

ном случае спицами Киршнера, а в другом болтом с гайкой и спицей. Приводим одно из наблюдений.

Больная М., 29 лет, поступила в клинику 25.01.88 по поводу перелома заднего отдела латерального мыщелка правой бедренной кости. Травму получила дома при падении на мокром полу. В клинике выявлена блокада коленного сустава под углом 130° с полным отсутствием пассивных и активных движений. На рентгенограммах определяется перелом заднего отдела латерального мыщелка бедра со смещением отломка в полость коленного сустава и внедрением его между мыщелками бедренной и большеберцовой костей. Произведена пункция коленного сустава, удалено 60 мл крови, в полость сустава введено 20 мл 1% раствора новокаина. Устранить блокаду не удалось.

1.02 произведена операция. При вскрытии полости коленного сустава выделилось около 100 мл крови, смешанной с синовиальной жидкостью. При осмотре сустава обнаружен костно-хрящевой отломок размером 24×16×6 мм, который был внедрен между мыщелками бедра и большеберцовой кости. Выявлено, что отломок прочно удерживается на передней крестообразной связке, прикрепляющейся к его внутренней поверхности. Отломок освобожден от заклинивания. Поверхность излома на мыщелке и костном фрагменте зачищена острой ложечкой, отломок точно установлен на прежнее место и фиксирован к материнскому ложу двумя спицами Киршнера. Спицы введены со стороны суставной поверхности отломка под углом друг к другу, концы их выведены над кожей. В области суставной поверхности спицы скусены на уровне суставного хряща так, чтобы они не выступали и не мешали движениям в коленном суставе. Рана дренирована и послойно ушита наглухо. Конечность уложена на функциональную шину.

На следующий день, после перевязки и удаления дренажей, больная приступила к разработке движений в коленном суставе. На 3-й день после операции начала ходить с помощью костылей. Швы сняты на 14-е сутки. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана на амбулаторное лечение на 16-й день после операции. Спицы удалены через 5 мес. Через 5 лет и 5 мес после операции осмотрена повторно: отмечен отличный анатомический и функциональный результат.

Таким образом, применение переднемедиального парапателлярного доступа при оперативном лечении больных с переломами заднего отдела латерального и медиального мыщелков бедра позволило нам значительно расширить показания к оперативному лечению, которое раньше сдерживалось главным образом из-за крайней технической сложности и опасности заднего доступа к области перелома через подколенную ямку.

При достаточном угле сгибания в коленном суставе и смещении надколенника кнаружи репозиция и фиксация отломка технически выполняется без каких-либо затруднений.

Всем больным в послеоперационном периоде проведено безгипсовое функциональное лечение в комплексе с физиотерапией. Получены отличные ближайшие и отдаленные анатомические и функциональные результаты.

© Коллектив авторов, 1994

Л. С. Рабинович, С. П. Житенко, В. М. Щукин

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

Московская городская клиническая больница № 67

Доля пожилых и старых людей в возрастной структуре населения велика и постоянно растет. Одновременно с этим в индустриально развитых странах увеличивается частота переломов, характерных для данной возрастной категории.

В настоящее время общепризнана необходимость ранней активизации пострадавших. В частности, Н. А. Малыгина [1] считает неприемлемым консервативное лечение больных старших возрастных групп. При этом, по ее мнению, отсутствие иммобилизации или ее неполноценность приводит к сращению перелома в неправильном положении, часто к развитию тугоподвижности в коленном и тазобедренном суставах и как следствие к невозможности ходьбы или ограничению функции поврежденной конечности. Невозможность совмещения периода консолидации перелома с периодом восстановления функции при консервативном лечении, а также высокий процент осложнений и большая длительность периода реабилитации заставляют отдать предпочтение оперативному лечению. Аналогичной точки зрения придерживаются и другие авторы.

Не оспаривая обоснованность такого подхода, мы вместе с тем считаем, что анализ результатов хирургического лечения не позволяет рекомендовать операцию значительному числу пациентов. М. Т. Clayer и R. J. Bauze [2] изучили исходы оперативного лечения шейечных и вертельных переломов у 405 больных за 3 года. Соматические осложнения развились у 30% из них, хирургические — у 14%. Через 3 года были живы 50% больных, причем основное число смертельных исходов пришлось на первые 9 мес после операции. Из выживших свободно ходили 55%, передвигались с трудом 32% больных, остальные не ходили. Таким образом, оптимальный результат был достигнут у 27% оперированных. Среди основных факторов, обуславливающих развитие послеоперационных осложнений, отмечаются остеопороз, деменция, почечная, сердечно-легочная недостаточность, причем роль этих факторов значительно возрастает после 70 лет.

