

цию. Билокальный компрессионно-дистракционный остеосинтез с остеотомией более длинного проксимального или дистального фрагмента был применен у 15 больных. Дистракцию с направляющими спицами использовали у 5 пациентов с дефектом костей более 10 см.

Средние сроки фиксации в аппарате при нерасширяющихся переломах составили 128,6 дня, при ложных суставах — 145,4, при замещении дефектов — 204,3. Спустя 1,5—3 мес после снятия аппарата трудоспособность восстановилась у 82 (51,9%) больных, а 23 человека приступили к работе, не дожидаясь срока переосвидетельствования во ВТЭК.

Отдаленные результаты были изучены у 106 больных в сроки от 2 до 11 лет. Положительные исходы отмечены у 93 (87,7%) пациентов, неудовлетворительные — у 13 (12,3%). У всех 27 обследованных лиц с нерасширяющимися переломами достигнуты положительные исходы. Из 66 больных с ложным суставом в отдаленные сроки у 6 было обострение остеомиелитического процесса; у одного ликвидирован патологический очаг на голени, но получено осложнение — спицевой остеомиелит, который даже после трехкратного оперативного вмешательства купировать не удалось. У одного больного с инфицированным ложным суставом голени в нижней трети и неопороспособной конечностью после трехкратных безуспешных попыток чрескостного остеосинтеза на фоне почечной недостаточности была ампутирована голень. В отдаленные сроки из 23 обследованных с дефектом кости у 5 были неудовлетворительные исходы. Рецидив дефекта трубчатой кости наступил у 3 пациентов. У одного больного было обострение остеомиелитического процесса. Другому пациенту с дефектом большеберцовой кости в 12 см и остеомиелитом после двукратных безуспешных попыток чрескостного остеосинтеза была произведена высокая ампутация голени.

Несмотря на некоторые неудачи, наши клинические наблюдения свидетельствуют о больших возможностях компрессионно-дистракционного остеосинтеза при лечении больных с последствиями переломов длинных трубчатых костей в условиях гнойной инфекции.

УДК 616.718.49—001—089.844

Н. Е. Осипенко (г. Сухиничи, Калужской обл.). Случай эндопротезирования надколенника

Переломы надколенника составляют 1,5—2,2% от всех повреждений скелета. Если переломы надколенника без смещения лечат консервативно, путем наложения глубокой задней гипсовой лонгеты с «сушкой», уложенной на передней поверхности сустава, то смещенные переломы требуют оперативного вмешательства. При многооскольчатых и раздробленных переломах надколенника со смещением, при котором исключается возможность сближения всех отломков П-образным лавсановым или кистетным швами, лучшие исходы могут быть достигнуты в результате эндопротезирования, то есть удаления всего раздробленного надколенника и замещения его эндопротезом.

В настоящем сообщении мы хотим поделиться опытом эндопротезирования надколенника по Г. С. Самойлову, выполненного при многооскольчатом переломе в условиях ЦРБ.

К., 27 лет, поступил в хирургическое отделение больницы 29.06.79 г. по поводу закрытого многооскольчатого перелома правого надколенника со смещением отломков и гемартроза.

Травму получил 29.06.79 г., когда ехал на мотоцикле и ударился правым коленом о бетонный столб. В приемном покое после рентгенографии произведены обезболивание и пункция сустава; наложена глубокая гипсовая лонгета с «сушкой». Больной госпитализирован в хирургическое отделение; правой конечности придано возвышенное положение с холодом на поврежденный сустав.

Для изготовления эндопротеза у трупа был взят надколенник; по нему была сделана форма, которую залили пластмассой марки АКР-7 или АКР-100, применяемой в стоматологической практике. Так как все углубления и выступы (места прикрепления собственной связки надколенника и сухожилия четырехглавой мышцы бедра) хорошо проецируются при отливке на эндопротезе, то последний отшлифовали до состояния идеальной гладкости. Затем, отступив не более чем на 1 см от края, сверлом нанесли отверстия по всей окружности эндопротеза, который за сутки до операции поместили в тройной раствор, а за час до операции — в спирт.

Больной был прооперирован 25.07.79 г. Под местной новокаиновой инфильтрационной анестезией сделан разрез Пайра. Гемостаз. Рана расширена крючками. В ране определяется распластанный конгломерат неправильно сросшихся осколков надколенника. Распатором осторожно отделены находящиеся на передней поверхности надколенника рубцовые ткани, от нижнего полюса — собственная связка надколенника, а от верхнего — сухожилие четырехглавой мышцы бедра. Все осколки убраны. Произведен туалет раны и полости сустава. Толстым лавсаном эндопротез подшит к сухожилию четырехглавой мышцы бедра для исключения прорезания швов. Сверх эндопротез закрыт ранее отделенными тканями и подшит к ним лавсаном. Рана ушита послойно наглухо. Наложена задняя глубокая гипсовая лонгета с «сушкой», конечности придано возвышенное положение с холодом на коленный сустав.

Послеоперационный период протекал без осложнений, в это время больной получал кварц, УВЧ, ЛФК, массаж мышц бедра.

Гипсовая лонгета была снята на 9-е, а швы — на 12-е сутки после операции. Функция оперированного сустава восстановилась полностью на 16-е сутки; больной был выписан из хирургического отделения на 17-е сутки, к работе по специальности приступил на 21-е сутки после операции.

Через 6 лет после операции признаков деформирующего артроза не обнаружено. Движения в оперированном суставе неограниченны. Жалоб нет. Продолжает работать по специальности.

