мамадышском районах. В гг. Наб. Челны, Альметьевске, Лениногорске открыты бактериологические лаборатории по культуральной диагностике гонореи. Заслуживает внимания положительный опыт работы Чистопольского, Тетюшского, Алексеевского, Агрызского районов по организации борьбы с венерическими и заразными кожными болезнями, где комплекс мероприятий проводится всеми звеньями медицинских учреждений.

Среди проблем сельского здравоохранения наиболее сложной является резкое увеличение объема и качества оказания сельскому населению амбулаторно-поликлинической помощи. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению по местожительству специалистами врачебных амбулаторий в составе терапевта, педиатра, акушера-гинеколога и стоматолога и выездными бригадами — это, по-видимому, реальный путь решения вопроса полного удовлетворения потребности сельских жителей во врачебной амбулаторно-поликлинической помощи. По мере роста врачебной помощи на селе должно измениться и содержание работы фельдшерско-акушерских пунктов. Они в основном будут выполнять профилактические функции и врачебные назначения.

Совершенно очевидно, что в сельской местности условия размещения населения, состояние путей и средств сообщения в зависимости от времени года значительно различаются по отдельным районам, отсюда естественно возникает необходимость дифференцированного подхода к решению этой проблемы. В решении задач, выдвинутых Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения», прежде всего будет играть ведущую роль организаторская работа, мобилизация всех медицинских кадров, тесный контакт и активное использование помощи партийных и советских органов, в первую очередь для развития базы и закрепления кадров.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.728.3—001.5—089

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИСУСТАВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОЛЕННОГО СУСТАВА¹

У. Я. Богданович, В. М. Сергеев, Г. Ф. Хабирова

Казанский НИИ травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки ТАССР проф. У. Я. Богданович)

Реферат. Изучены отдаленные исходы (на сроках до 25 лет) лечения 189 больных с внутрисуставными переломами коленного сустава. Наилучшие результаты получены при компрессионном остеосинтезе спицами с упорными площадками, а также при включении в комплекс лечения магнитного поля напряженностью в 350—500 эрстед.

Ключевые слова: коленный сустав, перелом, компрессионный остеосинтез, магнитное поле.

Основной задачей, которую ставит перед собой врач-травматолог при лечении больных с внутрисуставными переломами, является, как известно, максимально точное восстановление анатомического взаимоотношения сочленяющихся суставных по-

¹ Доложено на III Всероссийском съезде травматологов-ортопедов (Ленинград, 21—23/XI 1978 г.).

верхностей и нормализация функции сустава. Наиболее успешно эта задача может быть решена с помощью оперативных методов лечения. Что касается больных с внутрисуставными переломами коленного сустава, то все специалисты признают возможным использовать консервативные методы лечения только при переломах мыщелков без смещения или с небольшим смещением отломков, то есть когда конгруэнтность суставных поверхностей не нарушена.

Из 189 находившихся на лечении в институте больных со свежими переломами мыщелков бедренной (61 чел.) или большеберцовой кости (128 чел.), результаты лечения которых изучены в сроки до 25 лет после травмы, переломы без смещения отломков были у 82 (43,4%). Каких-либо симптомов повреждения связочного аппарата у них не наблюдалось. Лечение заключалось в иммобилизации гипсовой повязкой (съемным тугором или глубокой лонгетой) в течение 3—4 нед. Гимнастику сустава назначали через 3 нед, а дозированную нагрузку конечности — через 6—8 нед. Средний срок пребывания этих больных на койке составлял 31,4 дня, а трудоспособность восстанавливалась в среднем лишь через 183,6 дня.

У 38 больных (20,1%) со смещением отломков мыщелков бедренной или большеберцовой кости без повреждения связочного аппарата было применено для репозиции отломков скелетное вытяжение в течение 4—6 нед с последующим, по достижении репозиции, наложением гипсовой повязки сроком на 1 мес. Ходьба с нагрузкой на поврежденную конечность предписывалась им не ранее 3—3,5 мес. Среднее число койко-дней у больных этой группы было равно 74,1 дня, а трудоспособность восстанавливалась в среднем через 286,5 дня.

В тех случаях, когда скелетное вытяжение не устраняло смещения отломков (20 больных, 10,6%), применяли открытую репозицию и фиксацию отломков. Все отломки тщательно сопоставляли, вдавненные фрагменты приподнимали до уровня неповрежденной части суставной поверхности; образовавшийся в мыщелке под суставной площадкой дефект заполняли костным клином из ауто- или ксенотрансплантата, то есть полностью восстанавливали конгруэнтность суставных поверхностей. Фиксацию сопоставленных отломков производили с помощью спиц или погружных фиксаторов (винтов, болтов, скоб, пластин и др.). Иммобилизацию конечности после операции открытой репозиции осуществляли циркулярной гипсовой повязкой в течение 6—8 нед. Спицы удаляли через 4—6 нед, а погружные фиксаторы — после снятия гипсовой повязки и разработки движений в коленном суставе. Ходьбу с полной нагрузкой на оперированную конечность разрешали только через 3,5—4 мес. Средний срок пребывания таких больных на койке был равен 62,4 дня, а трудоспособность восстанавливалась в среднем через 224,8 дня — несколько быстрее, чем при лечении скелетным вытяжением с последующей иммобилизацией гипсовой повязкой, но все же долго.

