

Сроки наблюдения после операции составляли от 2 до 10 лет. У 23 больных получены отличные и хорошие результаты лечения: исчезли неустойчивость коленного сустава, боли и симптом «выдвижного ящика». Все больные вернулись к прежней работе, причем трое из них являются тренерами-профессионалами по спорту.

Отмечен один неудовлетворительный результат, связанный с инфицированием сустава. После полного удаления ленты воспалительный процесс в суставе был ликвидирован. В конечном итоге образовалась тугоподвижность в коленном суставе. У всех остальных больных наглядно проявились преимущества методики кольцевидной пластики связок коленного сустава лавсановыми лентами.

УДК 617.584—001.5—089

Н. В. Стрижаков, В. А. Овсянников, В. А. Кудряшов (Похвистнево, Куйбыш. обл.). **Сравнительная оценка методов лечения диафизарных переломов костей голени**

За 5 лет в травматологическом отделении проведено лечение 195 больных (мужчин — 146, женщин — 49) с диафизарными переломами костей голени. Открытых переломов — 60, закрытых — 135. 155 (79,5%) больных были в работоспособном возрасте (20—60 лет).

Наиболее часто (у 73 больных) применен стабильный остеосинтез с помощью аппарата Илизарова, несколько реже (у 63) — скелетное вытяжение. Лечение гипсовой повязкой осуществлено 56 больным. В последние годы лечение гипсовой повязкой проводим лишь при поперечных переломах костей голени без смещения отломков. Ввиду большого числа осложнений, внутрикостный остеосинтез в указанный период применен нами лишь у 3 больных. При открытых переломах потеря трудоспособности больными была длительнее, чем при закрытых. Трудоспособность восстанавливалась значительно медленнее также при переломах в нижней трети голени.

Наиболее длительный срок потери трудоспособности отмечен при лечении больных методом скелетного вытяжения. В условиях применения внеочагового остеосинтеза аппаратом Илизарова по сравнению с другими методами лечения период утраты трудоспособности был наименьшим.

Таблица 1
Результаты лечения больных с переломом костей голени

Метод лечения	Результаты			
	отличный	хороший	удовлетворительный	плохой
Гипсовая повязка	11	31	13	1
Скелетное вытяжение	7	37	17	2
Интрамедуллярный остеосинтез	—	—	2	1
Внеочаговый остеосинтез	61	8	—	4
Всего	79	76	32	8

хороший — в пределах этого времени. При удовлетворительном исходе срок утраты трудоспособности составлял 4—6 мес. Результат считали плохим, если больному определяли группу инвалидности.

В табл. 1 представлены результаты лечения больных.

Как видно из данных табл. 1, лучшие результаты были получены при использовании внеочагового остеосинтеза аппаратом Илизарова, плохие — в этой же группе у 4 больных со множественными повреждениями. При лечении переломов гипсовой повязкой были достигнуты несколько лучшие результаты, чем при скелетном вытяжении. Однако в этой группе преобладали больные с переломами без смещения костных отломков, тогда как методом скелетного вытяжения лечили косые и винтообразные переломы со смещением отломков. Интрамедуллярный остеосинтез дал лишь удовлетворительные и плохие исходы.

При оценке результатов лечения мы использовали и показатели экономического ущерба на одного пострадавшего по методике А. В. Кириленко (1977). Сведения для подсчета затраченных средств на лечение взяты из сельхозуправления, райкома союза работников сельского хозяйства и бухгалтерии больницы (табл. 2).

Экономический ущерб на одного пострадавшего среди работников сельского хозяйства и рабочих небольших промышленных предприятий, по нашим данным, составляет от 4428 до 6585 руб. Экономически наиболее выгодным оказался компрессионно-дистракционный метод по Илизарову. Следует отметить, что этим методом лечили наиболее тяжелых больных с открытыми переломами.

