

ли секвестротомию с последующим чрескостным компрессионным остеосинтезом аппаратом Илизарова.

Благоприятные результаты наблюдались при лечении трофических язв гелий-неоновым лазером. Из 31 больного у 19 были рубцово-трофические, у 8 — вазотрофические и у 4 — нейротрофические язвы. После курса лечения (20—25 сеансов) полное заживление язвенной поверхности отмечалось у 25 человек. У 6 больных через 25 дней провели повторный курс лечения (16—20 сеансов). Заживление язвенной поверхности наступило у 3 человек, а у других было заметное улучшение: исчезла воспалительная реакция, появились розовые грануляции, что создавало благоприятные условия для кожной пластики.

Функционально-восстановительное лечение (лечебная гимнастика, физические упражнения, механо- и трудотерапия) сочетали с массажем и физическими факторами воздействия.

Для рассасывания уплотненных параартикулярных тканей использовали физиотерапию с применением лидазы, ронидазы, хемотрипсина, гумизоля, кортикостероидов, назначали АТФ, стекловидное тело, витамины группы В. При тяжелой степени контрактур суставов гормональные и ферментативные препараты вводили в уплотненные параартикулярные ткани или внутрисуставно. Благоприятные результаты отмечались при воздействии постоянным магнитным полем в сочетании с внутрисуставным введением гормональных или ферментативных препаратов.

У ряда больных с контрактурами применяли оксигенотерапию и закрытые бескровные поэтапные ручные редрессации с кратковременной фиксацией специальными гипсовыми повязками, а также использовали аппарат Волкова—Оганесяна. После проведенного лечения у части больных полностью восстановились амплитуда движений в суставе и мышечная сила.

Протезно-ортопедические средства лечения назначали для постоянного и временного протезирования. Инвалиды с культями конечностей после предварительной подготовки обеспечивались протезами функционально-косметического назначения. Съемные тьютора и фиксирующие аппараты применяли у больных с недостаточной окрешкой костной мозолью при переломах нижних конечностей, а также у лиц, отказавшихся от операции по поводу ложного сустава.

На завершающем этапе реабилитации инвалидов важным фактором являлось санитарно-курортное лечение, которое получили 62 больных с функциональными нарушениями конечностей, травматическими невритами, трофическими язвами и после операций по поводу ложных суставов.

В системе реабилитации большое значение для развития компенсации нарушенных функций имело рациональное трудоустройство инвалидов в основном по месту прежней работы в промышленном и сельскохозяйственном производстве. Лишь небольшая группа лиц молодого возраста (12 чел.) со стойкими анатомическими дефектами или необратимыми функциональными нарушениями, не имевших квалификацию, была направлена для приобретения профессий, показанных по состоянию их здоровья.

Анализ клинико-экспертных исходов по данным ВТЭК показал, что после проведенной медицинской и социально-трудовой реабилитации произошли положительные сдвиги в динамике инвалидности. Так, при очередных переосвидетельствованиях во ВТЭК из трех инвалидов I группы два человека признаны трудоспособными, один переведен в III группу. Из 151 инвалида II группы 105 человек признаны трудоспособными, 27 стали инвалидами III группы, у 19 группа инвалидности осталась без изменений. Из 117 инвалидов III группы 78 человек признаны трудоспособными, у 39 группа инвалидности осталась прежней.

После медицинской и социально-трудовой реабилитации у 79 (29,2%) инвалидность закончилась в первые два года со дня первичного освидетельствования во ВТЭК, у 106 (39,1%) — в течение 3—5 лет и у 86 (31,7%) инвалидность продолжалась. Постоянная инвалидность была обусловлена наличием стойких анатомических дефектов или необратимых резко выраженных функциональных нарушений, а также присоединившимися сопутствующими заболеваниями.

Изучение фактической трудоспособности инвалидов в зависимости от их профессиональной деятельности показало, что после проведенной медицинской и социально-трудовой реабилитации 165 (60,9%) вернулись к своим прежним профессиям, 20 (7,4%) перешли на равноценную прежней работу, 67 (24,7%) снизили свою квалификацию и 19 (7,0%) человек не работали.

Следовательно, своевременное диспансерное наблюдение за больными с последствиями переломов длинных трубчатых костей, проведение лечебных мероприятий с рациональным трудоустройством позволяют в большинстве случаев компенсировать утраченные функции и восстановить трудоспособность инвалида.

УДК 616.728.3—089

П. П. Лактионов, А. Б. Анисимов (Ижевск). Фиксация иглой «суставной мышцы» коленного сустава

Найти свободное костно-хрящевое тело в полости коленного сустава нелегко. Нередко, особенно для начинающего хирурга, поиски «суставной мышцы» превращаются в сложную операцию.

