

Всего по такой методике оперировано 11 человек, в двух случаях не удалось отыскать центральный конец уретры, в связи с чем пришлось вскрыть мочевой пузырь и провести катетер в центральный отрезок со стороны мочевого пузыря. Треть больным (первые годы до внедрения указанного метода) проведена операция первичного шва уретры с наложением надлобкового свища, и в двух случаях (неполные разрывы уретры) после наложения надлобкового свища удалось провести катетер через место разрыва уретры. Ни в одном случае мы не наблюдали летальных исходов (по данным В. С. Смирницкого за 1957 г., летальность по институту им. Н. В. Склифосовского после внедрения метода первичного шва уретры снизилась с 57 до 20%). Средние сроки стационарного лечения наших пострадавших составили 65 койко-дней (по данным М. И. Быстрицкого, сроки стационарного лечения достигают 133 койко-дней). Если учесть, что основная масса больных с повреждениями мочевыводящих путей имела множественные переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца, то становится очевидным, что сроки стационарного лечения наших пострадавших определялись временем, необходимым для наступления консолидации переломов тазовых костей. Отдаленные результаты после наложения первичного шва уретры проверены нами у 6 из 14 оперированных. У 5 отмечены хорошие функциональные результаты, и лишь у одного (ребенка 6 лет, не даввшего проводить бужирование в послеоперационном периоде) отмечено частичное сужение просвета уретры.

Таким образом, из 28 больных с проникающими разрывами мочевыводящих путей, осложнившихся переломами костей таза, мы не смогли вывести из глубокого травматического шока и провести оперативное лечение 7 пострадавшим с разрывами мочевого пузыря и другими тяжелыми комбинированными повреждениями. Все 7 человек погибли в первые часы после поступления (25% летальности). Среди остальных оперированных нами больных (16 — с разрывами уретры, 4 — с разрывами мочевого пузыря и 1 — с разрывом уретры и мочевого пузыря) летальных исходов не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аглинцев К. Д. Хирургия, 1937, 5. — 2. Аминев А. М. Урология, 1956, 2. — 3. Богословский В. М. Вест. хир., 1934, 36. — 4. Быстрицкий М. И. Ортопедия, травматология и протезирование, 1959, 4. — 5. Дунаевский Л. И. и Рамм М. Г. В кн.: Основы травматологии, М., 1952, т. 1. — 6. Дунчик В. Н. Сб. рефератов научн. раб. за 1949 г. ВМОЛА им. С. М. Кирова. Л., 1952. — 7. Корин Л. Д. Хирургия, 1952, 12. — 8. Койсман А. А. Урология, 1958, 4. — 9. Никифоров М. И. Урология, 1955, 1. — 10. Русанов А. А. Разрывы уретры, М., 1953. — 11. Смирницкий В. С. В кн.: Ущемленные грыжи, повреждения таза и некоторые другие вопросы хирургии. Красноярск, 1958. — 12. Соловов П. Д. Вест. хир., 1935, 37. — 13. Фрумкин А. П. Урология, 1955, 1. — 14. Хольцов Б. Н. В кн.: Вопросы военно-полевой урологии, Л., 1941. — 15. Школьников Л. Г. и Селиванов В. П. Вест. хир., 1955, 5.

Поступила 15 июля 1959 г.

К ЛЕЧЕНИЮ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА

*Канд. мед. наук У. Я. Богданович
и мл. научн. сотр. А. Ю. Подвальный*

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
(директор — проф. Л. И. Шулушко)

Операция остеосинтеза с помощью различного рода металлических конструкций — лопастных гвоздей, шурупов, винтов и т. п. — утвердилась за последние годы как основной способ лечения свежих смещенных медиальных переломов шейки бедренной кости. Что же касается больных с латеральными (чрезвертельными и межвертельными) переломами шейки бедра, то единодушия в выборе метода их лечения пока еще нет.

Одни считают операцию внесуставного остеосинтеза металлом методом выбора не только при медиальных, но и при латеральных переломах шейки бедра. Другие придерживаются консервативной тактики в лечении больных с латеральными переломами, учитывая имеющиеся при таких переломах благоприятные условия для сращения. Третьи, как нам кажется, совершенно справедливо ставят выбор метода лечения в зависимость от возраста больного, его состояния, характера перелома, наличия смещения и т. д.

