

V. P. AYVAZIAN, V. S. GHAZARIAN, A. S. GRIGORIAN
STIMULATION OF OSTEOGENESIS IN CHRONIC OSTEOMYELITIS
BY BONE MATRIX

In patients with chronic posttraumatic osteomyelitis for the filling of cavities and stimulation of osteogenesis the decalcified allogenic bone—bone matrix has been applied. The high percentage of consolidation of false articulation and unhealed fractures has been observed.

The application of the bone matrix for the filling of defects results in even filling of the defect by homogenous regenerate.

УДК 616.71—001.5—089

С. Г. КАРАПЕТЯН, В. П. ПЕТРОВ
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ
В УСЛОВИЯХ АНГОЛЫ

Обобщены результаты оперативного лечения огнестрельных переломов трубчатых костей. Рассматриваются принципы хирургической обработки ран и остеосинтеза трубчатых костей после ранений современным стрелковым оружием.

Проблема лечения огнестрельных переломов всегда привлекала внимание хирургов и травматологов.

Под нашим наблюдением в травматологическом отделении Центрального госпиталя провинции Уамбо (НР Ангола) в 1980—1982 гг. находился 1361 больной с огнестрельными переломами трубчатых костей.

Ранение конечностей стрелковым оружием отличается значительным разрушением тканей, раны характеризуются обширными дефектами и размождением мышц, обильно загрязняются частицами одежды, земли и т. п. Большая часть огнестрельных переломов характеризовалась наличием мелко- и крупнооскольчатости. Так называемый «дырчатый» перелом практически у нас не встречался, что, вероятно, связано с применением современных видов огнестрельного оружия. Кровотечение из раны в момент поступления в стационар наблюдалось редко.

Ампутации конечности производились, как правило, после взрывов мин и гранат, но у детей и после применения стрелкового оружия (табл. 1). Как видно из табл. 1, среди всех переломов преобладали оскольчатые переломы костей голени (292).

Тяжелое состояние раненых усугублялось их поздней доставкой в стационар и транспортировкой в большинстве случаев без всякой иммобилизации, в связи с чем больные доставлялись в состоянии шока, выраженной анемии и нередко с развивающейся раневой инфекцией. Поэтому в первую очередь принимались меры по спасению жизни больного, а затем уже по сохранению функции конечности [6, 7].

Ряд авторов считают [2, 8], что на фоне противошоковых мероприятий должна производиться первичная хирургическая обработка ран независимо от сроков поступления раненых. Но принцип одномоментной

хирургической обработки огнестрельной раны с наложением дренажа и зашиванием ее наглухо неприемлем в отношении огнестрельных переломов трубчатых костей, вызванных современными видами стрелкового оружия.

Всем раненым производилась хирургическая обработка раны с иссечением нежизнеспособных тканей, удалением инородных тел и костных осколков, свободно лежащих в ране и не связанных с надкостницей и окружающими тканями. Рана промывалась растворами антисептиков (цетавлон, меркурхром), засыпалась антибиотиком широкого спектра действия (гипербриотик, хлоранфеникол, цепоран, контрекс и т. п.) или обкалывалась растворами данных антибиотиков.

Известно, что под защитой антибиотиков можно при огнестрельных переломах с успехом применять остеосинтез металлической конструкцией [1]. Преимущество этого метода заключается прежде всего в надежной фиксации костных фрагментов, что способствует предупреждению местных инфекционных осложнений и улучшению анатомических и функциональных результатов. Однако показания к остеосинтезу и выбор срока операции продолжают оставаться дискуссионным вопросом. По литературным данным [3, 7, 9], сроки оперативного вмешательства при открытых переломах колеблются от 6—8 часов до 2—3 месяцев. И все же оперативные методы лечения открытых переломов в ранние сроки имеют явные преимущества [4, 5].

Риска с соавт. [10] рекомендуют производить раннеотсроченный остеосинтез примерно через 2 недели после травмы. Zanaski [11] считает, что при множественной травме конечностей остеосинтез следует производить в течение первых 5 суток после травмы, причем одновременно двух и даже трех костей.

Таблица 1

Локализация и вид перелома

Локализация Вид перелома	Бедренная кость	Кости го- лени	Плечевая кость	Кости пред- плечья
Косой	43	25	47	31
Косопродовый	51	57	45	62
Мелкооскольчатый	34	62	31	23
Крупнооскольчатый	96	179	68	37
Раздробленный	71	51	62	26
Ампутация сегмента конечности	83	124	33	20

Определять показания к остеосинтезу следует сразу после выведения больного из шока. При поступлении в стационар всем нашим больным с огнестрельными переломами трубчатых костей в срочном порядке производились противошоковые мероприятия—переливание одногруппной крови, 5% раствора декстрозы (аналог глюкозы), внутривенное и внутримышечное введение анальгетиков, кардиотоников и антибиотиков, на фоне чего производилась первичная хирургическая обработка раны

и в обязательном порядке иммобилизация конечности скелетным вытяжением или лонгетной гипсовой повязкой.