Следовательно, в травматологических стационарах основными методами лечения переломов костей голени необходимо считать гипсовую повязку при поперечных пере-

Таблица 2

Экономический ущерб на одного пострадавшего в зависимости от способа лечения

Затраты, руб.	Способ лечения			
	гипс	скелетное вытяжение	операция	компрессионно-дистракционный остеосинтез
Затраты на стационарное лечение	272	560	656	522
Затраты на амбулаторное лечение	17,26	17,26	25,71	18,10
Выплата по социальному страхованию	544	592	656	432
Стоимость валовой продукции, недоданной за весь период лечения	4352	4736	5248	3456
Итого	5185,26	5905,26	6585,71	4428,10

ломах без смещения отломков, скелетное вытяжение при косых и винтообразных переломах и внеочаговый остеосинтез при открытых переломах костей голени.

По мере накопления опыта целесообразно применять внеочаговый остеосинтез и при закрытых переломах костей голени, так как он дает лучшие результаты и экономически выгоднее, чем скелетное вытяжение или гипсовая повязка.

Результаты лечения переломов костей голени в сельских травматологических стационарах приближаются к таковым в городских, что подтверждает целесообразность организации специализированных районных и межрайонных сельских травматологических отделений.

УДК 618.5

Л. Л. Талатина (Казань). Особенности течения и ведения родов при аномалиях родовой деятельности

Нами проведен анализ 1610 родов, прошедших в акушерской клинике № 1 Казанского ГИДУВа за 1981 г. 105 (6,5%) из них осложнились аномалиями родовой деятельности. Наиболее частым видом патологии родовой деятельности являлась ее слабость (6,0%): первичная — у 77 (4,8%), вторичная — у 13 (0,8%). Дискоординированная родовая деятельность диагностирована у 15 (0,9% рожениц), из них у 13 — функциональная дистония шейки матки, у 2 — анатомическая.

Аномалии родовой деятельности преимущественно встречались у рожениц 21—25 лет (43,8%), что, по всей вероятности, связано с возрастным подъемом рождаемости. Первичная слабость наблюдалась чаще у женщин в возрасте до 20 и после 30 лет. Вторичная слабость чаще развивалась у беременных старше 30 лет. Функциональная дистония шейки матки констатирована у женщин до 18 и после 30 лет, анатомическая ригидность — исключительно в возрасте старше 30 лет. Таким образом, группу женщин с наибольшим риском развития аномалий родовой деятельности составили роженицы до 20 и после 30 лет.

Первичная слабость родовой деятельности была обусловлена в основном наличием крупного плода, перенесенной беременностью, ожирением, дисфункцией яичников. Тазовое предлежание не играло решающей роли в развитии этой патологии. Преждевременное отхождение околоплодных вод осложнило течение родов почти у каждой четвертой женщины, что неблагоприятно сказалось на исходах родов.

Вторичная слабость родовой деятельности возникала при наличии крупного плода, перенесенной беременности и вследствие многочисленных аборт, отмеченных в анамнезе.

В первые 6 ч первичная слабость родовой деятельности установлена у 67 рожениц. Всем этим женщинам создан эстрогено-витамино-глюкозо-кальциевый фон. Затем при длительности безводного периода менее 6 ч (у 48 рожениц) проводилась родостимуляция по схеме Курдиновского—Штейна, более 6 ч (19) — стимуляция внутривенным капельным введением окситоцина от 3 до 15 единиц в зависимости от массы тела роженицы и ответной реакции матки.

У всех 67 женщин с первичной слабостью родовой деятельности продолжительность родов составила от 18 до 22 ч, и роды закончились рождением живых детей с оценкой по шкале Апгар в 8—9 баллов. Осложнений после родов не было.

У 10 женщин первичная слабость родовой деятельности была выявлена поздно, так как первоначально ее признаки были расценены как прелиминарный период. Стимуляция капельным введением окситоцина после предварительного создания эстрогено-витамино-глюкозо-кальциевого фона начата только через 10—12 ч, поэтому роды затянулись до 36—42 ч. У 8 рожениц в связи с начавшейся внутриутробной асфиксией плода роды закончились вакуум-экстракцией плода, у одной — наложением полостных акушерских щипцов. У 3 новорожденных установлены признаки внутричерепной травмы. Все дети живы. Оценка по шкале Апгар — 5—7 баллов.