

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 *soxa 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. Шулутко сдержанно высказывается в отношении интрамедуллярного металлического 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.

Представляем данные о лечении 33 больных, которым произведено 15 внутрикостных фиксаций (при закрытых переломах — 5 и открытых — 10) и 20 наложений проволочных швов (при закрытых переломах — 15 и открытых — 5).

Двое больных были оперированы по поводу перелома костей обеих голеней.

По возрасту больные распределялись так: до 30 лет — 15, от 30 до 50 — 11 и старше — 7 человек.

Уровень перелома: в верхней трети — у 2, в средней — у 25 и в нижней — у 8 больных.

Сшивание отломков проволокой произведено у всех наших больных с косыми винтообразными и осколочными переломами в нижней трети и у части больных с переломами в средней трети голени. Остальным больным был применен внутрикостный остеосинтез.

Таблица 1 иллюстрирует сроки с момента травмы до операции и характер операции.

Таблица 1

С р о к и	Внутрикостное штифтование		Проволочный шов	
	закрытый перелом	открытый	закрытый перелом	открытый
До одних суток	—	8	—	4
С 1 до 10 дней	1	—	6	—
С 10 до 30 дней	—	1	4	1
От 1 до 3 мес.	2	—	2	—
От 3 до 6 мес.	2	1	3	—

Из 15 открытых переломов в 12 случаях остеосинтез производился в момент первичной хирургической обработки, в трех — в связи с недостаточной квалификацией дежурных хирургов — необходимая фиксация сделана по заживлении ран. Следует отметить, что из 10 больных, оперированных в сроки от 1 до 6 мес., 8 человек доставлены из сельских районов.

До операции применялись следующие виды консервативного лечения: скелетное вытяжение — у 4; гипсовая повязка — у 10; скелетное вытяжение и гипсовая повязка — у 4.

Из 20 операций по поводу закрытого перелома в 15 случаях до операции безуспешно проводилось консервативное лечение, в 5 случаях показания к операции ставились сразу.

Если учесть достаточно высокие цифры отрицательных результатов (от 6 до 15%) при консервативном лечении переломов голени, в особенности винтообразных и косых со смещением отломков, то показания к операции остеосинтеза даже без предварительного консервативного лечения могут ставиться более широко.

Будучи глубоко убежденными, на основании личных наблюдений, в том, что при косых и винтообразных переломах голени целесообразнее осуществлять остеосинтез сшиванием проволокой, чем внутрикостной фиксацией металлическим стержнем, нам хотелось бы остановиться на первом несколько подробнее.

Мы изготавливали проволоку рассечением гвоздя ЦИТО с помощью металлорежущих долот.

Ширина проволоки — 1,5—2 мм, толщина — 1 мм, длина — до 10 см и более. Она достаточно прочная, упругая, концы ее легко могут быть скручены плоскогубцами.

Сама операция сшивания отломков проволокой достаточно проста. После обнажения отломков большеберцовой кости под внутрикостной анестезией (новокаин вводится в пятку, при открытых переломах в растворе новокаина разводятся 200—300 тыс. ед. пенициллина), послойным продольным или полуовальным разрезом в 5—7 см обнажаются отломки. Тягой по оси голени отломки сопоставляются и удерживаются костодержателем Шулуто или винтовым. Придав проволоке полукруглую форму, отломки ею обхватываются. С помощью плоскогубцев оба конца проволоки скручиваются до отказа медиальнее или латеральнее от гребня большеберцовой кости, во избежание перфорации кожи после зашивания последней. В необходимых случаях, например, при осколочных переломах для более надежной фиксации применяются два проволочных шва. Как правило, нами при этом достигалась полная неподвиж-

ность отломков на месте перелома, что, по мнению многих авторов (Кюнчер, Белер, Шулуто, Петров, Соколов, Вайнштейн и др.), является основным требованием операции и одним из наиболее значительных факторов, обеспечивающих развитие костной мозоли.

