

чаях терапевтический эффект был недостаточным и нестойким.

Таким образом, у больных гипертонической болезнью выявлена определенная взаимообусловленность между эффектом проводимой терапии и наличием внутрисосудистого свертывания крови. Полученные нами результаты дают основание полагать, что при гипертонической болезни исходное состояние гемостаза, в частности внутрисосудистое свертывание крови, во многом определяют наличие и выраженность субъективных и объективных симптомов, а также эффективность проводимой терапии.

Нами установлена закономерная связь между тяжестью гипертонической болезни и частотой выявляемости внутрисосудистого свертывания крови. Так, у больных с кризовым течением заболевания и с острым нарушением мозгового кровообращения признаки внутрисосудистого свертывания крови были диагностированы соответственно в 97,1% и 96,8% случаев. Изменения гемостаза, выявленные при заболевании, осложненном гипертоническим кризом, и заболевании, сопровождавшемся острым нарушением мозгового кровообращения, трактовались нами как хроническое течение внутрисосудистого свертывания крови.

Существенно, что в процессе отягощения гипертонической болезни внутрисосудистое свертывание крови характеризовалось увеличением не только частоты, но и интенсивности его проявлений. Об этом свидетельствовало, в частности, превышение значений РФ и ПРФ у больных гипертонической болезнью, осложненной кризовым течением, и, особенно, острым нарушением мозгового кровообращения, по сравнению с лицами с неосложненным течением заболевания. На повышение интенсивности внутрисосудистого свертывания крови у этих больных указывали также снижение уровня АТIII и относительное уменьшение (по сравнению с неосложненным течением) количества тромбоцитов, что можно расценивать как факт их повышенного расходования на процессы микротромбообразования.

В зависимости от тяжести клинической картины внутрисосудистое свертывание крови отличалось не только интенсивностью течения, но и неоднородными изменениями фибринолитической активности крови. У лиц с неосложненным течением заболевания без признаков внутрисосудистого свертывания крови отчетливое угнетение фибринолиза до $285,6 \pm 17,4$ мин (норма — $208,1 \pm 9,9$ мин) наряду с гиперфибриногемией отражало повышение тромботического потенциала крови. У больных этой же группы, но с признаками внутрисосудистого свертывания крови имела место относительная его активация — $222,5 \pm 18,0$ мин. Такую направленность фибринолитической активности мы склонны расценивать как своего рода защитную реакцию организма, возникающую в ответ на угрозу тромбообразования. Наиболее отчетливо она проявлялась у больных с кризовыми осложнениями гипертонической болезни, о чем свидетельствовало особенно явное повышение фибринолитической активности — $178,5 \pm 10,4$ мин. Компенсаторный характер этой реакции подтверждался и тем, что в процессе комплексного лечения по мере снижения коагуляционного потенциала крови происходила нормализация и фибринолиза. В то же время у больных с наиболее тяжелым осложнением гипертонической болезни — острым нарушением мозгового кровообращения — отмечалась депрессия фибринолиза ($257,5 \pm 15,7$), свидетельствовавшая, по-видимому, об истощении фибринолитических воз-

можностей крови. Последнее чрезвычайно важно в оценке не только коагулологического фона, но и общей клинической ситуации.

Клинический опыт показывает, что тромбеморрагические осложнения при гипертонической болезни чаще всего возникают на высоте криза. Нередко гипертонический криз является предшественником развития таких осложнений, как инфаркт миокарда или инфаркт мозга. Он служит и своеобразным проверочным тестом прочности или уязвимости гемостаза. Если резервы последнего неспособны противодействовать угрозе надвигающегося тромбообразования, то это чревато сосудистой катастрофой. В таких условиях снижение активности фибринолиза на фоне гиперфибриногемии и наличия циркулирующих в крови РФ, ПРФ, снижения уровня АТ III может привести к ситуации, способствующей тромбообразованию. Возможность подобного исхода подтверждают наши наблюдения над 32 больными, у которых острое нарушение мозгового кровообращения развилось на высоте криза, характеризовавшегося нарастанием внутрисосудистого свертывания крови с угнетением фибринолитической активности.

