

Из госпитальной хирург. клиники Омского мединститута имени М. И. Калинина (директор проф. А. А. Ожерельев).

Изолированный перелом ладьевидной кости запястья.

В. В. Шкляев.

Переломы составляют одну из основных глав травматологии: на их долю падает от 15 до 20% всех повреждений человеческого тела. Из этого числа более 50% составляют переломы верхней конечности, причем частота локализации их на этом участке распределяется примерно следующим образом: на ключицу падает от 30 до 32%; на плечо 15%; на предплечье 34—35%; на запястье 3—6% и, наконец, на кисть 15—16%. Таким образом переломы костей запястья встречаются не так уж редко.

Небезынтересно отметить кстати, что авторами некоторых работ по этому вопросу являются не клиницисты, а рентгенологи (Дьяченко, Заркевич и др.), что объясняется повидимому тем, что наибольшее количество материала концентрируется у последних.

Из костей запястья в громадном большинстве случаев травмируется первый ряд этого отдела, как наиболее фиксированный; наоборот, несколько большая подвижность отдельных костей второго ряда ослабляет действие травмы.

Чаще всего страдает ладьевидная кость. Так, на материале Гамбургской портовой больницы за время с 1921 по 1931 г. на 217 зарегистрированных повреждений запястья перелом ладьевидной кости отмечен в 103 случаях (48%). Данные Эдена, основанные на материале австро-германского архива страховых обществ, в этом отношении еще более показательны: из 234 переломов костей запястья 147 случаев, или 63%, падает на ладьевидные кости.

Второе место по частоте занимают переломы трехгранной кости—29%. Остальные кости запястья травмируются значительно реже.

Изолированный перелом *os naviculare* впервые был установлен на вскрытии Летенэром в 1839 г. Естественно, что с тех пор в изучении переломов ладьевидной кости проделана большая работа: этот вид переломов описан многими авторами, установлена их клиническая картина, разработана анатомия и физиология как здоровой, так и поврежденной кости. Большое количество экспериментальных изысканий и клинических наблюдений, как русских, так и иностранных авторов, не исчерпало однако со всей полнотой этого вопроса. Остается много неясного не только в части лечения и патогенеза, но и в ранней диагностике этих переломов.

Совершенно естественно поэтому, что современная литература не перестает уделять этому вопросу должное и вполне заслуженное внимание.

Материалом для настоящей работы послужили восемь случаев

изолированного перелома ладьевидной кости запястья, прошедших через хирургический кабинет центральной поликлиники Омской ж. д. с начала 1935 по июль 1936 г. Все случаи относятся к людям физического труда—рабочим железнодорожного транспорта; из них мужчин от 20 до 40 л.—7; женщина—1 в возрасте 58 лет. Характер повреждения: поперечных переломов через середину кости—4; отрыв периферического конца—1; оскольчатых косых переломов периферического фрагмента—1; оскольчатых переломов с лучевой стороны в средней трети—1; переломов со значительно выраженной деформацией и смещением—1. Из этого числа 6 переломов свежих и 2 старых, давностью примерно в 1 год. Правая рука повреждалась 6 раз, левая—2. В 6 случаях переломы не сопровождались почти никаким смещением отломков.

В вопросе патогенеза переломов ладьев. кости мы не имеем и по настоящее время единства мнений. Вольф объясняет механизм повреждения передачей удара с ладони через кости второго ряда запястья с одновременным противоударом со стороны луча. При отведении кисти этому перелому способствует ущемление ладьевидной кости между головчатой костью и головкой луча. Магнус и Росток полагают, что перелом *os naviculare* происходит не только под влиянием тяжелых однократных травм (вапр. падение на руку), но и в результате незначительных повторных воздействий, которые нередко едва ли могут быть названы травмами. Волкович отождествляет механизм перелома ладьевидной кости с механизмом классического перелома луча—падение на согнутую в лучезапястном суставе и радиально отведенную кисть.