При внутрикостной фиксации голени металлическим стержнем фиксация не всегда оказывается достаточной, часто сохраняется подвижность отломков. При этом возможны замедленная консолидация и даже образование ложного сустава. Это вынуждает прибегать к длительной иммобилизации в гипсовой повязке (до 6 и более месяцев). Гипсовую повязку наши больные после остеосинтеза проволокой носили в течение двух-трех месяцев. Боли после операции прекращались раньше, чем после внутрикостной фиксации; больные начинали ходить через 8—10 дней на костылях.

Сшивание проволокой нами произведено также у шести больных при косых чрезвычайных и надмышелковых переломах (трое из них в возрасте 70 и более лет), где другие способы фиксации нельзя было применить. У трех больных сшивание проволокой произведено как дополнительная фиксация при внутрикостном металлическом штифтовании.

Среднее пребывание в стационаре больных после сшивания проволокой — 22,2 дня, наименьшее — 11 дней; после внутрикостной фиксации — 38,7 дня, наименьшее — 19 дней.

После сшивания проволокой у всех больных раны зажили первичным натяжением.

Отдаленные результаты — от 6 мес. до 4,5 лет — известны у всех оперированных.

После внутрикостной фиксации у одного больного сращение не наступило — образовался ложный сустав. У этого больного, кроме закрытого перелома оперированной голени, имелся открытый перелом другой голени, который по заживлении раны через 3 месяца после травмы также был фиксирован внутрикостным штифтованием — сращение наступило через 6 мес. Клинико-рентгенологически у всех остальных больных из этой группы сращение наступило в более поздние, чем обычно, сроки (к 6 месяцам). Из 15 больных все 7 застрахованных (все они занимались тяжелым физическим трудом) временно переведены на инвалидность, затем, в среднем через 8 месяцев, вернулись к прежней работе.

После сшивания проволокой у всех 18 наступило хорошее сращение. К моменту снятия гипсовой повязки, через 2—3 месяца и клинически, и рентгенологически определялась достаточно прочная костная мозоль. Из общего числа больных было 11 застрахованных, все они занимались тяжелым физическим трудом (шоферы, грузчики, разнорабочие); к прежней работе они приступили в среднем через 6 мес. Ношение гипсовой повязки в течение указанного срока не оказало отрицательного влияния на функцию суставов. Проволока удалялась через 4—6 мес.

ВЫВОДЫ

1. При лечении диафизарных переломов костей голени особенно требуется индивидуальный подход. При косых и винтообразных переломах голени следует чаще прибегать к оперативному лечению.

2. При переломах голени показания для интрамедуллярного металлического остеосинтеза должны быть сужены.

3. При косых, винтообразных и осколочных переломах костей голени сшивание отломков проволокой приводит к хорошему сращению в более ранние сроки, чем после внутрикостной фиксации; срок нетрудоспособности намного меньше.

4. Сшивание проволокой может быть шире применено как при открытых, так и при закрытых косых, винтообразных и осколочных переломах голени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балакина В. С. Орт., тр. и протез., 1958, 2. — 2. Вайнштейн В. Г. Хирургия, 1958, 2. — 3. Гришин В. М. Орт., тр. и протез., 1957, 3. — 4. Гудушаурри О. Н. Тез. Всесоюз. конф. хирургов, Казань, 1958. — 5. Дубров Я. Г. Вестн. хир., 1957, 10. — 6. Ищенко И. Н. Вестн. хир., 1952, 3. — 7. Казаков М. М. Оперативное лечение переломов костей конечностей, М., 1952. — 8. Крупко И. Л. Орт., тр. и протез., 1957, 4. — 9. Петров П. Н. Хирургия, 1952, 5. — 10. Смирнов Н. С. Вестн. хир., 1958, 6. — 11. Соколов И. И. Хирургия, 1958, 7. — 12. Шулуто Л. И. Вopr. ортопедии и травматологии, Казань, 1957, т. 5. — 13. Языков Д. К. Хирургия, 1954, 4.