Остеосинтез как заключительный этап радикально произведенной хирургической обработки в большинстве случаев производился через 7—10 суток (табл. 2).

Таблица 2

Сроки остеосинтеза в зависимости от вида перелома

Вид перелома	Первичный остеосинтез (до 48 ч.)	Раннеотсроченный остеосинтез			Позднеотсроченный остеосинтез (21-е сутки и позже)
		3—6-е сут.	7—10-е сут.	11—21-е сут.	
Косой и косопролонгальный	63	39	35	—	—
Мелко- и крупнооскольчатый	5	37	463	21	3
Раздробленный	3	12	161	18	18

Ежедневно до дня операции проводились перевязки с антисептиками и обкалывание ран антибиотиками широкого спектра действия.

Из табл. 2 видно, что наибольшее количество операций было произведено в сроки от 7 до 10 суток. Позднеотсроченный остеосинтез был произведен 21 больному, когда раневую инфекцию удалось купировать в поздние сроки. Для остеосинтеза нами применялись конструкции типа гвоздей ЦИТО, Кюнчера, НИИХАИ, Богданова, спицы Киршнера, компрессионно-дистракционные аппараты. Из 1362 больных, находившихся под нашим наблюдением, остеосинтез был произведен в 878 случаях. Исключение составляли дети до 7 лет, у которых синтез выполнялся крайне редко из опасения повредить ростковые зоны, и раненые с осложненными косопролонгальными переломами. Для иллюстрации приводим следующий случай.

Больная Б. К., 37 лет, ист. болезни № 1347, поступила в травматологическое отделение центрального госпиталя г. Ямбо на 3-и сутки после пулевого ранения в область верхней трети левого бедра. Была доставлена в состоянии глубокого шока и анемии (гемоглобин—38%), без иммобилизации. Диагноз при поступлении: огнестрельный, многооскольчатый перелом верхней трети левой бедренной кости, шок. В первые же часы пребывания в госпитале было перелито 800 мл одногруппной А/II/Rh+ крови, 1 л 5% раствора декстрозы; анальгетики и антибиотики были назначены внутримышечно. Произведена первичная хирургическая обработка раны, в нее засыпано 2 г гипербиотика. Налажено скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости на шине Белера. На следующий день произведено повторное переливание 500 мл крови и 500 мл декстрозы.

На 2-е сутки после выведения раненой из шока была произведена обширная хирургическая обработка с иссечением нежизнеспособных тканей и удалением костных осколков, не связанных с надкостницей. В течение 8 суток производились перевязки с антисептиками и обкалывание раны раствором гипербиотика.

После полного очищения раны и ликвидации признаков воспаления на 9-е сутки был произведен остеосинтез левой бедренной кости пластиной Лена с пятью винтами, а 2 крупных осколка синтезированы двумя винтами. Рана зажила первичным натяжением. После удаления кожных швов больная начала ходить при помощи костылей, а через месяц была переведена на амбулаторное наблюдение. Через 1,5 месяца после операции была разрешена ходьба с дозированной нагрузкой на левую ногу, а еще через месяц—с полной нагрузкой.

Отдаленные результаты лечения от 6 месяцев до 3 лет были прослежены у 197 больных, что объясняется отдаленностью местожительства большинства больных, отсутствием транспорта, бездорожьем и особенностями обстановки в стране. В 9 случаях наблюдался остеомиелит бедра, в 6 случаях была удалена конструкция и лечение продолжено консервативно. В трех случаях из-за ранней ходьбы с нагрузкой на больную конечность образовался ложный сустав голени [2] и бедра [1] и наложены: на голень аппарат Гудушаури, на бедро—Калберзна. В остальных случаях результаты оперативного лечения считали хорошими и удовлетворительными.

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что прочная фиксация отломков после огнестрельных переломов трубчатых костей, полученная путем остеосинтеза металлическими конструкциями, позволяет обходиться без гипсовых повязок и допускает раннюю мобильность больных.

Центральный госпиталь г. Уамбо (Народная Республика Ангола)

Поступила 5/VII 1983 г.