Костручио, приходя к тем же выводам, считает однако неизменным условием для получения перелома определенные взаимоотношения между кистью и предплечьем: при действии силы со стороны предплечья угол при разгибании должен равняться 90° , и кость должна находиться в радиальном отведении. Жолондзь, образно сравнивая ладьевидную и полулунную кости с „буфером“, заложенным между плечом в целом и дистальным рядом костей запястья—„раскосами“, приходит к заключению, что согласно законам механики „буферы“ (в данном случае ладьевидная кость) должны ломаться чаще и скорее нежели „раскосы“, между которыми эти „буферы“ заложены. Поэтому, по его мнению, при указанном механизме ладьевидная кость ломается чаще диафиза луча.

Наконец, в последнее время Заркевич, на основании изучения механических условий перелома на трупах, приходит к выводу, что „живая кость дает перелом не только от насилия, но перелом в ней готовится патологическим процессом“.

Механизм повреждения в нашем материале представляет довольно пеструю картину: в пяти случаях перелом наступил при падении на вытянутую руку в положении тыльного сгибания кисти; в двух—кисть, наоборот, находилась в ладонном сгибании. Наконец, в одном случае причиной перелома послужила непосредственная травма лучезапястного сустава (удар тылом кисти о рельсу при падении),

Возникает естественный вопрос о более точной дифференциации механизма переломов ладьевидной кости, так как, несмотря на наличие вышеприведенных теорий, остается совершенно невыясненным вопрос, почему в одних случаях ломается луч, а в других ладьевидная кость, тогда как часто и в том и другом случаях в анамнезе указывается на аналогичную, по своему характеру, травму. Надо думать, что необходим целый ряд дополнительных факторов и в механизме травмы и в самой структуре ладьевидной кости, которые в своей совокупности могли бы обусловить перелом этой кости.

Ранняя дифференциальная диагностика изолированных переломов ладьевидной кости несомненно трудна не только клинически, но и при рентгенографии. Неправильное положение кисти при рентгенографии может послужить причиной просмотра перелома, так как щель перелома при обычном тыльно-ладонном снимке в положении разгибания не всегда видна.

Подобный случай имел место и в нашем материале.

Больной В-ков, 19 лет, токарь котельного цеха, 19/VII 36 г., возвращаясь вечером с работы, упал и ударился тылом правой кисти о рельсу. Объективно — незначительная припухлость в лучезапястном суставе и болезненность при движении. На рентгенограмме костные изменения не обнаружены (обычный тыльно-ладонный снимок в положении разгибания кисти). Через 5 дней больной выписан на работу. 26/VII, т. е. через день после погашения бл/истка В-ков вновь обратился в поликлинику с жалобами на сильные боли, ограничение подвижности и припухлость в лучезапястном суставе. Повторный снимок кисти, но уже согнутой в кулак: ладьевидная кость разломана на 2 равные части без смещения фрагментов. Тыльная шинка по Розеру на 3 недели с последующим физиотерапевтическим лечением. На контрольном рентгене хорошая костная мозоль. Жалоб не предъявлял.

Во избежание подобного рода ошибок Шнек советует при фасном снимке кисть слегка согнуть в кулак, благодаря чему она устанавливается в положение легкого тыльного сгибания и ульнарного отведения. Тогда ладьевидная кость и щель между отломками становится видной на всем своем протяжении. Для бокового снимка он считает целесообразным положение полу-пронации, так как при этом ладьевидная кость видна на пластинке во всю длину и не закрывается соседними костями.

Допущение ошибок в диагностике связано по видимому не только с техническими погрешностями рентгенографии. Шнек считает, что при переломе ладьевидной кости щель между отломками не всегда видна сразу, а констатируется иногда через 2—3 и даже 4 недели после травмы (привожу по Заркевичу).

Наконец, нельзя обойти молчанием с точки зрения ошибок в диагностике и такие случаи, когда и объективные данные и субъективные ощущения самого больного (боль, нарушение функций и пр.) выражены настолько слабо, что вообще нет никаких оснований говорить о переломе ладьевидной кости.

Для иллюстрации привожу наш случай.

Больной Т-лин, 33 лет, слесарь. Обратился в хирургический кабинет поликлиники по поводу инородного тела в мягких тканях тыла левой кисти. Других жалоб нет. Рентгенограмма показала, помимо инородного тела, старый поперечный перелом ладьевидной кости. Отломки не срослись (псевдоартроз). Ли-

ния перелома шире, нежели суставные линии между отдельными костями запястья. При опросе больного выяснилось, что год тому назад он упал с лошади на вытянутую и согнутую в лучезапястном суставе руку. Больничным листком не пользовался, так как боли были чрезвычайно незначительны и не служили помехой в работе (в то время больной работал вестовым). О существовании перелома даже не предполагал. Рукой владеет прекрасно.