Установлено, что у больных гипертонической болезнью, особенно с осложненным течением, назначение только общепринятой патогенетической терапии (гипотензивные, седативные, мочегонные средства, ЛФК, массаж) не всегда приводит к положительным результатам. Целесообразно включение в комплексное лечение средств, обладающих антикоагулянтными и антиагрегантными свойствами, особенно при осложненном течении гипертонической болезни и с отчетливыми признаками внутрисосудистого свертывания крови.

Поскольку в общей структуре патологических сдвигов гемостаза важную роль играет тромбоцитарное звено, в особенности адгезивная и агрегационная способность тромбоцитов, мы рекомендуем включать в комплексное лечение дипиридамол — известный препарат с дезагрегационными свойствами, а также анаприлин и коринфар, также обладающие способностью улучшать агрегационные свойства тромбоцитов. Наши исследования подтвердили антиадгезивную эффективность дипиридамола, применение которого положительно влияло и на другие звенья и показатели гемостаза. Явная благоприятная тенденция гемостатических сдвигов происходила у больных с гипертоническими кризами. В случаях развития острого нарушения мозгового кровообращения применение дипиридамола не оказывало отчетливого антиадгезивного и антикоагулянтного эффекта.

УДК 616.711—001.5—089.8

**С. П. Карпов, И. В. Ластухин (Чебоксары).
Оценка эффективности оперативных методов
лечения неосложненных компрессионных переломов позвоночника**

В клинике травматологии и детской хирургии Чувашского университета имени И. Н. Ульянова с 1973 г. по настоящее время находились на лечении 704 пациента с неосложненными компрессионными переломами позвоночника (НКПП) в нижнегрудном и поясничном отделах. Из них 126 (18%) пострадавшим была произведена оперативная фиксация заднего отдела поврежденного участка позвоночника. Больные в возрасте от 16 до 60 лет.

У 126 прооперированных в основном были по-

вреждены I поясничный позвонок (у 72) и XII грудной позвонок (у 42), что объяснялось биомеханическими особенностями позвоночника и согласуется с литературными данными.

Лечение больных с НКПП до операции было направлено на восстановление сил больного, ликвидацию болей. Производились исправление деформации оси позвоночника и его реклинация с целью восстановления анатомической формы поврежденного отдела — для этого пользовались вибрационной реклиной. Задний отдел позвоночника фиксировали стяжкой КНИИТО (у 55), стяжкой Карпова (у 52), пластинкой Каплана (у 19). При выборе показаний к оперативной фиксации НКПП за основу мы принимали стабильный или нестабильный характер перелома.

На основании данных литературы и собственных клинико-рентгенологических наблюдений, а также экспериментальных исследований на трупах людей, которым применялись различные виды фиксаторов, нам удалось определить показания к оперативному лечению НКПП.

Задняя фиксация позвоночника стяжкой КНИИТО и многолапчатой стяжкой Карпова показана при клиновидной компрессии, краевой компрессии переднебоковых отделов тел позвонков, клиновидно-оскольчатых переломах без смещения отломков, клиновидной компрессии с переломом остистого отростка поврежденного позвонка, клиновидной компрессии с переломом суставных отростков с одной стороны.

Металлическими пластинами осуществляется надежная фиксация поврежденного участка. Их применяют при флекссионных переломах с повреждением задней компактной пластины, флекссионно-экстензионных переломах-вывихах, экстензионных переломах тел позвонков (с повреждением связочного аппарата и большой клиновидной компрессией или раздавливанием тел позвонков), переломах дужек позвонков, компрессионных переломах-вывихах.