Такие значительные сроки нетрудоспособности больных с внутрисуставными переломами коленного сустава заставили нас искать пути совершенствования методов лечения. В частности, нам удалось сократить сроки пребывания больных на койке (в среднем до 53,4 дня) и общие сроки нетрудоспособности (в среднем до 136,5 дня) при компрессионном остеосинтезе отломков мыщелков с помощью спиц с упорными площадками по методике, разработанной сотрудником нашего института Ф. С. Юсуповым (авторское свидетельство на изобретение № 182858).

Эта методика отличается малой травматичностью. Спицы с упорными площадками, фиксированные в 3-секционном аппарате Илизарова, Гудушаури или Калиберза, обеспечивают такую прочную постоянную фиксацию костных фрагментов, что отпадает необходимость в иммобилизации конечности гипсовой повязкой. Выполняя остеосинтез мыщелков бедренной или большеберцовой кости спицами с упорными площадками, следует, как показали расчеты, добиваться одномоментной склоченности отломков, применяя усилие в 35—50 кг; в дальнейшем, в целях предупреждения вторичного смещения, необходимо сохранять компрессию в пределах 10—15 кг.

Компрессионный остеосинтез проведен нами у 49 из 189 больных (25,9%). Мы осуществляли его в среднем через 8,2 дня после травмы, то есть по стихании острых посттравматических проявлений.

Активную гимнастику в поврежденном суставе начинали через 2—3 дня после компрессионного остеосинтеза. Спицы удаляли через 4 нед. К этому сроку почти все больные осуществляли полный объем движений в поврежденном суставе. Осевую нагрузку конечности мы разрешали по истечении 2 мес со дня остеосинтеза. Отличные и хорошие результаты лечения при компрессионном остеосинтезе спицами с упорными площадками достигнуты у 96% больных, тогда как при других использованных методах — лишь у 66—78%. Снизилась и частота клинически проявляющихся форм деформирующего артроза (II—III степени по классификации Н. С. Косинской, 1961):

с 85% в группе больных, леченных путем открытой репозиции, до 12,4% при компрессионном остеосинтезе спицами с упорными площадками.

Объективным отражением достоинств и недостатков различных методов лечения явился показатель эффекта лечения А. А. Аствацатуряна (1968), вычисляемый по формуле:

$$T = [(D_2 + \Phi_2) - (D_1 + \Phi_1)] \cdot B,$$

где T — эффект лечения, D_1 и Φ_1 — деформация сустава и функция конечности до лечения, D_2 и Φ_2 — то же после лечения, B — коэффициент времени.

Состояние формы и функции сустава оценивали по пятибалльной системе Гирголава, а коэффициент времени приравнивали к 3 при восстановлении трудоспособности пострадавшего в течение 4—8 мес, к 2 — при восстановлении трудоспособности после 8 мес, к 4 — при восстановлении трудоспособности ранее 4 мес.

При несращении перелома или необходимости перевода больного на инвалидность коэффициент времени приравнивали к 0.

Средний показатель эффекта лечения при компрессионном остеосинтезе спицами с упорными площадками оказался равным 23,1, при лечении гипсовой повязкой — 12,8, при скелетном вытяжении — 13,2, при открытой репозиции и остеосинтезе погружными фиксаторами — 16,1. Таким образом, компрессионный остеосинтез давал наибольший эффект, что можно объяснить прочной и постоянной фиксацией отломков в состоянии репозиции и совмещением во времени анатомического и функционального периодов восстановления поврежденного сустава.

Еще в большей степени нам удалось улучшить результаты лечения внутрисуставных переломов коленного сустава при включении в комплекс лечебных мероприятий воздействия магнитным полем. Влияние постоянного магнитного поля (ПМП) на заживление внутрисуставных переломов вначале было изучено в эксперименте на крысах. Воздействие ПМП приводило не только к более быстрой ликвидации посттравматического отека и асептического воспаления в тканях сустава, но и к более быстрой смене фаз костной регенерации, к более раннему образованию костной слайки между отломками. Положительные результаты экспериментов явились обоснованием для включения ПМП в комплекс лечения больных с внутрисуставными переломами коленного сустава.

Лечение осуществляли портативным постоянным магнитом с напряженностью поля в 350—500 эрстед. Сеанс длился 15 мин. Курс лечения состоял из 10—15 сеансов, проводимых ежедневно, начиная с 3—4-го дня после поступления или после операции. В процессе лечения ПМП исследовали кровоснабжение конечности по данным электротермометрии, состав периферической крови, активность щелочной фосфатазы, содержание кальция, неорганического фосфора, калия, натрия в крови.

У больных, подвергнутых лечению ПМП, гораздо быстрее исчезала отечность сустава, был выражен болеутоляющий эффект. Сокращалась пребывание больных в стационаре, уменьшился несколько и срок сращения переломов (в среднем на 7—10 дней), к тому же оно протекало, как правило, по эндостальному типу. Электротермометрия, исследования периферического состава крови и минерального обмена свидетельствуют, что при воздействии ПМП в области перелома создаются благоприятные условия для регенерации.

Считаем, что метод компрессионного остеосинтеза спицами с упорными площадками и воздействие магнитным полем должен найти более широкое применение в лечении больных с внутрисуставными переломами.

Поступила 27 февраля 1979 г.

УДК 616.728.4—073.75

ЭКСПЕРТНАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОСЛЕДСТВИЙ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

М. Ф. Мусин, Н. Г. Халфиев

*Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.— проф. М. Ф. Мусин) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Реферат. Проанализированы данные рентгенологического обследования 300 освидетельствованных в травматологической ВТЭК Татарской АССР больных с последствиями тяжелых повреждений голеностопного сустава. По показаниям применялись увеличенные рентгенограммы, томограммы, снимки в косых проекциях и