Мысль о возможности свежего перелома ладьевидной кости базируется с точки зрения клиники главным образом на наличии достаточно резкой болезненности при пальпации области „анатомической табакерки“ и ладьевидной кости, определяемой как с тыльной, так и с волярной стороны (в нашем материале этот симптом всегда имел место), на припухлости, то едва заметной, то сильно выраженной, и на ограничении функции лучезапястного сустава. Кровоподтек и костная крепитация сопровождает перелом далеко не всегда. Крепитация может наблюдаться, но может и не быть, что стоит в зависимости как от характера самого перелома, так и от наличия кровоизлияния. В нашем материале крепитация не отмечалась ни разу.

В застарелых случаях перелома ладьевидной кости все вышеприведенные симптомы могут быть выражены в различной степени, они могут то ослабевать, то вновь усиливаться, особенно после форсированных движений.

Самым серьезным и упорным явлением при старых переломах является нарушение подвижности в кистевом суставе в зависимости от образования *loxarthrosis interscapioideae*, *arthritis deformans* и анкилоза. К этому надо добавить еще очень частое наступление мышечной атрофии и, как следствие этого, ослабление мышечной силы кисти, влекущее за собой подчас инвалидность.

Привожу наш случай.

Колхозник А-нюк, 28 л.; обратился в поликлинику в начале 1936 г. по поводу болей, резкого ослабления мышечной силы (при измерении силы сжатия динамометром слева 45 кг, справа 16 кг) и ограничения подвижности в правом лучезапястном суставе.

Примерно год тому назад в пьяном виде А-нюк упал на ходу с крестьянских дрожжек на тыльно согнутую в кистевом суставе правую руку. Через несколько часов после ушиба появилась припухлость в лучезапястном суставе и кисти. Боль, вначале незначительная, постепенно усиливалась и стала невыносимой. Местный фельдшер, к которому больной обратился, определил у него „растяжение связок сустава“ и рекомендовал делать согревающий компресс. Спустя 2—3 недели припухлость и болезненность несколько уменьшились, но резкое ограничение подвижности и невозможность пользоваться травмированной конечностью при работе остались. В дальнейшем к этому присоединилось и значительное ослабление мышечной силы, что еще в большей степени усугубило нетрудоспособность.

На снимке (спустя год после травмы) ладьевидная кость разломана на 3 совсем равные части. Один из фрагментов, меньший по величине, своим острым краем, обращенным в локтевую сторону, как бы вклинился между двумя остальными. Край разлома без четких контуров. Между несросшимися отломками щель в $\frac{1}{2}$ —1 мм.

Yutzeler, изучая причины псевдоартроза после перелома ладьевидной кости, считает, что склонность к образованию ложного сустава зависит от недостаточного образования костной мозоли при одновременном неблагоприятном механическом моменте

вследствие тяги суставных сумок. Исследование автора обнаружило настолько обширное кровоснабжение ладьевидной кости, что оно не может служить причиной образования ложного сустава. Псевдоартрозы наблюдаются преимущественно после поперечных переломов *os naviculare*. При этом линия перелома проходит между обеими суставными сумками и соответствующими связками, соединяющими ладьевидную кость в проксимальном направлении с лучевой, а в дистальном — с многоугольной костью. Вследствие тяги их возникает *dislocatio ad long. cum distr.*

В практическом отношении, следовательно, важно помнить, что все поперечные переломы, проходящие через середину тела ладьевидной кости, необходимо длительно и тщательно фиксировать, тогда как остальные переломы этой кости должны хорошо срастаться и после 2—3-недельного покоя. При отсутствии лечения образование костной мозоли может наблюдаться лишь при особо благоприятных условиях, из которых прежде всего необходимо указать на сколачивание отломков.

Приведенные выше теоретические предпосылки намечают и определенную линию поведения практического врача при лечении свежих переломов ладьевидной кости.