Двойная пластинка ЦИТО, по нашему заключению, обладает лишь фиксирующим эффектом и не позволяет получить дekomпрессирующий действия на позвонки. Стяжка КНИИТО оказывает одномоментное стягивающее действие и фиксирующий эффект. Высокое удельное давление на костную ткань остистых отростков вызывает ее резорбцию и нарушение фиксирующего механизма. Наиболее удачной оказалась многолапчатая стяжка Карпова, которая позволяет фиксировать остистые отростки 3—4 и более позвонков и получать сильный стягивающий эффект за счет винтового устройства. Повреждения остистых отростков не происходит, так как механическая нагрузка равномерно распределяется на несколько костных образований. Другим преимуществом данной конструкции является способность избегать соскальзывания лапок с наклонно расположенных остистых отростков грудных позвонков. Это достигается за счет ущемления с боков остистого отростка между резьбой поверхностью стержня и плоской лапкой, расположенной к стержню под открытым углом.

Больные находились в стационаре после оперативного лечения в среднем 21 ± 2 дня. Для удаления металлических фиксаторов потребовалась повторная их госпитализация на 10—15 дней.

Наш опыт лечения компрессионных переломов показал, что через 5—6 мес после операции металлическими конструкциями можно дать заключение о степени восстановления трудоспособности больных. При этом следует учитывать профессиональные особенности труда, характер травматиче-

ских изменений позвоночника, полноценность фиксации и имеющиеся сопутствующие повреждения и заболевания.

Клинико-рентгенологическими критериями выздоровления леченных нами больных были способность к 3—5 мес после операции ходить, сидеть в течение дня без значительного утомления мышц спины, а также отсутствие корешковых болей в области перелома. Рентгенограммы подтверждали отсутствие вторичной компрессии позвонков и вторичной кифотической деформации на уровне перелома.

Через 4—6 мес после операции к работе, не связанной с большой физической нагрузкой, приступил 61 (48,4%) больной. У 3 пациентов произошел перелом стяжки Карпова ввиду «усталости» металла резьбовой части винтового стержня. В дальнейшем, с целью предупреждения подобных переломов, диаметр винтового стержня был увеличен до 6 мм и повышены требования к качеству металла. У 2 больных после фиксации металлическими пластинами и стяжкой через 10—12 мес после операции образовались свищи. После удаления фиксаторов они были тщательно иссечены, и раны зажили первичным натяжением.

Отдаленные результаты были изучены у 116 больных со сроками наблюдения от одного года до 13 лет. Хорошие результаты были получены у 81 (69,8%) человека. Больные не жаловались на местные и корешковые боли. Подвижность позвоночника восстановилась в полном объеме по всем направлениям, его движения были безболезненными. Вторичной деформации оси позвоночника и вторичной компрессии позвонков не было ни у одного больного. Удовлетворительные результаты наблюдались у 31 (26,7%) человека. Вторичной деформации оси позвоночника у них не было. Трудоспособность восстановилась полностью. Однако больные чувствовали некоторое утомление мышц спины к концу рабочего дня, неприятные болевые ощущения в области бывшего перелома. Неудовлетворительные результаты получены у 4 (3,5%) больных. В отдаленные сроки они жаловались на постоянные боли в области перелома, быструю утомляемость мышц спины, ограничение движений в позвоночнике. Большинство неудовлетворительных результатов явилось следствием технических погрешностей, допущенных при хирургическом лечении.

Итак, оперативный метод освобождает больного от ношения корсетов, дает функционально полноценные результаты, сокращает сроки пребывания в стационаре, а также предупреждает развитие вторичной осевой деформации.

УДК 616.411—006.31—007.251—089.87

**Б. А. Сотниченко, В. И. Макаров (Владивосток).
Гемиспленэктомия при разрыве кисты селезенки**

Угроза развития иммунодефицита и различных гнойно-септических осложнений после спленэктомии побуждают хирургов к выполнению органосохраняющих операций на этом органе. В клинике по поводу кист селезенки было прооперировано 3 пациента. Правильный диагноз до операции при разрыве кисты можно установить только при помощи лапароскопии (выполнена у 2 больных) и ангиографии. Операцией выбора при такой патологии считают спленэктомию. Приводим описание органосохраняющей операции при разрыве кисты селезенки.

Н., 20 лет, доставлена в хирургическую клинику 23.03.1988 г. с жалобами на интенсивные боли