У 5 больных мы применили инъекционную иглу для фиксации обнаруженного во время операции свободного костного тела. Пациенты обычно сами, сидя на операционном столе, нащупывают «суставную мышь» и пытаются удержать ее. После обработки операционного поля ассистент хирурга фиксирует «суставную мышь» пальцами, а затем через кожные покровы и капсулу сустава иглой прокалывает тело и удерживает его. Хирург производит разрез и, захватив свободное тело зажимом, удаляет его. При этом разрез кожи и суставной капсулы составляет не более 5 см, что важно для благоприятного течения послеоперационного периода. Сведения о применении этой методики фиксации свободного тела в коленном суставе в доступной литературе мы не встретили.

Ш., 27 лет, поступила 11/III 1983 г. с жалобами на периодические боли в правом коленном суставе с наружной стороны от надколенника. При осмотре в суставной щели выявляется плотное образование, которое при дотрагивании уходит в полость сустава.

Боли в коленном суставе беспокоят около 10 лет после спортивной травмы. Периодически возникала «блокада» сустава. Лечилась консервативно с кратковременным улучшением. Отмечалось чувство страха от внезапно возникающих болей и неуверенности при ходьбе.

На рентгенограмме от 14/III правого коленного сустава обнаружен костный фрагмент в проекции медиального надмыщелка бедренной кости размером 0,5—1 см, мигрирующий внутри суставной полости. Соответствующего костного дефекта в кости не выявлено.

Заключение: «суставная мышь» правого коленного сустава. Объективно: Правый коленный сустав имеет умеренно сглаженные контуры, определяется флюктуация, некоторая болезненность больше по медиальной поверхности. Функция сустава не нарушена. Иностранное тело пальпируется в разных местах на уровне суставной щели и верхнего заворота.

18/III применена описанная выше методика фиксации «суставной мыши». После местной анестезии 1% раствором новокаина произведен парапателлярный разрез до 5 см около иглы по медиальной поверхности и над зафиксированной «мышью» осторожно углублен разрез. Затем была вскрыта капсула сустава и зажимом Кохера извлечен костный фрагмент. Рана послойно ушита наглухо. Наложены спиртовая повязка и задняя гипсовая лангета.

Костный фрагмент размером 1×0,6 см с одной стороны был покрыт хрящем, имел гладкие, отполированные плоскости. Послеоперационный период протекал гладко.

Надеемся, что хирурги в своей практике смогут воспользоваться описанной методикой, обратив при этом особое внимание на строгое соблюдение асептики.

УДК 616.71—018.46—002—053.3:616.71—002.4—089:616.151.5

М. А. Барская (Куйбышев-обл.). Изменения плазменного и тромбоцитарного звеньев гемостаза у детей с хроническим гематогенным остеомиелитом до и после секвестрэктомии

Обследовано 42 человека, страдающие хроническим гематогенным остеомиелитом (25 мальчиков, 17 девочек, возраст — от 5 до 14 лет). Изолированное поражение костей отмечено у 29 больных, множественное — у 13. При поступлении по данным рентгенологического исследования кортикальные секвестры обнаружены у 20 детей, центральные — у 15, проникающие — у 3, тотальные — у 4. Среди осложненных у 2 больных выявлен фиброторакс (результат перенесенной вторичной деструкции легких), у одного — острый диффузный нефрит и еще у одного — амилоидный нефроз. У 35 из 42 детей при поступлении были свищи.

Всем больным проводилось лечение основного заболевания и осложнений, включавшее консервативную терапию и секвестрэктомии. Плазменное и тромбоцитарное звенья гемостаза исследовали у больных при поступлении и после оперативного вмешательства.

У больных хроническим гематогенным остеомиелитом при поступлении мы обнаружили удлинение времени свертывания крови по сравнению со здоровыми, удлинение времени рекальцификации за счет значительного уменьшения влияния тромбоцитов на рекальцификацию, снижение тромбопластиновой активности плазмы, связанное с ослаблением влияния кровяных пластинок на потребление протромбина, уменьшение активности фибринстабилизирующего фактора тромбоцитов, усиление фибринолитических свойств плазмы и кровяных пластинок.

На фоне снижения коагулирующей активности и ускорения фибринолиза выявлено повышение антигепариновой активности тромбоцитов. При изучении динамической функции тромбоцитов нами установлено снижение адгезии и агрегации. Этой коагулогической ситуацией объясняются проявления тромбгеморрагического синдрома в виде микрогематурии (13 чел.) и макрогематурии (2), а также носовое кровотечение (4) и повышенная кровоточивость в области грануляций (9).

Изменение гемостаза у больных хроническим гематогенным остеомиелитом можно связать с потреблением факторов свертывания и тромбоцитов в русле микроцирку-