Все сказанное навело нас на мысль проанализировать результаты лечения больных с латеральными (межвертельными и чрезвертельными) переломами шейки бедра в Казанском институте травматологии и ортопедии за последние годы.

Нами изучены истории болезни 255 больных с переломами шейки бедра, из них 129 (50,6%) были с латеральными переломами. Мужчин было 36,4%, женщин 63,6%. От 30 до 49 лет — 11%; от 50 до 69 лет — 41%; старше — 48%.

До 1956 г. отсутствовала единая методика лечения подобных больных, что, естественно, являлось отражением состояния этого вопроса в травматологии. Так, больным без смещения отломков накладывалась тазобедренная гипсовая повязка или гипсовая лонгета (в зависимости от состояния больного). При смещенных переломах у физически крепких больных производилась одномоментная репозиция отломков с последующим наложением тазобедренной гипсовой повязки. Другим больным применялось скелетное вытяжение, которое через 4 недели снималось и заменялось гипсовой повязкой. Часть больных через 4 недели пребывания на скелетном вытяжении переводилась на липкопластырное вытяжение, которое продолжалось 2 недели, после чего больной выписывался в гипсовой лонгете или переводился на физиомеханотерапию. Небольшая группа больных с первого дня укладывалась на 4—6 недель на липкопластырное вытяжение, после чего выписывалась в гипсовой лонгете. Некоторых, наиболее ослабленных и пожилых больных просто выдерживали в постели в течение 4—6 недель, причем поврежденная конечность укладывалась на шину-аппарат Л. И. Шулуто в средне-физиологическом положении. Оперативное лечение до 1956 г. не применялось.

К 1956 г. сформировалась более рациональная единая методика: скелетное вытяжение с последующей физиомеханотерапией. При этом учитывается, что при латеральных переломах имеются более благоприятные условия для сращения, чем при медиальных. Эти условия создаются благодаря лучшему кровоснабжению, наличию надкостницы и большей плоскости перелома. Предложенные же для лечения латеральных переломов операции пока еще не совершенны.

Методика лечения больных скелетным вытяжением постепенно усовершенствовалась и выглядит следующим образом.

Всем больным в день поступления накладывается скелетное вытяжение, причем одновременно с анестезией места перелома, для профилактики пареза кишечника и более длительного и эффективного обезболивания, производится односторонняя (со стороны перелома) внутритазовая новокаиновая блокада (вводится 100—120 мл 1/4% раствора новокаина). Блокада хорошо переносится даже очень пожилыми больными и вполне оправдывает свое применение.

Вытяжение во всех случаях осуществляется с помощью клеммы, введенной в мыщелк бедра.

Вопрос о величине груза, подъеме ножного конца кровати, степени отведения конечности и времени пребывания на вытяжении решается каждый раз строго индивидуально.

Больным престарелого возраста, дряхлым, ослабленным, с выраженными сопутствующими заболеваниями легких и сердечно-сосудистой системы, а также больным, у которых перелом сочетается с сотрясением мозга, вытяжение накладывается без подъема ножного конца кровати. В этих случаях груз на бедро не должен превышать 4—5 кг. Учитывая возраст и состояние мускулатуры подобных больных, можно уверенно сказать, что такой груз вполне достаточен для правильного сопоставления отломков.

Это маленькое видоизменение обычной методики вытяжения, позволяющее избежать крайне нежелательного для пожилых больных положения в постели с опущенным головным концом, в сочетании с медикаментозной профилактикой антибиотиками, вдыханиями кислорода, дыхательной гимнастикой, позволило значительно уменьшить число осложнений пневмонией.

Во всех других случаях, когда к этому нет противопоказаний, ножной конец кровати приподнимается на 15—35 см (в зависимости от груза), и подвешивается груз — при несмещенных переломах — 3—5 кг, при смещенных — 6—10 кг (в зависимости от степени смещения отломков и комплекции больного).

Во всех случаях вытяжение нами производилось на функциональной шине-аппарате Л. И. Шулуто, что допускает раннюю разработку суставов.

Поврежденная конечность укладывается на шину в средне-физиологическом положении, всегда в состоянии внутренней ротации.

