

ные аппликации НПВП. Эти виды терапии в известной степени позволяют улучшить самочувствие больных, однако в целом ряде случаев их эффект явно недостаточен.

Введение ксефокама непосредственно в полость сустава у большинства наших больных обеспечило быстрое подавление болевого синдрома. Принимая во внимание существенное уменьшение припухлости суставов и толщины синовиальной оболочки, можно утверждать, что препарат оказывал не только обезболивающее, но и противовоспалительное действие. Конечно, внутрисуставные инъекции НПВП нельзя рассматривать как альтернативу локальной стероидной терапии, поскольку возможности этих препаратов несопоставимы. Однако внутрисуставное введение ксефокама может, на наш взгляд, использоваться при хроническом артрите как вспомогательное средство наряду с физиотерапией.

Вывод. При отсутствии четких показаний к локальной стероидной терапии внутрисуставное введение ксефокама может с успехом применяться для подавления умеренно выраженных воспалительных изменений в суставах у больных РА.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Colbert S.T., Curran E., O'Hanlon D.M., Moran R., McCarroll M. //Canad. J. Anaesth. — 1999. — Vol. 46, N 7. — P. 653–657.
2. Convery P.N., Milligan K.R., Quinn P., Scott K., Clarke R.C. //Anaesthesia. — 1998. — Vol. 53, N 11. — P. 1125–1129.
3. Elhakim M., Nafie M., Eid A., Hassin M. //Acta Anaesth. Scand. — 1999. — Vol. 43, N 8. — P. 803–808.
4. Owen S.G., Francis H.W., Roberts M.S. //Br. J. Clin. Pharmacol. — 1994. — Vol. 38, N 4. — P. 349–355.
5. Reuben S.S., Connelly N.R. //Anesth. Analg. — 1995. — Vol. 80, N 6. — P. 1154–1157.
6. Rosenow D.E., Albrechtsen M., Stolke D. //Ibid. — 1998. — Vol. 86, N 5. — P. 1045–1050.
7. Vaile J.H., Davis P. //Drugs. — 1998. — Vol. 56, N 5. — P. 783–799.

© Аль-Джунаид Абдульсалам Мохамед, 2002

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГОЛЕНИ В УСЛОВИЯХ ЙЕМЕНА

Аль-Джунаид Абдульсалам Мохамед

Центральный госпиталь ALTAWRA, Республика Йемен
Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Работа основана на ретроспективном анализе историй болезни 232 пострадавших с огнестрельными переломами голени, находившихся на лечении в центральном госпитале Йемена ALTAWRA (г. Сана) в период с 1996 по 2000 г. Пулевые ранения были у 94% пострадавших, осколочные — у 6%. Все пострадавшие доставлены в стационар в первые 24 ч с момента ранения. Особенностью лечения ран в условиях Йемена было следующее: поврежденную конечность (после наложения на нее в случае необходимости стабилизирующего репозиционного аппарата собственной конструкции) погружали в мыльно-солевой раствор, в котором проводили промывание раны. Методика первичной хирургической обработки отличалась от классической более высокой активностью в отношении удаления мелких костных отломков и резекции концов крупных фрагментов кости. Послеоперационный период у 66% пострадавших протекал без осложнений, заживление ран произошло первичным натяжением. У 8,4% больных раны зажили вторичным натяжением, у 15% возникло нагноение раны в пределах мягких тканей, у 8,6% развился остеомиелит и у 2% больных — гангрена голени вследствие тромбоза кровеносных сосудов.

Retrospective analysis of treatment of 232 wounded with gunshot crus fractures was presented. All patients were treated at Jemen Central Hospital ALTAWRA (Sana) from 1966 to 2000. Out of all patients 94% had missile wounds and 6% comminuted wounds. All wounded were admitted to Hospital during 24 hours after injury. Peculiarities of wound treatment were the following: injured limb after application of author's stabilizing reposition device if necessary was washed by soap-saline solution. Primary debridement was more active compared to classic one and included removal of small osseous fragments and resection of large osseous fragment ends. In 66% of wounded no complications were observed during postoperative period and healing by first intention was noted. In 8,4% of patients healing by granulation occurred. In 15% of cases wound suppuration was limited by soft tissues. Osteomyelitis was diagnosed in 8,6% of patients. In 2% of cases crus gangrene followed by vascular thrombosis was developed.

