

Округление лица наблюдалось только при повторных курсах лечения. Повышение АД было у 2 женщин к концу 7-дневного курса лечения — у одной до 155/85 при исходном давлении 140/85, у другой до 165/90, у обеих АД нормализовалось самостоятельно в первые два дня после отмены стероидов. Так же нестойки были гипергликемия и глюкозурия, по поводу которых никаких специальных мероприятий не проводилось.

Отмена стероидов у части больных сопровождалась проходящими симптомами в виде временной тахикардии (1—3 дня), ощущения тяжести в мышцах, которую больные сравнивали с усталостью, артралгий, головных болей, кратковременного ускорения РОЭ. У подавляющего большинства больных эти симптомы держались в течение 3—5 дней после отмены стероидной терапии и проходили самостоятельно.

Как показали наши наблюдения, 7-дневный курс адекватной по зоинофильному тесту стероидной терапии давал хорошие или вполне удовлетворительные результаты. Однако при изолированной стероидной терапии у 7 из 14 больных результаты оказались нестойкими, вновь появлялись клинические и лабораторные признаки активности ревматического процесса, которые были ликвидированы повторными курсами стероидной терапии в тех же дозах.

Результаты комплексного лечения с применением адекватных доз стероидов и салицилатов были иными, особенно при назначении аспирина после отмены стероидов. Из 52 больных этой группы только 2 потребовалось проведение повторного курса лечения преднизолоном, причем у одного из них при первом курсе суточная доза была по зоинофильному тесту неадекватной.

За период наблюдения рецидивы болезни, потребовавшие повторного лечения, наступили у 4 больных (6,1%). Пороки сердца, как показывают предварительные данные, сформировались за это же время у 3 больных (4,6%): у 2 — недостаточность митрального клапана и у 1 — недостаточность клапанов аорты. Из этих 3 больных 2 получали только стероиды, 1 — и стероиды, и салицилаты.

Приведенные данные свидетельствуют об удовлетворительном клиническом эффекте использования патогенетически обоснованных индивидуально подобранных суточных доз кортикостероидов при лечении ревматического приступа и целесообразности сочетания их с последующим назначением салицилатов.

ЛИТЕРАТУРА

Litt M. Blood, 1960, 16, 3, 1318.

УДК 611.984—616—001.6—616—06

ОБ ОСЛОЖНЕННЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВЫВИХАХ ГОЛЕНИ

*В. В. Вострокнутов, Н. И. Борняков, Г. С. Половников
и М. Д. Лялин*

Травматологическое отделение (зав.—И. А. Стерхов) станции скорой медицинской помощи г. Ижевска (главврач—И. М. Сорокин) и хирургическое отделение Глазовской больницы (главврач—М. Д. Лялин) Удмуртской АССР

В настоящем сообщении мы приводим краткие выписки из историй болезни 3 больных с осложненными травматическими вывихами голени. У всех пострадавших оказалась поврежденной подколенная артерия, у одного из них, кроме того, еще задняя большеберцовая артерия и у одного также малоберцовый нерв.

1. С., 37 лет, 3/VI 1966 г. во время езды на мотоцикле на большой скорости задел пяткой сорвавшейся с педали правой ноги за неровность дороги. Почувствовал резкую боль в области коленного сустава, упал, самостоятельно двигаться не мог. Через 2 часа доставлен в стационар.

Правая нога в области коленного сустава резко деформирована, отечна, укорочена на 5 см. Движения в коленном суставе невозможны. Пальпируются выступающие вперед мышечки голени. Голень отечна, синюшна. Пульсация периферических сосудов на голени и стопе не определяется. На рентгенограмме — полный передне-медиальный вывих правой голени. Под местной анестезией вывих вправлен. Наложена задняя гипсовая лонгета с фиксацией ноги в коленном суставе под углом 170°. Боли после вправления вывиха несколько уменьшились, но стопа и голень оставались бледными, холодными, пульс на стопе и голени не восстановился.

Больной получал антибиотики внутримышечно, пелентан внутрь, 40% раствор глюкозы с витаминами внутривенно, капельное вливание фибринолизина с гепарином внутривенно под контролем протромбинового индекса. Ввиду резкого отека области правого коленного сустава и голени под местной анестезией произведены 2 послабляющих разреза на голени. В последующем появились признаки гангрены голени. 7/VI 1966 г.