Выбор метода фиксации вряд ли имеет в данном случае решающее значение. При поперечных переломах в средней части с расхождением отломков, т. е. в случаях, где требуется длительная фиксация, мы предпочитали пользоваться круговой гипсовой повязкой, наложенной примерно от границы нижней и средней трети предплечья до пястно-фалангового сочленения. Таким образом пальцы и локтевой сустав оставались совершенно свободными, что давало возможность производить движения в них с первых же дней после иммобилизации. Фиксация с периодической сменой повязки для рентгенологического контроля продолжалась в среднем от 6 до 8 недель. Во всех трех свежих случаях поперечного перелома в нашем материале в результате проведения указанной методики лечения отмечена консолидация отломков и полное восстановление трудоспособности.

В остальных трех случаях, касающихся отрывов небольших периферических фрагментов, дело ограничилось наложением тыльной шинки по Розеру на 18—20 дней с последующим физиотерапевтическим лечением (массаж, ванны, гимнастика). В двух проверенных на рентгене случаях мы имели также *restitutio ad integrit.* В застарелых и далеко зашедших случаях перелома ладьевидной кости Полано считает наиболее целесообразным способом лечения просверливание несросшихся отломков по Беку с последующей фиксацией сустава на 5—6 недель. Преимуществом способа автор считает техническую простоту, надежность и безопасность вмешательства. Мы не прибегаем к оперативному лечению переломов ладьевидной кости, и своего опыта в этом вопросе не имеем. Наличие псевдоартроза в нашем материале отмечено 2 раза, причем один из больных после 1-го обращения больше не явился. Существование ложного сустава

во втором случае никаким расстройством не сопровождалось и лечения не требовало. Таким образом, поделиться опытом в лечении переломов этого рода мы не можем.

Наш материал вообще небольшой, и делать какие-либо выводы, основываясь на нем, трудно. Однако он демонстративен в том отношении, что: 1) в нем доминируют по преимуществу свежие случаи изолированных переломов ладьевидной кости, своевременно и правильно распознанные и надлежащим образом леченные и 2) эти переломы почти все прослежены до конца.

Это дает нам некоторые основания утверждать, что при своевременной диагностике соответствующее лечение перелома os naviculare дает вполне благоприятные результаты. Наоборот, случаи своевременно не распознанные и запущенные, как правило, кончаются псевдоартрозами со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Литература. 1. Дьяченко В. А., Ортопед. и травм., кн. 4 1929.—2. Заркевич Н. Ф., там же, кн. 2. 1934.—3. Жолондзь А. М., Нов. хир. архив, т. 38, кн. 3 1935.—4. Сорокин А. З., Военно-медиц. журнал, том III, вып. 2, 1932.—5. Тоцкий В. М., Харьков. мед. журн., том 15 кн. 3 1913.—6. Мионов Е. Я., Совет. хир., том 3, вып. 4—5.—7. Минина Р. М., Там же, кн. 11, 1936.—8. Cupey H., Mtschr. Unfallch. 4. 1935.—9. Yutzeler H., Dtsch. Z. Chir. 1932.—10. Polano H. K. Der Chirurg. 8. 1935.—11. Thompson J., Amer. J. Surg. W. S. 21. 1933.—12. Schneck F., Zbl Chir. 1933.

Из первой хирургической клиники Одесского медицинского института (директор проф. Н. Н. Соколов).

Хронические абсцессы грудной железы.

Л. Е. Корыткин-Новиков и О. А. Бродский.

Хронические абсцессы грудной железы представляют большой практический интерес. Это заболевание встречается далеко не часто. Так, по статистике Ленормана из 175 поражений грудной железы 121 падает на рак грудной железы, 50 случаев — на острый мастит и лишь 4 случая на хронический абсцесс.

Представляя собою очень часто картину, сходную с раком грудной железы, заболевание это ошибочно дает повод к совершенно напрасному радикальному оперативному вмешательству.

Статистические данные показывают, что в наилучшем образе оборудованных клиниках ошибки диагноза рака грудной железы, как правило, бывают в пределах от 6 до 12% (Герцен).

Ошибки прижизненного распознавания злокачественных новообразований вообще составляют: по русским данным — 13,9% (Мерков), по германским — 13,2% (Любарш), по английским — от 20 до 28% (Мейер, Джилфорд), по американским — 20% (Вуд). Теперь, благодаря методам скорой патолого-морфологической диагностики злокачественных опухолей, процент ошибок в диагнозе снижается.