Лечение больных с огнестрельными переломами голени (ОПГ) является актуальной проблемой травматологии и военно-полевой хирургии. Это оп-

ределяется не только ростом числа таких пострадавших, высокой поражающей способностью современных ранящих снарядов, обуславливающей тя-

Табл. 1. Динамика частоты огнестрельных ранений конечностей (1996–2000 гг.) и распределение их по локализации

Локализация	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	Всего	
						абс.	%
Верхняя конечность:							
Плечо	1	3	2	1	3	10	2,4
Предплечье	4	7	6	6	8	31	7,6
Кисть	3	5	4	3	5	20	4,9
Нижняя конечность:							
Бедро	15	10	12	22	26	85	20,7
Голень	16	33	61	58	64	232	56,6
Стопа	5	4	7	7	9	32	7,8
Итого	44	62	92	97	115	410	100

жесть анатомических разрушений голени, но и сложностью выбора оптимального метода лечения, длительностью его стационарного периода, высоким процентом инвалидизации и нередко — гибели пострадавших [2, 4, 6, 7].

Настоящая работа основана на ретроспективном анализе историй болезни 232 больных с ОПГ, находившихся на лечении в центральном госпитале Йемена ALTAWRA (г. Сана) с 1996 по 2000 г. За этот период в приемном отделении госпиталя зарегистрировано 1520 пострадавших с огнестрельными ранениями различной локализации, среди них 15,3% составили пострадавшие с повреждениями голени. Данные, представленные в табл. 1, свидетельствуют о стабильном ежегодном росте частоты ОПГ. За 4 года (1996–2000) число таких больных увеличилось в 4 раза. Среди всех огнестрельных ранений конечностей ОПГ составили 56,6%. Таким образом, и в мирное время голень остается весьма уязвимым сегментом для огнестрельных ранений.

Большинство пострадавших (83,2%) составили лица молодого и среднего возраста (табл. 2), 26 человек были моложе 14 лет. Существенное преобладание среди пострадавших лиц мужского пола (88,4%) может быть объяснено социальным положением мужчин, особенностями их темперамента, а также тем, что около 70% взрослой части мужского населения страны имеют при себе огнестрельное оружие, чаще всего автомат Калашникова. Специального места для хранения оружия нет, оно воспринимается как обычный предмет быта и легко доступно каждому, в том числе детям. Ребенок в любое время может взять его и поиграть — «немного пострелять». Кроме того, все торжественные

мероприятия, особенно свадьбы, сопровождаются стрельбой, при этом считается, что чем больше залпов, тем торжественнее и богаче свадьба. Нередко на таких торжествах используют даже боевые гранаты. К сожалению, этот процесс носит стабильно нарастающий характер.

Из 232 пострадавших 94% имели пулевые ранения, 6% — осколочные. Преднамеренное поражение отмечено в 30,2% случаев, 69,8% ранений были случайными.

Все пострадавшие поступили в стационар в первые 24 ч с момента ранения. Несмотря на отсутствие в городе Сана службы «скорой помощи», около 18,5% пострадавших были доставлены в стационар в первые 2 ч после ранения. В первые 6 ч поступили 30,2% раненых — они были доставлены родственниками на личных или попутных машинах без какой-либо медицинской помощи. Большинство больных (51,3%) поступили позднее 6 ч. В ночное время (с 24 до 6 часов) в госпиталь были доставлены только 10,8%, а с 6 часов утра до 18 часов — свыше 70% пострадавших. Это связано с большей безопасностью движения автотранспорта в дневное время (Йемен — в основном горная страна, и автодороги проходят по опасным горным перевалам).

При поступлении в госпиталь все пострадавшие жаловались на сильную боль в области ранения. Кровотечение из раны наблюдалось у 123 больных. У 79 человек отмечались укорочение и осевая деформация конечности, у 100 в рану выступали костные отломки, у 89 раны были загрязнены землей, обрывками тканей. Слабая пульсация или полное отсутствие пульсации на артериях стопы констатированы у 40 раненых. Множественные и соче-

Табл. 2. Распределение пострадавших с огнестрельными ранениями голени по возрасту и полу

Пол	Возраст, годы						Всего	
	до 20	21–30	31–40	41–50	51–60	>60	абс.	%
Мужчины	28	71	43	31	22	10	205	88,4
Женщины	3	7	6	4	4	3	27	11,6
Итого	31	78	49	35	26	13	232	100

танные повреждения имелись у 12 больных. 40 пострадавших находились в состоянии травматического шока. Все пострадавшие были в сознании, хорошо помнили обстоятельства ранения, но рассказывали об этом неохотно.

В зависимости от общего состояния, а также от тяжести анатомических разрушений и степени жизнеспособности голени (повреждение мышц, сухожилий, кровеносных сосудов, нервов) все пострадавшие были разделены на пять групп.

