

покровов, возбуждение. АД — 10,7/6,7 кПа, нитевидный пульс слабого наполнения, температура — 34,5. Дыхание поверхностное, тоны сердца приглушены. Живот вздутый, напряженный, болезненный; выражены симптомы раздражения брюшины; перкуторно определяется наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Гинекологический статус: оценить состояние внутренних половых органов не представляется возможным из-за резкой болезненности при введении пальцев во влагалище и напряжения передней брюшной стенки. С диагностической целью произведена пункция заднего свода влагалища: получена жидкая темная кровь в количестве 5 мл. Поставлен диагноз: остро прервавшаяся внематочная беременность.

Срочно под эндотрахеальным наркозом произведена нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости выявлены жидкая темная кровь и сгустки в количестве 1200 г, обширные спайки между сальником и париетальной брюшиной. Сальник утолщен, пропитан темной кровью, имеются спайки между петлями кишок и маткой. Матка увеличена до 9 нед беременности, на серозном покрове в области ее дна и задней стенке, задних листках широких связок, петлях тонкого и толстого кишечника с переходом на париетальную брюшину справа расположена плацента диаметром до 20 см. Под желудком обнаружено плодное яйцо длиной 20 см. Левая маточная труба расширена до 2 см, синюшная, разорвана в истмическом отделе, отмечается разрыв левого яичника.

Правые придатки замурованы в спайках. Задний свод в спайках, при их разведении выделилась темная жидкая кровь в количестве 150 мл.

В связи с затруднением отделения плаценты от задней стенки матки произведена надвлагалищная ампутация матки с удалением левых придатков, плацентарной ткани с отделением ее от стенки тонкого и толстого кишечника, резекция большого сальника, удаление плода. Брюшная полость дренирована резиновыми трубками через переднюю брюшную стенку. Общая кровопотеря составила 2500 мл.

Макропрепарат: тело матки соответствует 9 нед беременности с прикрепленной плацентой к задней ее стенке; слизистая на разрезе гиперплазированная, гладкая; левая маточная труба утолщена в истмическом отделе до 2 см, сине-багрового цвета с разрывом в этом отделе до 1,5 см; левый яичник нормальных размеров с повреждением стенки до 3 см; плод длиной 20 см без признаков мацерации.

Гистологическое исследование: в матке определяются децидуальные изменения слизистой, светлые железы Овербека. В теле матки видны очаги аденомиоза. Плацента обычной структуры. В левой трубе — ворсины хориона.

Диагноз: вторичная брюшная беременность. Операция продолжалась 3 ч 30 мин и была произведена совместно с хирургом. Во время операции проведены инфузионная и трансфузионная терапия (перелито 5250 мл, из них 2400 мл крови), гормонотерапия преднизолоном, гидрокортизоном; время свертывания крови колебалось от 2 мин 30 с до 4 мин 20 с.

В послеоперационном периоде больная получала интенсивную терапию: инфузионную и трансфузионную в течение 7 дней, антибактериальную — 9 дней, профилактику тромбоэмболических осложнений гепарином. С клиническим выздоровлением была выписана на 11-е сутки Нб — 1,7 ммоль/л).

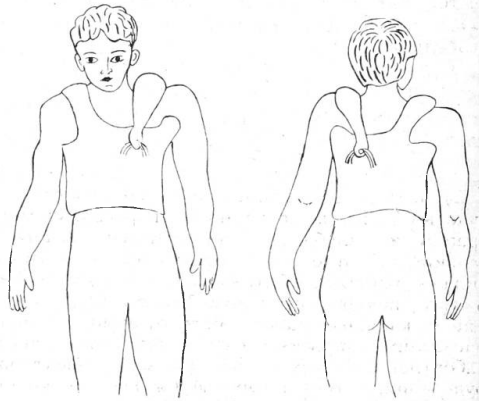
Наше наблюдение представляет редкую патологию брюшной беременности сроком (по размерам плода) 16—18 нед. Однако в клинике течения заболевания срок беременности установить четко не удалось, поскольку боли впервые появились в сентябре после нормально прошедшей менструации, а с октября имела место менометроррагия. Больная неоднократно обращалась в поликлинику, трижды была госпитализирована в стационар, где получала антибактериальную терапию и ни разу на фоне нарушенной менструации и клиники острых болей ей не проводили исследования гонадотропина, УЗИ и эндоскопии, что способствовало бы своевременной диагностики и лечению.

УДК 616.717.2-001.6-08

И. Н. Сеюков (г. Бугульма, ТАССР). Консервативное лечение вывихов акромиального конца ключицы

В Бугульминской ЦРБ разработан метод консервативного лечения вывихов с полным вывихом акромиального конца ключицы. Мы считаем этот метод простым, не требующим особых материальных затрат. Применяем его с 1980 г. при полном свежем вывихе акромиального конца ключицы.

Больному накладывают гипсовый полукорсет, с поврежденной стороны в подмышечной области формируют гипсовый «овал», при этом плечевой пояс должен быть приподнят (см. рис.). С помощью резиновых трубок, фиксированных к передней и задней поверхности корсета, прикрепляют ватно-марлевые лямки (см. рис.). Играющие основную роль в репозиции и удержании на месте ключицы. При необходимости их можно подтягивать.



На амбулаторное лечение больного выписывают после полного устранения вывиха (под рентгенологическим контролем), которое происходит в течение 3-7 дней. Длительность иммобилизации — 5—7 нед.