(на 4-й день после травмы) под интубационным эфирно-кислородным наркозом произведена надмышцелковая ампутация бедра. На подколенной артерии и проксимальном отделе задней большеберцовой артерии были множественные разрывы.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 12-й день. 16/VI 1966 г. С. выписан на амбулаторное лечение.

Как тактическую ошибку при лечении этого больного следует отметить неоправданный консерватизм при клинически явной артериальной непроходимости: следовало сразу приступить к ревизии сосудистого пучка.

2. В., 41 года, поступила в травматологическое отделение 20/VII 1966 г. 15/VII 1966 г. получила удар по задней поверхности верхней трети правой голени бортом опрокинувшегося тракторного прицепа. Диагностированный в участковой больнице закрытый передне-медиальный вывих правой голени был вправлен под эфирным масочным наркозом. В связи с нарастающими явлениями ишемии конечности больная на 6-й день переведена в специализированное отделение.

Контуры коленного сустава сглажены, пальпация болезненна. На коже голени по задненаружной поверхности — очаги кровоизлияний. Стопа бледная, холодная. Пульсация тыльной артерии стопы и задней большеберцовой артерии не определяется. Все виды чувствительности по наружной поверхности правой голени и стопы нарушены. Активные движения в голеностопном суставе резко ограничены, в пальцах стопы — отсутствуют.

На рентгенограмме вывих не определяется, суставная щель не расширена.

Произведено внутривенное капельное вливание 20 000 ед. фибринолизина с 10 000 ед. гепарина. 22/VII 1966 г. появились сильные боли в голени и стопе. На наружной поверхности средней трети правой голени возникли темные пятна. Электротермометрия показала снижение кожной температуры на правой нижней конечности по сравнению с симметричными участками левой ноги: на 1 пальце — на 7,0°, на тыле стопы — на 5,8°, на нижней трети голени — на 2,6°; на уровне средней, верхней трети голени и нижней трети бедра кожная температура справа, наоборот, оказалась повышенной соответственно на 0,6; 2,4; 0,6°. На осциллограмме правой голени — прямая линия. На артериограмме зарегистрирован полный перерыв проходимости бедренной артерии на уровне верхнего края надколенника. Выраженные коллатерали в области коленного сустава. Подколенная артерия и ее главные ветви в пределах снимка (до уровня нижней трети голени) не контурировались. Диагностирован травматический тромбоз бедренной артерии.

Под эфирно-кислородным масочным наркозом предпринята ревизия сосудисто-нервного пучка (доц. В. С. Чуднова). Подколенная артерия не пульсирует, истончена. Стенка ее размята, мягкая, имбибирована кровью. Просвет на протяжении 8 см заполнен интимно спаянным со стенкой артерии красным тромбом. Произведена костнопластическая ампутация бедра по Гritti — Шимановскому с видоизменением С. И. Ворончихина.

В послеоперационном периоде наблюдалось нагноение раны. Больная в удовлетворительном состоянии с опорной культей выписана для протезирования.

3. А., 35 лет, 16/VI 1966 г. во время езды на мотоцикле был сбит встречной автомашиной. Почувствовал резкую боль в области левого коленного сустава. Механизма травмы в деталях изложить не мог из-за кратковременного нарушения сознания в момент травмы. Через 30 мин. доставлен в травматологическое отделение.

Левый коленный сустав деформирован. Отчетливо определяется проксимальный конец большеберцовой кости, выпячивающийся кпереди и кнутри по отношению к бедренной кости. Кровоподтеки сине-багрового цвета на задней поверхности бедра и голени. В подколенной ямке разлитая непальпирующая припухлость. На стопе и наружной поверхности голени нарушены все виды чувствительности. Активные движения в голеностопном суставе и в пальцах стопы отсутствуют. Пульсация тыльной артерии стопы и задней большеберцовой артерии не определяется. На рентгенограммах — передне-медиальный вывих голени. Под местной анестезией вывих вправлен. Наложен задний гипсовый лонгет под углом 170°.