1-я группа (40 больных — 17,2%). Общее состояние удовлетворительное. Показатели кровообращения, дыхания, деятельности центральной нервной системы в пределах нормы, за исключением умеренной тахикардии и учащения дыхания. Площадь огнестрельной раны не превышает 5 см², края раны относительно ровные, кровотечение умеренное, дно раны представлено частично поврежденными мышцами, признаки повреждения крупных кровеносных сосудов и нервов отсутствуют. Движения в суставах (коленном и голеностопном) в полном объеме, осевой деформации и укорочения голени нет. На рентгенограммах голени определяются дырчатые или краевые неполные переломы большеберцовой кости, у 8 больных имеется перелом только малоберцовой кости. Слепое ранение отмечено у 12, сквозное — у 28 больных.

2-я группа (53 больных — 22,8%). Общее состояние пострадавших в пределах нормы. Артериальное давление в среднем 110/60 мм рт. ст., пульс 84 в минуту, частота дыхания 25 в минуту, сознание ясное, имеется умеренное возбуждение. Площадь раны в среднем 10 см². Края ран неровные, местами отмечаются обрывки мягких тканей, раны умеренно загрязнены, кровотечение средней интенсивности. Область перелома прикрыта поврежденными мышцами, признаков повреждения крупных сосудов и нервов нет. Стопа теплая, чувствительность не нарушена, осевой деформации и укорочения голени не определяется. На рентгенограммах голени поперечные, косопоперечные, косые переломы с удовлетворительным стоянием отломков. У 32 больных ранение сквозное, у 21 — слепое.

3-я группа (56 больных — 24,21%). Общее состояние пострадавших средней тяжести. Артериальное давление 93/55 мм рт. ст., пульс 90 в минуту, слабого наполнения и напряжения, частота дыхания 30 в минуту, отмечают бледность кожных покровов, общее возбуждение. Площадь раны достигает 15 см², края ее неровные, с обрывками мышц и сухожилий. Участками определяются нежизнеспособные, раздавленные мышцы. Рана загрязнена землей и обрывками тканей. Дном раны являются оголенные костные отломки. Стопа на ощупь холодная, пульсация на артериях стопы слабая, иногда сомнительная. Определяются осевая деформация и укорочение голени. На рентгенограммах голени — оскольчатый перелом обеих костей со смещением отломков. Сквозные ранения были у 36 больных, слепые — у 20.

4-я группа (69 больных — 29,7%). Общее состояние пострадавших тяжелое, имеются признаки

травматического шока. Раны обширные, распространяются на всю поверхность голени, с обрывками мышц, сухожилий, неровными ушибленными краями. Отмечается выраженная осевая деформация и укорочение голени. Раны кровоточат умеренно, возможно, за счет массивного разрушения мягких тканей. Мышцы местами полностью оторваны. В рану выступают раздробленные костные отломки, нередко отмечается дефект кости. У некоторых пострадавших голень буквально скелетизирована.

5-я группа (14 больных — 6%). Пострадавшие с массивным повреждением всей голени. Нередко периферическая часть голени висела на кожно-мышечном лоскуте. У некоторых больных имел место отрыв (ампутация) голени.

У пострадавших 1-4-й групп ранения были пулевыми, у всех больных 5-й группы — осколочными.

После первичного осмотра в приемном отделении и оформления историй болезни пострадавших переводили в операционную, где выполняли комплекс общепринятых диагностических и лечебных мероприятий.

Особенностью лечения ОПГ в условиях Йемена было следующее. Поврежденную конечность — после наложения на нее в случае необходимости стабилизирующего репозиционного аппарата собственной конструкции — погружали в мыльно-солевой раствор, в котором проводили промывание раны. Затем рану дополнительно промывали раствором перекиси водорода и фурацилина. Первичная хирургическая обработка (ПХО) раны проводилась по известной классической методике [1]. Единственным дополнением к этой методике была несколько более высокая активность в отношении удаления мелких отломков и резекции концов крупных костных фрагментов. Последнее обеспечивало хорошую адаптацию основных костных отломков, что являлось важным фактором их своевременной консолидации. Учитывая возможности компрессионно-дистракционного остеосинтеза, мы не боялись образования дефектов кости и первичного укорочения конечности [3]. Мы также отказались от активного поиска и обязательного удаления мелких металлических осколков независимо от их локализации: как показал опыт, нередко поиск наносит большую травму, нежели сам осколок. Вопрос об удалении или оставлении осколка в каждом случае решался индивидуально с учетом возможных последствий. Поврежденные мышцы и фасции не ушивали, полагая, что это может усугубить ишемию мягких тканей при развитии посттравматического отека голени.