В Московской городской клинической больнице № 67 на протяжении ряда лет велся поиск возможностей сократить период постельного режима у стариков. Применялись срочный остеосинтез шейки (на 2—3-и сутки), остеосинтез шейки пучком спиц (малотравматичная операция), электростимуляция остеогенеза в области большого вертела при вертельных переломах. Однако результаты лечения нас не удовлетворяли, так как у 70% больных имелись различные соматические противопоказания к операции.

За 1990—1992 г. в травматологических отде-

лениях больницы лечились 145 мужчин и 381 женщина с переломами проксимального отдела бедра. Старше 70 лет были 27 % мужчин и 84 % женщин. Медиальные переломы и у мужчин, и у женщин составляли 50 %, чрезвычайные у женщин — 44 %, у мужчин — 41 %.

Раннюю активизацию применяли у больных пожилого и старческого возраста при обоих видах переломов, но с разной целью: при медиальных переломах — для выявления возможности самостоятельной ходьбы, а при чрезвычайных — в качестве самостоятельного метода лечения, который мы назвали функциональным. Идея его заключается в предотвращении осложнений путем как можно более раннего подъема больных с обучением ходьбе при помощи костылей.

В зависимости от результатов активизации больные были разделены на 3 группы: тех, кто ходит на здоровой ноге, тех, кто ходит на обеих ногах, и тех, кто не ходит.

Проведенный анализ позволил нам сделать следующие выводы:

1) больные старше 70 лет ходить на одной здоровой ноге не могут, и остеосинтез трехлопастным гвоздем в данной ситуации нецелесообразен;

2) эндопротезирование является методом выбо-

ра у физически крепких больных с медиальными переломами, самостоятельно ходивших при помощи костылей до операции;

3) ходьба при помощи костылей с ранней опорой на сломанную ногу — основное условие для сохранения жизни больных старше 70 лет с медиальными и чрезвычайными переломами;

4) ранняя ходьба на обеих ногах при чрезвычайных переломах не вызывает выраженных болей, не приводит к образованию суставных контрактур или заметному укорочению конечности, т. е. достигается достаточная степень социальной адаптации пациентов.

Функциональный метод был применен нами при чрезвычайных переломах у 66 % женщин и 33 % мужчин пожилого и старческого возраста. При этом отмечено отчетливое снижение летальности, в частности у женщин с 40,6 % в 1987 г. до 15,9 % в 1990 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малыгина Н. А. Лечение вертельных переломов бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста эластическими гвоздями: Дис. ... канд. мед. наук.— М., 1991.
2. Clayer M. T., Bauze R. J. // J. Trauma.— 1989.— Vol. 29, № 12.— P. 1673—1678.

ЛЕКЦИЯ



© Г. И. Назаренко, 1994

Проф. Г. И. Назаренко

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК

Травматический шок — это типовой эволюционно сформировавшийся, фазово развивающийся патологический процесс острого периода травматической болезни. Он является лишь одним из патологических процессов острого периода травматической болезни. В настоящее время существует более 100 определений шока. Это связано в первую очередь с непрерывной эволюцией представлений о патогенезе шока и его интимных механизмах. Различные определения шока отражают также те позиции, с которых они были даны (общебиологическая, общепатологическая, патофизиологическая, частнопатологическая, клиническая). По справедливому заключению В. Б. Лемуса (1983), «шок — явление многогранное, и дать ему исчерпывающее определение просто невозможно».

По-видимому, к определению этого понятия следует подходить диалектически. Важно подчеркнуть наиболее существенные характеристики шока. Во-первых, шок — типовой патологический процесс. Это означает, что в патогенезе шока различной этиологии (травматический, ожоговый, геморрагический и др.) сходства больше, чем различий, и этого достаточно для того, чтобы рассматривать его как стереотипный компонент реакции организма на воздействие экстремальных факторов внешней и внутренней среды. Во-вторых, это патологический процесс — эволюционно сформировавшийся. В-третьих, шок имеет определенные фазы развития. В-четвертых, основное патогенетическое звено шока — несоответствие между интенсивностью обменных процессов в органах и тканях и их циркуляторным обеспечением, эквивалентом чего является специфическая перестройка в системе микрогемодинамики, сопровождающаяся возникновением кислородного долга. В-пятых, травматический шок — это декомпенсация витальных функций при травме, диапазон которой, с одной стороны, превышает защитные возможности организма, с другой — ограничен повреждениями, несовместимыми с жизнью.