Ս. Գ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ, Վ. Պ. ՊԵՏՐՈՎ

ԽՈՂՈՎԱԿԱԶԵՎ ՈՍԿՈՐՆԵՐԻ ՀՐԱՋԳԱՅԻՆ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐԻ ՎԻՐԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԱՆԳՈԼԱՅԻ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

Անգոլայի հանրապետության շրջանային հիվանդանոցներից (Ուամբա) մեկում 1960—1982 թթ. մեր հսկողության տակ գտնվել են վերջույթների խոչովակաձև ոսկրների հրազենային կոտրվածքով և սեզամենտային ամպուտացիայով 1362 վիրավորներ: 878 դեպքերում կատարվել են օստեոսինթեզ լավ և միջակ բուժական արդյունքով: Նշված մեթոդի առավելությունը կայանում է նրանում, որ առանց գիպսային կապի առաջանում է կոտրվածքի բեկորների հուսալի անշարժացում, որը բերում է վերջույթի հենաշարժական ապարատի առավել արագ վերականգնման:

Հրազենային կոտրվածքների օստեոսինթեզի համար, մեր կարծիքով առավել օպտիմալ ժամկետ կարելի է համարել հիվանդանոց ընդունվելու 7—10-րդ օրերը:

S. G. KARAPETIAN, V. P. PETROV

SOME PROBLEMS OF SURGICAL TREATMENT OF GUNSHOT FRACTURES OF TUBULAR BONES IN CONDITIONS OF ANGOLA

The results of the surgical treatment of gunshot fractures of tubular bones in conditions of Uambo central hospital traumatologic department in Angola are analysed. The principles of the surgical treatment of the wounds and osteosynthesis of tubular bones are discussed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Беркутов А. Н., Егурнов Н. И. В кн.: Анестезия и реанимация при механических повреждениях и ожогах. Л., 1970, с. 14.
2. Вишневский А. А. Военно-полевая хирургия. М., 1968.

3. Громов М. В., Шмидт И. З., Кашигина Е. А. В кн.: III Всесоюзный съезд травматол.-ортопедов. М., 1976, с. 37.
4. Каплан А. В., Пожарский В. Р., Лирицман В. М. В кн.: III Всесоюзный съезд травматол.-ортопедов. М., 1976, 29.
5. Комаров Б. Д., Петров П. Н., Елкин П. А. Ортопед., травматол., 1974, 2, с. 33.
6. Лебедев В. В., Охотский В. П., Канишин Н. Н. В кн.: Неотложная помощь при сочетанных травматических повреждениях. М., 1980, с. 112.
7. Трубников В. Ф., Истомин Г. П. Травматизм при дорожно-транспортных происшествиях. Харьков, 1977.
8. Ткаченко С. С., Кулинов Г. И., Абушенко В. С. Военно-мед. журнал, 1982, 4, с. 23.
9. Pierce R. O., Hodurski D. J. Trauma, 1979, 19, 182.
10. Ricka E. B., Bonsdorff H., Hakkinen S. J. Trauma, 1977, 17, 111.
11. Zanaski R., Maglino V., Portid L. Minerva ortop., 1974, 18, 25.

УДК 616.155.1—007.1—006.36

А. А. БАБЛОЯН, Т. С. ДРАМПЯН

ЭРИТРОПОЭЗ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Изучен патогенез анемии у больных с миомой матки. Показано, что анемия при миомах является не только следствием кровопотери, но и результатом нарушения процессов эритропоэза. Определено, что оксипрогестерон-капронат способствует активизации эритропоэза.

Среди гинекологических заболеваний миома матки по частоте занимает одно из первых мест [1, 2, 7]. У больных с миомой матки нарушается функция многих органов и систем, в том числе и системы крови [3—6]. Однако вопросы патогенеза и особенности клиники анемии при этом заболевании в литературе освещены недостаточно.

Целью настоящего исследования явилось изучение некоторых особенностей анемии, а также разработка наиболее эффективных методов ее лечения при миоме матки. Было обследовано 104 женщины с миомой матки, из коих у 59 наряду с анемией имелась гиперполименорея, а у 45—нормоменорея. Для сравнения обследовано 25 здоровых женщин—жительниц Арташатского района Армянской ССР. Гормональную терапию получили 44 больных с гиперполименореей (I группа) и 30 с нормоменореей (II группа) и 30 женщин получили симптоматическое лечение (III группа).

Из 104 больных с миомой матки, не превышающей размера 12-недельной беременности, у 20 исследовался костный мозг до и после лечения, из коих 5 женщин с анемией и гиперполименореей, 5—с анемией без нарушения менструального цикла, 10—больные, получившие только терапевтическое лечение. Контрольную группу составили 5 практически здоровых женщин из Арташатского района. Извлечение костного мозга проводилось пункцией грудины с помощью иглы Кассирского по общепринятой методике.

Гормональное лечение включало внутримышечные инъекции 1 г 17- α -оксипрогестерон-капроната во II фазе цикла на 17, 19 и 21-й дни. Гематологическое исследование включало определение количества эрит-