

были выявлены у 64,8% обследованных, из них деформирующие спондилезы — у 30,1%, остеохондрозы — у 17,3%, сколиозы и кифозы — у 11,2%, деформирующие артрозы межпозвоноковых суставов — у 6,2%. При незначительно выраженном деформирующем спондилезе I ст. ограничения подвижности позвоночника не обнаруживалось. При деформирующем спондилезе II степени выявлялось локальное ограничение подвижности (1—2 двигательных сегментов). И лишь при деформирующем спондилезе III степени, когда очень большие множественные остеофиты срастались в костные скобы, сковывавшие между собой позвонки, отмечалось ограничение подвижности того или иного отдела позвоночника. Однако это ограничение компенсировалось подвижностью выше и ниже расположенных сегментов позвоночника.

О функции межпозвоноковых дисков судили по наличию или отсутствию симптома параллелизма между замыкательными пластинками тел смежных позвонков. Если смежные поверхности тел позвонков при движениях позвоночника оставались параллельными и не следовали за физиологическими движениями его, функция диска считалась сохраненной. При функциональной недостаточности поврежденного диска отмечался симптом неполного параллелизма замыкательных пластинок. Изменение формы суженного межпозвонокового пространства при движениях позвоночника (дорсо-вентральной и латеральной флексии) свидетельствовало о лишь частично сохранившейся функции поврежденного диска и было прогностически неблагоприятным симптомом, ибо в этих случаях в последующем диск подвергается быстрому изнашиванию, дегенеративно-дистрофическому перерождению.

Функциональные пробы позволяли определить и конечные стадии дегенеративных изменений в двигательном сегменте: при выраженном посттравматическом остеохондрозе, если он не сопровождался массивным спондилезом, выявлялась усиленная подвижность, разболтанность двигательного сегмента, а при фиброзе диска — полная или частичная неподвижность. При незначительных компрессионных переломах, не сопровождающихся повреждением смежного межпозвонокового диска, сросшийся позвонок полностью участвовал во всем комплексе движений позвоночника. При наличии блока поврежденного позвонка с рядом лежащим функцией поврежденного диска полностью выпадала, и два блокированных двигательных сегмента функционировали как один, что не сказывалось на подвижности позвоночника в целом. В этих случаях функциональная способность позвоночника считалась восстановленной.

Средние сроки возникновения рентгенологически определяемых вторичных посттравматических деформаций составляют в среднем от 9—10 мес до 2—3 лет. Статические изменения выражались не только в сколиотическом искривлении позвоночника, но в некоторых случаях и в развитии кифоза на месте перелома. Ниже уровня кифоза развивался компенсаторный лордоз. Остистые отростки позвонков сближались и между ними даже образовывались сочленения. Одновременно развивался деформирующий артроз в суставах позвоночника. Таким образом, искривление оси позвоночника приводило к развитию дегенеративно-дистрофических изменений или прогрессированию имевшихся до травмы. Полное восстановление функции позвоночника отмечено у 68,7% обследованных, незначительная функциональная недостаточность — у 23,3%, выраженная функциональная недостаточность — у 8,0%.

Своевременное рентгенологическое распознавание остаточных явлений закрытых повреждений позвоночника важно для оценки трудоспособности пострадавших.

УДК 617.584—001.5—08—06

В. Н. Смирнов (г. Ковров Владимирской обл.). Влияние ошибок при лечении диафизарных переломов костей голени на отдаленные результаты

С 1960 по 1977 г. в травматологическом отделении находилось на лечении 800 мужчин и 199 женщин с диафизарными переломами костей голени. Консервативными методами помощь оказана 835 больным (83,6%).

Отдаленные результаты на сроках от 1 года до 15 лет прослежены у 886 чел. Исход лечения считали хорошим, если не оставалось выраженных анатомических нарушений и боли, функция конечности восстанавливалась, что позволяло человеку приступить к своей работе. К удовлетворительным относили случаи, когда у обследуемых были незначительные изменения формы конечности, непостоянные и нерезкие болевые ощущения, мало отражающиеся на работоспособности и повседневном ритме жизни. К плохим исходам относили неправильно сросшиеся переломы со значительным изменением оси конечности, несросшиеся переломы, случаи, закончившиеся ампутацией, инвалидностью, летальностью. Хорошие результаты отмечены в целом у 760 (85,8%) обследованных, удовлетворительные — у 83 (9,4%), плохие — у 43 (4,8%).