УДК 616-001.5

К. А. Шаповалов (Архангельск). Характеристика травм с повреждением костного аппарата у плавсостава на водном транспорте

Совокупность факторов риска, оказывающих постоянное действие на опорно-двигательный аппарат плавсостава в северном регионе (шум, вибрация), а также условия работы на открытой палубе (холод и влага) приводят к дегенеративно-

дистрофическим изменениям в костной ткани, на фоне которых понижается ее прочность к механическим воздействиям.

На основании учетной медицинской документации проведен анализ результатов лечения 391 больного из числа плавсостава северного региона с переломами костей, полученными на судах. В общей структуре повреждений переломы составляли 38,8% и являлись наиболее частым видом патологии. Они возникают у мужчин в 2,3 раза чаще, чем у женщин, работающих на судах, что объясняется тем, что мужчины выполняют наиболее тяжелые и сложные в техническом отношении судовые работы.

Наиболее часто переломы отмечаются у лиц до 20 лет. С увеличением возраста их количество снижается в значительной мере, а у лиц старше 50 лет — в 2 раза. На частоту переломов оказывают влияние производственное назначение судна, конструктивные особенности, район плавания, а также характер судовых работ. 68,0% пациентов с переломами костей составили моряки транспортного флота, 14,8% — рыбаки траловых судов, 11,8% — речники и 5,4% — работники технического флота. Группами высокого риска в отношении травм среди судовых специалистов являются мастера добычи, мастера рыбообработки, боцманы, мастера по производству консервов, матросы, механики, капитаны, мотористы, шкиперы, штурманы. Работники службы быта (повара, пекари, буфетчики и дневальные) по поводу переломов обращаются в 2—3 раза реже. Обращает на себя внимание большая частота переломов у работников тралового флота и службы технической эксплуатации судов. К переломам костей нередко приводят высокий уровень механизации рабочих мест этих специалистов, интенсивный напряженный труд в сочетании с неблагоприятными факторами (штормовые условия, качка).

С ростом производственного стажа, приобретением профессиональных навыков у плавсостава наблюдается значительное снижение количества переломов. Так, даже при стаже работы на судах от 1 до 3 лет коэффициент частоты переломов снижается в 3 раза по сравнению с первым годом работы. Переломы происходят особенно часто при судовых работах, связанных с передвижением по трапам и палубам, обслуживанием механизмов машинного отделения, погрузкой и выгрузкой силами экипажа, обслуживанием палубных механизмов, швартовкой судов. Травмы при выполнении шлюпочных работ, обслуживании команды и пассажиров, зачистке трюмов, станочных работах, забортной подготовке, обслуживании электрооборудования, у пульта управления редко приводят к повреждениям костей. Следует подчеркнуть, что частота травм, механизм которых связан с падением в судовых условиях с высоты, особенно высока. Травмирующим агентом при повреждении костей плавсостава, как правило, является тупой предмет.

В структуре недельного цикла выделены два пика с максимальными показателями частоты пе-

реломов плавсостава: по четвергам и воскресеньям. Первый из них связан с переутомлением плавсостава, приводящим к росту неточных движений, манипуляций, нарушению технологических процессов и правил безопасности, заканчивающимися повреждением костей. В воскресный день добавляется и число психологический фактор, когда при несении вахты в общепринятый выходной плавсостав из-за недостаточного серьезного отношения к своим функциональным обязанностям совершает грубые нарушения, завершающиеся тяжелыми травмами.

Наибольшее количество переломов плавсостав получает летом, в периоде интенсивных перевозок народнохозяйственных грузов. Осенью и весной их количество снижается почти в 1,5 раза и достигает наименьших величин зимой. Лишь одна треть переломов имеет место в рейсах при плавании в арктических и умеренных широтах. Большинство же из них происходит при стоянке судов в портах. Переломы костей у плавсостава в 84,4% случаев были изолированными повреждениями. Среди политравм множественные переломы встречались в 5 раз чаще, чем сочетание переломов с полостными повреждениями.

Лечение переломов у работников водного транспорта в 55,9% случаев проводилось в амбулаторных условиях. Остальные пациенты были госпитализированы в хирургическое отделение в наиболее благоприятные сроки после травмы: в первые 6 ч поступили в стационар 61,3% пациентов, в первые сутки — 76,4%, направлены из поликлиники — 17,0%.

Первое место по частоте и удельному весу занимают переломы пальцев кисти: они встречаются почти у каждого третьего пациента. За ними следуют стопа, голень, предплечье, голова. К редкой патологии следует отнести повреждения бедренной и плечевой костей, ключицы.

Открытые переломы были у каждого пятого пострадавшего, во всех случаях они требовали хирургической обработки. Сопоставление костных отломков путем операции, фиксация их металлическими конструкциями проводилась у 10,9% пациентов, консервативно были лечены 76,3% больных.

Полное восстановление трудоспособности после переломов костей наступило у 94,8% работников водного транспорта, переведены на легкий труд с выполнением работ на берегу — 2,1%. Первичная инвалидность II группы определена у 1,8% работников, III группы — у 0,3%, летальность равнялась 1%. Средние сроки лечения в стационаре не превышали 39,0 дней, нетрудоспособности — 64,3 рабочих дня.

Профилактика травматизма среди плавсостава заключается в снижении воздействия на плавсостав профессиональных вредностей, а также в отработке производственных навыков. Особое внимание следует уделять судовым специалистам с высоким риском травматизма при выполнении общесудовых работ.