УДК 616.711—073.75

Ф. Ф. Огиенко, И. А. Торчинов (Орджоникидзе). Способ оценки функционального состояния позвоночника

Все способы оценки функционального состояния позвоночника основаны на использо-

вании различных измерительных инструментов и рентгенологических методик. Они или не дают точной информации о поражении определенного межпозвонкового диска (соответственно двигательного сегмента), или требуют дополнительных сложных приспособлений, или в результате применения такого способа получают трудно сравнимые абсолютные величины (градусы).

Предлагаемый нами способ оценки функционального состояния позвоночника (приоритетная справка № 3844463/14-9766) заключается в том, что на боковых рентгенограммах позвоночника измеряют переднюю высоту любого межпозвонкового диска (hp) при максимальном разгибании и соотносят ее с передней высотой (hc) того же диска при максимальном сгибании (см. рис. а, б). Полученное отношение ($\frac{hp}{hc}$) является показателем снижения эластичности межпозвонкового диска:

$$КЭД = \frac{hp}{hc}$$

где КЭД — коэффициент эластичности диска.

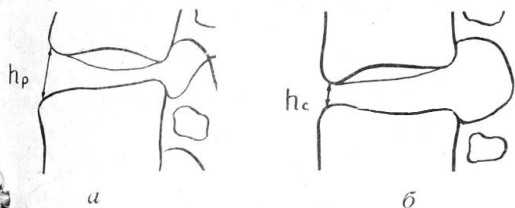


Схема боковой проекции двигательного сегмента позвоночника L₄-L₅: а — передняя высота межпозвонкового диска в положении максимального разгибания (hp) туловища, б — максимального его сгибания (hc).

КЭД был вычислен у 122 женщин, обследованных рентгенологически. В возрасте от 16 до 30 лет было 67 (55%) женщин, от 31 до 60 лет — 55 (45%). У лиц в возрасте до 30 лет средняя арифметическая величина КЭД составила для диска L₃-L₄ 2,47 ± 0, после 30 лет — 1,68 ± 0,36; для диска L₄-L₅ — соответственно 2,48 ± 0,15 и 1,73 ± 0,2. Статистически достоверное уменьшение коэффициента эластичности обоих дисков у лиц в возрасте старше 30 лет свидетельствует о снижении эластичности межпозвонковых дисков в зависимости от возраста.

Данная методика дает возможность получать точную количественную характеристику эластичности определенного межпозвонкового диска, которую удобно статистически обрабатывать при повторных наблюдениях или массовых исследованиях.

УДК 616-002,3-08

М. А. Абдулгалимов (Алькеевская ЦРБ, Татарская АССР). О лечении гнойных ран

В 1985—1987 гг., в хирургическом отделении ЦРБ находились 142 пациента (мужчин — 77, женщин — 65) в возрасте от одного года до 85 лет с гнойными ранами и гнойно-некротическими поражениями мягких тканей.

Высеянная из ран патогенная микрофлора оказалась чувствительной к канамицину, ампициллину, стрептомицину, мономицину, карбенициллину.

Все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 57 больных, леченных протеолитическими ферментами, антибиотиком и криоохлаждением, во 2-ю — 85 больных, перенесших активную хирургическую обработку гнойно-некротических ран. Охлаждение областей раны в определенном температурном режиме может оказать стимулирующее и защитное воздействие. Лечебное действие холода обусловлено уменьшением микробной обсемененности патологического очага, улучшением сосудисто-тканевой циркуляции и ускорением репаративных процессов в ране. Дозированное охлаждение гнойной раны струей хлорэтанола осуществляли с экспозицией 40—50 с. Обработку раны хлорэтаном проводили сразу после вскрытия гнойника, удаления гнойно-некротических тканей и местной инфильтрации раны (протеолитический фермент и антибиотик), в дальнейшем ежедневно до полного очищения раны от гнойно-некротических тканей с последующим наложением швов на рану.

Эффективность лечения оценивали по показателям общей температуры тела больных и анализов крови, по длительности периода очищения раны от некротических и гнойных масс и срокам пребывания больных в стационаре. Результаты лечения сравнивали с показателями больных, леченных традиционными методами. У больных 1-й группы температура тела нормализовалась на 4—5-е сутки, признаки воспаления в ране стали слабее, нейтрофильный сдвиг крови и число лейкоцитов уменьшились. На 6—7-е сутки инфильтрат вокруг раны значительно уменьшился, кожа приобретала обычную окраску. Больные 1-й группы находились на стационарном лечении около 12—13 суток.

У больных 2-й группы, леченных традиционно (удаление гнойно-некротических тканей из раны хирургическим путем, промывание ее антисептическими растворами в период очищения и наложение швов на рану после ее очищения от гнойно-некротических тканей), температура тела нормализовалась на 8—9-е сутки. Количество гнойного отделяемого было значительным, и гной имел густую консистенцию. Период очищения раны кончился на 11—12-е сутки. Больные этой группы были в стационаре 17—18 суток.

Наши наблюдения показали, что лечение гнойных ран с местной инфильтрацией их протеолитическими ферментами, одним из чувствительных к микрофлоре антибиотиков, а также криоохлаждением с последующим наложением швов на рану значительно сокращает сроки пребывания больных на стационарном лечении.

УДК 616.12—073.97—073.176

Г. В. Дзяк, С. В. Логинов (Днепропетровск), Ю. И. Рейдерман (Днепродзержинск). Обработка результатов эхокардиографии с помощью микрокалькуляторов

Ультразвуковая диагностика в кардиологии связана с необходимостью трудоемких расчетов геометрических параметров левого желудочка. Эти вычисления могут быть в значительной мере сокращены врачом, если он воспользуется серий-