Ретроспективный анализ показал, что результаты во многом зависят от правильности оказания медицинской помощи на всех этапах. Ошибки в лечении, нередко являющиеся причиной ранних и поздних осложнений, во многом ухудшают

Иногда пострадавших доставляют в медицинские учреждения на попутном транспорте, без иммобилизации поврежденной конечности. В этой группе обследованных плохие результаты составили 4,4%. Неправильная иммобилизация конечности снижала процент удовлетворительных исходов почти наполовину. Транспортировка травматологических больных без обезболивания также значительно сказывалась на отдаленных результатах лечения: плохие исходы достигали 6,5%. Необоснованная задержка в оказании квалифицированной медицинской помощи при госпитализации приводила к значительному повышению процента плохих результатов — до 7,6%. Существенно уменьшали эффективность лечения и недостатки в предоперационной подготовке больных, и привлечение к оказанию помощи травматологическим больным хирургов общего профиля, и допущение тактических ошибок при лечении. Неправильный выбор метода лечения увеличил долю удовлетворительных и плохих исходов до 15,4%.

При таких упущениях в лечении, как запоздалое вскрытие гнойных затеков (1 случай), недостаточное дренирование гнойной раны (8), несвоевременное или неполное удаление нагноившейся гематомы (3), хороших исходов не наблюдалось. Ошибки в технике оперативного вмешательства были допущены у 32 оперированных, из них к прежней работе смог приступить только 21 человек. Грубые отступления от общепринятых оперативных методов (у 113 больных) снизили процент хороших показателей до 69,1. Случаи неправильной иммобилизации конечности привели к увеличению процента удовлетворительных и плохих исходов до 15,3%.

Снижалось число хороших исходов при таких осложнениях, как нагноение раны или дерроз кожного лоскута, остеомиелит, повреждение сосудисто-нервного пучка, интерпозиция мягких тканей, расколачивание костных отломков во время операции, неполное устранение смещения отломков. А при таких осложнениях, как жировая эмболия, тромбоземболия, тромбоз флебиты, сепсис, благоприятных исходов не наблюдалось вообще. Значительно ухудшались показатели при замедленной консолидации переломов вследствие неправильного стояния отломков. Вторичное смещение отломков было незначительным и поэтому мало отразилось на последствиях.

Поздние осложнения в большей мере, чем ранние, снижали число хороших результатов. К ним относятся остеомиелит, перелом или деформация фиксатора, миграция штифта, длительное нестяжение перелома, остеопороз, синдром Зудека. В наибольшей мере ухудшались отдаленные исходы при замедленной по разным причинам консолидации перелома. Местные воспалительные реакции мягких тканей (162) существенного влияния на отдаленные результаты не оказали: плохих исходов в этой группе обследованных не было.

Итак, доминирующее влияние на отдаленные результаты лечения диафизарных переломов костей голени оказывают ошибки в лечении, а также ранние и поздние осложнения.

УДК 617.557+616.353+617.581.5]—001.4—001.5—089

Н. П. Власов (Измайлово, Ульяновская обл.). Проникающее ранение паха, промежности и ягодицы

Т., 37 лет, 22/II 1978 г. в 13 ч 43 мин получил травму при распиливании доски на циркулярной пиле. Отрезок доски, захваченный зубьями пилы, с большой силой вонзился в правый пах и, пробив фуфайку, брюки и мягкие ткани, вышел наружу в области левой ягодицы. В 14 ч. Т. доставлен в хирургическое отделение. При поступлении общее состояние не тяжелое. Жалобы на боль в правом паху, позывы на мочеиспускание и тяжесть в прямой кишке. Пульс 76 уд в 1 мин удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые, АД 130/70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный.

Данные осмотра: в нижней трети правого паха выступает окровавленный проксимальный край доски шириною 30 мм и толщиной 10 мм. Из раны в нижнем внутреннем квадранте левой ягодицы выступает на 50 мм дистальный конец шириной 15 мм и толщиной 7 мм. Так как этот конец доски не давал уложить больного на спину, его отпилили на границе раны ягодицы.

При пальцевом исследовании прямой кишки по передней ее поверхности определялся твердый предмет (край доски). Целостность прямой кишки не нарушена. Попытка провести резиновый катетер в мочевой пузырь не удалась из-за инородного тела.

Диагноз: проникающее ранение правого паха, промежности и ягодицы. Больному в операционной произведена первичная обработка раны. Под раушнаркозом с помощью щипцов, наложенных на проксимальный конец доски, последняя была извлечена. Рана значительно кровоточила, ее промыли перекисью водорода.

Под местной анестезией 0,5% раствором новокаина рана дополнительно рассечена, введены резиновые дренажи и турунды с мазью Вишневского, наложена асептическая повязка. Свободно выполнена катетеризация мочевого пузыря, крови в моче не было. Назначены пенициллин, норсульфазол, анальгетики.