Поступила 30 июня 1959 г.

О КЛИНИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ЙОДНОЙ РЕАКЦИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

Асп. Л. А. Козлов

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. П. В. Маненков)
Казанского медицинского института и Республиканская клиническая больница
(главврач — **Ш. В. Бикчурин**)

За последние годы внимание акушеров привлекла реакция Симола, предложенная для диагностики беременности на ранних сроках. Ценность ее в простоте выполнения. Если реакция сперматурии (наиболее простая из биологических реакций) требует наличия лягушки и читается через 3 часа, то реакция Симола не требует животных и может быть поставлена в течение нескольких минут. Сущность ее состоит в смешивании мочи женщины с 5% настойкой йода и последующем нагревании на спиртовке, при наличии беременности смесь принимает красный цвет. Некоторые авторы модифицируют постановку реакции: так, Гюйо и Изоар настойку йода заменили люголевским раствором, а Д. А. Новицкий производил нагревание в водяной бане.

Ставя данную реакцию с мочой беременных, поступивших на искусственный аборт, мы заметили, что медленного нагревания мочи над пламенем спиртовки вполне достаточно для получения реакции. При этом мы предлагаем выполнять реакцию следующим образом.

Обычная пробирка на две трети заполняется исследуемой мочой. После добавления по каплям 5% настойки йода до темно-желтой окраски верхняя половина столба мочи медленно нагревается над пламенем спиртовки в течение 2—3—5 мин, не доводя до кипения. При беременности в большинстве случаев происходит вначале обесцвечивание нагреваемого участка, а затем окрашивание его от светло-розового до темно-вишневого цвета. В некоторых случаях изменение окраски происходит без предварительного просветления. Нижняя половина столба мочи первоначальную окраску не меняет. Между ними остается обесцвеченный участок шириной 0,5—1 см, являющийся как бы границей или переходом нагретого участка в ненагретый.

При быстром доведении мочи до кипения правильного ответа может не получиться. При отрицательном ответе темно-желтая окраска нагреваемого участка остается неизменной или еще более темнеет. Таким образом, в одной пробирке мы имеем и реакцию, и ее контроль. Это позволяет более точно выявить реакцию.

Подобным способом мы проверили мочу у 142 беременных со сроком беременности от 7 до 12 недель. У 128 (90,1%) реакция оказалась положительной, у 14 (9,9%) — отрицательной. Примерно такие же данные получили и другие авторы: А. И. Родионова и Г. Х. Худойбергов — 84,7% и 15,3%, Д. А. Новицкий — 96% и 4%, Гюйо и Изоар — 98,5% и 1,5%.

В случае отрицательного результата мы повторяли реакцию еще дважды, увеличивая или уменьшая количество йода, что не изменяло результатов реакции.

Простота выполнения реакции Симола позволяет рекомендовать ее применение и изучение в условиях женской консультации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новицкий Д. А. Акуш. и гинек., 1958, 5. — 2. Родионова А. И. и Худойбергов Г. Х. Сб. работ каф. акуш. и гинек. Таджикского мед. ин-та, т. 38, 1958. — 3. Гюйо и Изоар. Мед. реф. журн., 1957, раздел 3, 5.

Поступила 24 марта 1960 г.

ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

А. К. Поплавский

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доц. Т. Я. Калининченко)
Киевского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. акад.
А. А. Богомольца

Подкожная эмфизема принадлежит к числу редких осложнений родового акта (А. З. Мазо, 1934; М. В. Лебедев, 1936; С. Н. Хейфец, 1957 и др.). Статистический материал Шенера (1911) обнимает 55, Паповичина и Танасеско (1930) — 77, Розмарка (1932) — 80 наблюдений. Нами найдено описание еще 112 случаев в отечественных и зарубежных изданиях.