

ло 45%, вертельные переломы - 42%, медиальные - 58%. Переломы вертельной области лечились консервативно. Средний возраст больных 79 лет, медиальных - 70 лет; мужчин - 20%, женщин - 80%. Оперировано 80% больных. Технику оперативного лечения можно разделить на 2 этапа: I - закрытая репозиция шейки бедра на ортопедическом столе. От качества репозиции зависит и последующий этап операции и отдаленный ее исход. Спицы вводятся из подвздошной области бедра до I0-I2 шт. Дистальные концы спиц скручиваются и загибаются. Все операции проводились под спинно-мозговой анестезией. В послеоперационном периоде больные всдуются активно /ЛФК и дыхательная гимнастика, активное положение в постели/. При необходимости проводятся физиотерапевтические методы лечения. Через 3-4 недели больные поднимаются и учатся стоять и ходить на костылях без опоры на ногу, через 5-6 недель выписываются домой. Средний койко/день - 59,4 дня.

Анализируя результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с медиальными переломами шейки бедра свидетельствует о том, что единственным рациональным методом лечения этих переломов является оперативное вмешательство. Преимуществом обладает метод закрытого остеосинтеза, т.к. является более щадящим и менее травматичным.

И.А.Обухов

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ И ВЫВИХОВ КОСТЕЙ КИСТИ

Повреждения кисти среди всех видов травм по частоте занимают первое место. Переломы фаланг пальцев и пластных костей составляют от 10,5 до 30% всех травм кисти. В последние годы отмечается дальнейший рост тяжести травм кисти, особенно среди лиц трудоспособного возраста. Инвалидность в результате травм находится в пределах 19-28%. Ошибки в диагностике и лечении достигают 71-85,9%.

Целью настоящего исследования явился анализ ошибок диагностики и лечения больных с переломами и вывихами костей кисти. Изучены результаты лечения 481 больного, поступивших в Уральский центр хирургии кисти на восстановительное лечение из различных лечебных учреждений. Больные поступали в различные сроки после

травмы: до 3 мес. - 206, до 6 мес. - 115, до 1 года - 98, свыше 1 года - 62 человека. Всего у 481 больного было 637 застарелых повреждений костей и суставов кисти.

Из 637 повреждений в 468 наблюдениях /73,5%/ отмечены различные ошибки диагностики и лечения переломов костей кисти: в 62 случаях необходимость повторного оперативного вмешательства была вызвана тяжестью первичной травмы; в 39 наблюдалось нагноение ран и в 18 случаях установить правильность оказания помощи было невозможно из-за недостаточной информации.

Диагностические ошибки отмечались в 89 /19,0%/ наблюдениях. Среди них основную группу составили случаи, связанные с несвоевременным или недостаточным рентгенологическим обследованием больного. При первичном обращении рентгенография либо не проводилась, либо проводилась в одной прямой проекции, вследствие чего не обнаруживалось смещение отломков в сагиттальной плоскости. Большую сложность в клинической диагностике представляли закрытые внутрисуставные повреждения; переломы и подвывихи. Это по-видимому, можно объяснить меньшей степенью первичного травмирования сегмента, вследствие чего вопрос о проведении рентгенографии возникал при усугублении патологического процесса: при развитии контрактуры, появлении деформации и пр.

Основную группу составили тактические ошибки - 200 /42,7%/ случаев. К ним мы относили следующие случаи:

- выбор вида обезболивания, не позволяющего осуществить весь объем первичного вмешательства. При тяжелых повреждениях следует применять адекватную анестезию: внутривенную, внутрикостную, наркоз в зависимости от объема и длительности предстоящей операции, с обязательным обескровливанием операционного поля;
- Оказание первичной помощи в амбулаторных условиях при тяжелой травме кисти;
- несоответствие объема экстренного оперативного вмешательства тяжести травмы, особенно при сочетанных повреждениях. Например, выполнение открытой репозиции без фиксации спицами или аппаратом в сочетании со швом сухожилий при их повреждении считалось ошибкой. Имобилизация гипсом не обеспечивает надежную фиксацию отломков, а после шва сухожилий требуется стабильный остеосинтез для ранней разработки движений и профилактики контрактур;

- применение метода или способа лечения, нерационального и непоказанного в данной конкретной ситуации, или необеспечивающего стабильность фиксации отломков /серьезный шов кетгутом, проволокой, скелетное вытяжение/.

В настоящее время самыми распространенными методами лечения переломов костей кисти являются репозиция отломков с гипсовой иммобилизацией и интрамедуллярный остеосинтез спицами. Гипсовая иммобилизация как метод фиксации имеет ряд существенных недостатков:

- проводится фиксация не только поврежденного сегмента, но и смежных суставов на весь период сращения кости. Это неизбежно ведет к формированию контрактур суставов, так как сращение кости наступает в сроки не ранее 3-4 недель, а контрактура в суставах формируется спустя 7-10 дней после травмы;

- не обеспечивается надежная фиксация косых, оскольчатых, внутрисуставных переломов со смещением отломков, в случаях открытых переломов при необходимости перевязки раны. По нашему мнению, гипсовая иммобилизация является показанной при переломах без смещения отломков.

