

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.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи удалены на 6-й день. Рана зажила без нагноения. Т. выписан на 15-й день по выздоровлении. Осмотрен через 3 мес. Жалоб не предъявляет, по-прежнему работает столяром. Функция тазовых органов не нарушена.

УДК 617.559: [616—089.21 + 615.838.7

Ф. А. Хабилов (Казань). Лечение больных с синдромами поясничного остеохондроза тракциями в комплексе с грязевыми процедурами

Под нашим наблюдением было 143 больных с компрессионными синдромами поясничного остеохондроза (длительность заболевания — от 5 до 12 лет, возраст больных — от 32 до 58 лет). Все пациенты подвергались нейроортопедическому и рентгеноспондилографическому обследованию.

Комплекс лечения включал тракции в сочетании с грязевыми процедурами. Бальнеогрязелечение мы проводили на фоне дегидратационной терапии (гипотиазид по 50—100 мг 1 раз в день в утренние часы, зуфиллин по 0,15 3 раза в день). Продолжительность процедуры — 15—20 мин. В первый день больные получали лишь общие грязевые аппликации на область позвоночника и конечностей (температура грязи — 38—40°, экспозиция — 10 мин). Со второй процедуры начинали растяжение позвоночника грузом 10 кг через 1—2 мин после грязевых аппликаций. Через 10—15 мин груз снимали и больной оставался на кушетке в течение 1—2 мин. С 3—4-й процедуры максимальный груз составлял 20 кг (с плавным уменьшением его в конце процедуры), а продолжительность тракции — 15—20 мин. С 5—6-й процедуры груз составлял $\frac{1}{4}$ массы тела больного. После процедур пациент осторожно переходил в комнату отдыха, где в течение 1,5—2 ч отдыхал лежа.

Для оценки эффективности лечения, наряду с общепринятыми приемами, мы пользовались коэффициентом выраженности болезни (КВБ) по Я. Ю. Попелянскому и соавт. (1977).

Пеллоидомеханотерапию проводили на фоне лечения массажем, гимнастикой и сероводородными ваннами, назначавшимися в свободные от тракции дни.

На 2—3-е сут от начала лечения уменьшались или исчезали болевые проявления. К концу 1-й недели КВБ снизился у половины больных, на 2-й неделе — еще у трети пациентов. В то же время в группе больных (48 чел.), леченных только растяжением (без грязи), КВБ к концу 1-й недели уменьшился лишь у 9%, на 2-й неделе — у 43%. У 3 пациентов в процессе лечения после приема 3—4 процедур коэффициент КВБ повысился до 8 ед., после чего лечение тракциями было прекращено. Прогноз при тракционном лечении хуже у больных с пириформис-синдромом, при резких ишиалгических сколиозах и фиксированных гиперлордозах.

Преимущество пеллоидно-тракционного лечения сравнительно с тракциями без грязи проявилось не только в большем числе положительных результатов, но и в более быстром снижении коэффициента выраженности болезни, что позволяет рекомендовать этот метод врачам санаториев.

УДК 616.728.2—089

А. Л. Гиммельфарб, Г. М. Харин (Казань). К казуистике гигантской кистовидной перестройки при коксартрозе

Кистовидная перестройка костной ткани нередко сопутствует дегенеративно-дистрофическим поражениям суставов. Кистовидные образования на рентгенограммах обнаруживаются в виде округлых или овальных просветлений, имеющих диаметр в несколько миллиметров, реже 1—3 см. Представляет интерес гигантская псевдокиста, обнаруженная нами у больного коксартрозом.

Я., 57 лет, разнорабочий, поступил в ортопедическую клинику института 21/IV 1978 г. с жалобами на боли в тазобедренных суставах (преимущественно левом) и в пояснице. Диагноз при поступлении: двусторонний диспластический коксартроз (справа II ст., слева III ст.), остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Я. считает себя больным в течение 15 лет. Многократно проводившееся консервативное лечение желаемого эффекта не дало. Больной при ходьбе хромает на левую ногу. Определяется атрофия мышц левого бедра на 5 см; амплитуда сгибательно-разгибательных движений в левом тазобедренном суставе сохранена в пределах 160—90°, в остальных направлениях движения резко ограничены и болезненны.

На рентгенограмме левого тазобедренного сустава (рис. 1, а) головка бедренной кости увеличена в размерах, уплощена. Верхне-латеральный квадрант ее выходит из-под края крыши вертлужной впадины, угол наклона впадины увеличен. Имеется гигантская ячеистая полость, распространяющаяся на шейку, вертельную область и метадиафиз бедренной кости.

13/V 1978 г. — операция под общим обезболиванием. Нанесен продольный разрез Лангенбека, в латеральной стенке метафиза образовано окно размером 4 × 6 см,