17/VI — отек бедра и коленного сустава, стопа бледная, холодная. 19/VI — бедро, область коленного сустава и голень до уровня дистальной трети резко отечны, ткани напряжены. Кожа по задней поверхности бедра синюшно-багрового цвета, с множественными пузырями, наполненными серозно-геморрагической жидкостью. Голень до уровня коленного сустава холодная и бледная. Под местной анестезией произведена ревизия сосудисто-нервного пучка. В ране найден разорванный малоберцовый нерв, полный поперечный перерыв подколенной артерии и вены на 4 см выше суставной щели. Центральной конец артерии затромбирован рыхлым тромбом, периферический конец слабо кровоточит. Подколенная вена лигирована. Проксимность артерии после извлечения тромба восстановлена циркулярным сосудистым швом (появилась пульсация ниже уровня наложения шва). Наложен эпинеуральный шов на концы разорванного малоберцового нерва. В рану засыпан стрептомицин, вставлены марлевые выпускники. Рана зашита. Наложен гипсовый лонгет, фиксировавший конечность под углом 170°.

После операции стопа холодная, бледная, пульсация на периферических артериях не появилась. Голень до уровня верхней трети мраморного вида. 20/VI ввиду резко выраженного отека и напряжения тканей голени произведены 2 лампасных продоль-

ных разреза мягких тканей до икроножной мышцы. Температура тела 39°. В моче 0,3% белка. Лейкоцитоз 11 400. РОЭ 78 мм/час.

Больной получал антибиотики (пенициллин, мономицин, стрептомицин), сосудорасширяющие средства, витамины комплекса В; ему неоднократно переливали кровь, вводили глюкозу внутривенно, противостолбнячную и противогангренозную сыворотку, делали паранефральные новокаиновые блокады. 20/VI внутривенно капельно влило 20 000 ед. фибринолизина с гепарином (20 000 ед.). 21/VI увеличился отек голени. Температура повысилась до 39,2°. Произведен дополнительный продольный разрез на голени. Мышцы на разрезе желто-бурого цвета, не кровоточат, безболезненны. 22/VI от повязок и ран зловонный запах. Стопа холодная, бледная. Температура 39,5°. Общее состояние тяжелое. Под эфирно-кислородным наркозом произведена ампутация бедра на уровне дистальной трети. Просвет артерии на уровне усечения затромбирован.

В послеоперационном периоде было нагноение раны. Заживление вторичным натяжением. 27/VIII 1966 г. на 72-й день после травмы А. выписан в удовлетворительном состоянии.

У всех 3 наблюдавшихся нами больных действия врачей в направлении разрешения основной причины прогрессирующей гангрены конечности были предприняты с большим опозданием, когда уже не оставалось никакой надежды на успех восстановительной операции на поврежденной артерии. Неудовлетворительные исходы длительного консервативного лечения больных с осложненными вывихами голени убеждают в необходимости ранних активных действий с целью восстановления кровотока в поврежденной подколенной артерии.

УДК 616—036—86—616—089

ОТДАЛЕННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Н. М. Хайкинсон

Кафедра ортопедии и травматологии (зав.—проф. Л. И. Шулуток) и кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.—доц. Я. И. Тарнопольский) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В 1946—1948 гг. мы занимались изучением эффективности восстановительного лечения инвалидов Отечественной войны по материалам Казанского института ортопедии и восстановительной хирургии (директор — проф. Л. И. Шулуток) и проанализировали 1433 истории болезни. В институт направлялись больные-хроники, у которых к первичному процессу присоединилось множество разнообразных наслоений. Это были нетрудоспособные больные, в большинстве своем инвалиды, при лечении которых были испробованы различные методы. Распределение больных по диагнозам представлено в табл. 1.

Таблица 1

Диагноз	Число больных	Процент
Огнестрельный остеомиелит	622	43,4
Рубцово-трофические язвы	205	14,3
Болезни и дефекты культей	199	13,9
Инородные тела	116	8,1
Ложные суставы	80	5,6
Прочие болезни	211	14,7
Всего	1433	100,0

Для более обоснованного и правильного суждения о результатах лечения инвалидов нами было предложено деление исходов на местные и общие. К местным отнесены исходы, касающиеся отдельных компонентов последствий ранения (боль, свищи и язвы, инородные тела, деформация органов и подготовка к протезированию), к общим — состояние здоровья, функции органа и трудоспособность инвалида.

Ближайшую эффективность лечения инвалидов в институте мы имели основание считать хорошей по местным исходам и вполне обнадеживающей — по общим. Однако для получения более ясной картины понадобилось хотя бы у части инвалидов определить отдаленные результаты. Нам удалось получить материалы обследования 596 инвалидов во втором году после лечения. Результаты приведены в табл. 2.