Интрамедуллярный остеосинтез спицей также относится к числу методов, не обеспечивающих достаточной стабильности. Многочисленные биомеханические и клинические исследования отечественных и зарубежных авторов показывают несостоятельность этого метода в лечении диафизарных и внутрисуставных переломов трубчатых костей кисти. Анатомическое строение фаланг пальцев и пястных костей таково, что диаметр костномозгового канала составляет 1,6-2,5 мм, а диаметр канала пястной кости - 3-4 мм. В этих условиях спица Киршнера диаметром 1,5 мм не стабилизирует костные отломки. Возникают угловые, ротационные смещения, что требует повторного вмешательства для их устранения. По нашим данным вторичное смещение костных отломков после интрамедуллярного остеосинтеза отмечалось в 26% случаев.

Применение чрезсуставной фиксации костных отломков спицей также малооправдано. Этот способ остеосинтеза не обеспечивал стабильность и в большинстве случаев приводил к ограничению движений.

Скелетное вытяжение за ногтевую фалангу пальца при переломах трубчатых костей кисти мало эффективно: с его помощью редко удается репонировать костные отломки. Из 4 случаев применения скелет-

ного вытяжения в нашей клинике ни в одном случае положительного результата не получено.

Остеосинтез двумя перекрестными спицами эффективен при поперечных диафизарных переломах фаланг пальцев. При косых, оскольчатых переломах, переломах метадиафизов костей кисти этот способ остеосинтеза недостаточно стабилен и может сопровождаться повреждением суставных концов сломанной кости, что приводит к стойкому ограничению движений в суставе. По нашим данным, при остеосинтезе фаланги пальца двумя перекрестными спицами в 8 случаях из 17 отмечались осложнения: вторичные смещения, неправильное сращение, ложные суставы и контрактуры смежных суставов.

Выбор способа фиксации определяется плоскостью излома кости, локализацией и характером повреждения. Мы считаем, что при поперечных переломах фаланг и пястных костей без смещения следует использовать гипсовую иммобилизацию; при поперечных и косопоперечных переломах со смещением — остеосинтез двумя перекрестными спицами. В лечении поперечных переломов пястных костей эффективна трансоссальная фиксация тремя спицами к соседним пястным костям. При косых и оскольчатых, внутрисуставных переломах, открытых переломах со смещением отломков, или сопутствующим повреждением сухожилий пальцев кисти наиболее рационален метод внешней фиксации аппаратами различных конструкций, обеспечивающий стабильность остеосинтеза и раннюю функцию поврежденного пальца.

Следующую группу составили технические ошибки /110 случаев, 23,5%/. Наиболее часто наблюдались:

- недостаточное сопоставление отломков и вправление вывихов, т.е. имело место нарушение основного принципа, предусматривающего обязательное сопоставление отломков;
- гипсовая иммобилизация с фиксацией здоровых пальцев и смежных суставов в нефизиологическом положении /например, в положении экстензии/;
- проведение спиц /параоссально, с проникновением в смежные суставы/;
- недостаточная или излишняя радикальность первичной хирургической обработки раны. Непременным условием должно быть полноценное закрытие раны, без натяжения кожи. При дефекте кожного покрова целесообразна свободная кожная пластика, к к метод выбора — несвободная кожная пластика.

Из 69 /14,7%/ ошибок послеоперационного ведения наибольшее их количество отмечалось при открытых переломах, в случаях преждевременного прекращения иммобилизации гипсом или фиксации спицами.

Ошибки послеоперационного ведения можно разделить на две основные группы:

- нарушение иммобилизации поврежденного сегмента: неправильное положение фиксированной кисти и пальцев после операции, раннее прекращение иммобилизации и преждевременное разрешение силовых нагрузок, длительная иммобилизация и позднее начало ЛФК, снятие гипсовых повязок в момент проведения перевязки ран;

- недостаточная преемственность лечения в стационаре и поликлинике: преждевременная выписка больных на амбулаторное лечение, при отсутствии условий для восстановления функции, несоблюдение рекомендаций, выданных больному при выписке.

Анализ ошибок в лечении повреждений костей и суставов кисти показывает, что хирурги и травматологи, оказывая первичную помощь больным, часто не учитывают анатомические особенности сегмента, недостаточно грамотно ориентируются в вопросах диагностики, тактики, техники проведения хирургической обработки и восстановительных операций на кисти, послеоперационного ведения больных. Это определяет необходимость повышения квалификации врачей по данному разделу хирургии кисти, оснащения отделений специальным инструментарием, организации преемственности в оказании помощи больным с повреждениями кисти.

А.А.Герасимов

ОПТИМИЗАЦИЯ СРАЩЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Важной проблемой травматологии является оптимизация сращения костей и ложных суставов. При этом наиболее высокий эффект получен при воздействии электрического тока на место перелома /В.А.Ланда, 1980; Э.М.Сиджанов, 1976; В.В.Руцкий, 1981; С.С.Ткаченко, 1989/. Все способы основаны на введении в место перелома кости металлических электродов и подведения к ним слабого электрического тока различных параметров в течение нескольких недель и даже месяцев.

Однако, все эти методы предполагают дополнительные операции