Степень отведения конечности определяется индивидуально, и иногда оно бывает очень незначительным. (Мы считаем, что отрицательные результаты консервативного лечения латеральных переломов иногда зависят от попыток стандартизации лечения.) Следует отметить, что уже через 3—5 дней с начала вытяжения отломки сопоставляются в правильное положение, в связи с чем необходимо уменьшить груз и соответственно опустить ножной конец кровати, иначе возможно перерастяжение с увеличением шеечно-диафизарного угла (соха valga).

Срок пребывания больного на скелетном вытяжении должен быть ни в коем случае не менее 6 недель, так как раннее снятие вытяжения нередко приводит к вторичному смещению.

От замены скелетного вытяжения через определенное время липкопластырным, как это предлагается многими авторами, мы отказались, так как оно не обеспечивает необходимую тягу и легко вызывает у пожилых людей значительное раздражение кожных покровов.

После снятия скелетного вытяжения больному назначаются парафиновые аппликации и продолжается гимнастика суставов на функциональной шине.

Через 8—10 недель после травмы позволяем ходьбу с помощью костылей без нагрузки на поврежденную конечность. Нагрузку разрешаем при переломах без смещения отломков через 2,5—3 месяца, а при смещенных отломках — через 3,5—4 месяца.

По снятии скелетного вытяжения мы обходимся без гипсовой повязки.

Мы стремимся добиться в стационаре максимального восстановления функции поврежденной конечности, так как амбулаторное лечение этого обеспечить не может.

Проведя за последние годы описанным методом лечение больных с латеральными переломами, мы получили свыше 80% хороших и удовлетворительных результатов. Ни одного случая несросшегося перелома или ложного сустава мы не наблюдали.

Умерло 9,2% больных в возрасте 71—87 лет; смерть наступала в среднем на 16 день после травмы от пневмонии и кардиопульмональной недостаточности.

Причину неудач оперативного лечения мы усматриваем в несовершенстве оперативного метода: в двух случаях введения штифта без дополнительной накладки на диафиз произошло вторичное смещение отломков с образованием соха vara, а при трех операциях с накладкой винты, прикрепляющие ее к кости, вышли, накладка отошла, и отломки вновь сместились.

Таким образом приведенные данные позволяют нам поддержать высказывания А. В. Каплана и др. о том, что в возрасте до 60—70 лет консервативный способ является методом выбора для лечения латеральных переломов, а с предложениями расширения показаний к оперативному лечению больных старше 70 лет можно согласиться лишь при условии усовершенствования оперативных методов.

Хотя указанные в начале статьи преимущества оперативного лечения медиальных переломов весьма заманчивы в смысле расширения показаний к операциям и при латеральных переломах, все же нельзя широко рекомендовать оперативное лечение латеральных переломов в силу того, что: а) консервативное лечение их дает вполне удовлетворительные результаты и б) оперативные методы лечения латеральных переломов пока еще не совершенны.

Поступила 12 июня 1959 г.

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Н. А. Ананьев

Ортопедо-травматологическое отделение (зав. — Н. А. Ананьев) Республиканской больницы Чувашской АССР (главрач — П. Л. Еремин)

Переломы костей голени занимают по частоте одно из первых мест среди переломов костей. В связи с некоторыми трудностями консервативного лечения такого рода переломов, в последние годы все чаще стали прибегать к оперативному лечению их (В. М. Гришин, Н. С. Смирнов, П. Н. Петров). Операция внутрикостной фиксации отломков металлическим стержнем достаточно широко освещена в литературе, однако о применении других более простых методов фиксации сообщают мало.

Л. И. Шулуток сдержанно высказывается в отношении интрамедуллярного металлохического остеосинтеза и дает для этого метода конкретные показания.

При косых и винтообразных диафизарных переломах голени В. С. Балакина, О. Н. Гудушаури считают целесообразным для фиксации отломков применять круговые проволочные швы.

И. И. Греков (1917) первым наложил проволочный шов при косом переломе бедренной кости.

П. Н. Петров (1952) приводит данные о сшивании косых и винтообразных переломов голени нихромовой лентой и проволокой у 24 больных.

За последние 4,5 года в ортопедо-травматологическом отделении Республиканской больницы Чувашской АССР различные методы металлоостеосинтеза применялись более чем у 200 больных. Занимаясь изучением и усовершенствованием оперативного лечения переломов и их осложнений, мы решили поделиться результатами как внутрикостной фиксации, так и сшивания отломков проволокой.