ПХО ран проводили у всех пострадавших независимо от тяжести общего состояния и выраженности анатомических разрушений голени. При травматическом шоке тяжелой степени откладывали ее на некоторое время и выполняли по улучшению общего состояния больного. У пострадавших 1-й и 2-й групп ПХО обычно заканчивали глухим ушиванием раны с активным дренированием ее. При невозможности ушить рану без натяжения и при дефектах кожи прибегали к послабляющим разрезам, свободной кожной пластике и наложению провизорных швов.

У больных 1-й группы переломы не требовали репозиции и остеосинтеза, поэтому конечность после хирургической обработки раны фиксировали рассеченной гипсовой повязкой. Такой же тактики придерживались и при переломах без смещения отломков у пострадавших 2-й группы — с той разницей, что отломки фиксировали двумя-тремя спицами или шурупами. При переломах со смещением отломков у больных этой группы чаще прибегали к наложению аппарата внешней фиксации, предварительно произведя репозицию отломков, устранив осевую деформацию и укорочение конечности.

У больных 3-й и 4-й групп хирургическая обработка предусматривала также прикрытие области перелома кости перемещенными мышечными лоскутами. После послабляющих разрезов кожи накладывали провизорные швы, рану дренировали. Остеосинтез производили аппаратами внешней фиксации (АО, Гофмана, Илизарова и др.). Опыт показал, что именно компрессионно-дистракционный остеосинтез является методом выбора при лечении ОПГ. Единственный недостаток заключается в труднодоступности и высокой стоимости аппаратов для жителей Йемена.

У больных 5-й группы хирургическое вмешательство чаще всего заканчивали формированием ампутационной культи. Там, где оставалась небольшая надежда на сохранение конечности, после хирургической обработки, пластики кровеносных сосудов и, по возможности, поврежденных нервов накладывали аппарат внешней фиксации. Раны у всех больных дренировались.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, трансфузионно-инфузионная, общеукрепляющая терапия. Дренажные трубки

удалялись на 2–3-и сутки, ежедневно осуществлялся осмотр послеоперационных ран. Контрольная рентгенография выполнялась на 3–4-й день.

Послеоперационный период у 66% пострадавших протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением, швы были сняты на 10–12-й день. У 8,4% больных раны зажили вторичным натяжением, у 15% возникло нагноение в пределах мягких тканей и у 8,6% — остеомиелит. У 2% больных развилась гангрена голени вследствие тромбоза кровеносных сосудов.

Таким образом, у подавляющего большинства пострадавших (74,4%) отмечено благоприятное течение послеоперационного периода, что является свидетельством эффективности применяемой лечебной тактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюсов П.Г., Нечаев Э.А. Военно-полевая хирургия. — М., 1996.
2. Воробьев В.В. Патогенез и лечение огнестрельных ран мягких тканей конечностей: Дис. ... д-ра мед. наук. — СПб, 1995.
3. Илизаров Г.А., Швед С.П., Шигарев В.М., Стороженко С.Н. //Ортопед. травматол. — 1983. — N 1. — С. 1–4.
4. Лысенко Л.В., Тимошин А.С., Фефесова Н.П. и др. //Науч.-практ. конф. «Огнестрельные и мино-взрывные ранения. Современные методы диагностики и лечения»: Тезисы докладов /Под ред. В.М. Морозова. — М., 1997. — С. 76–78.
5. Нечаев Э.А., Грицанов А.И., Фолин Н.Ф., Миннулин И.П. Мино-взрывная травма. — СПб, 1994.
6. Нурулла-Ходжаев Т.Ф., Музафаров В.И., Джураев М.Д., Захир-Гуль. //Пленум Всесоюз. науч. об-ва травматологов-ортопедов, 22-й: Тезисы докладов. — Иркутск, 1991. — С. 38–40.
7. Bowyer G.W., Cooper G.J., Rice D. //J. Trauma. — 1996. — Vol. 40, Supp. — P. 159–164.



© А.С. Золотов, 2002

КОРОТКИЕ СООБЩЕНИЯ

ЛОПАТОЧНО-РЕБЕРНАЯ ДИССОЦИАЦИЯ

А.С. Золотов

Городская больница, Спасск-Дальний Приморского края

Термин «лопаточно-реберная диссоциация» (дословно — разъединение) появился сравнительно недавно [4]. Он означает травматический разрыв лопаточно-реберного соединения с повреждением мышц, связок, ключицы или ее суставов, магистральных кровеносных сосудов и плечевого сплетения. Интактной остается только кожа. В свя-

зи с этим второе название этого повреждения — «закрытая травматическая ампутация лопатки» [1]. Данная травма встречается нечасто, в основном при дорожно-транспортных происшествиях. Многие пострадавшие погибают на месте происшествия. Большинство авторов располагают лишь несколькими клиническими наблюдениями лопаточно-ре-