

О ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

С. Г. Тинчурина, В. Ф. Алтуни

*Казанский НИИ травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки
ТАССР проф. У. Я. Богданович)*

Лечение больных с множественными и сочетанными повреждениями является сложной проблемой. На улицах и дорогах мира, по данным ВОЗ, каждые 2 минуты погибает очередная жертва транспортной катастрофы, каждые 5 минут кто-то в результате травмы становится инвалидом.

Наш опыт лечения 786 больных с подобными повреждениями, находившихся на излечении в Казанском НИИТО за последние 12 лет, дает основание утверждать, что их удельный вес неуклонно растет. Одновременно с увеличением числа пострадавших возрастает тяжесть повреждений, увеличивается смертность (в 1972 г. — 5,7%, в 1977 — 11,03%). Довольно высока смертность в первые сутки после травмы.

66,7% пострадавших — мужчины, причем преобладают лица трудоспособного возраста — 71,7%.

Среди причин травматизма с множественными и сочетанными повреждениями на первом месте стоят автомобильные катастрофы и другие транспортные аварии (44,6%), а также падения с высоты. Около четверти таких травм — производственные.

Наблюдаются самые различные сочетания повреждений. Повреждения двух сегментов составили 50,6%, трех — 38,8%, четырех и более — 10,6%. Наиболее часто страдают ребра, далее в убывающем порядке следуют кости голени, предплечья, кости таза, черепа, позвоночник, бедренная кость. Открытые переломы встретились в 19,2%. 20,1% пострадавших получили травму в состоянии алкогольного опьянения.

Если ранее мы выделяли три клинические группы (больные с множественными переломами костей скелета — 62,3%; больные с переломами костей скелета в сочетании с черепно-мозговой травмой — 29,8%; больные с переломами костей скелета в сочетании с повреждением внутренних органов — 6%), то в настоящее время все отчетливее выделяется и четвертая, особо тяжелая группа. Это больные с переломами костей скелета в сочетании с тяжелой черепно-мозговой травмой и повреждением внутренних органов (1,9%). В этой группе особо высока смертность. Такие больные часто погибают на месте происшествия или в первые часы и сутки после поступления в специализированное учреждение.

Во избежание ошибок и «просмотров» при диагностике множественных и сочетанных повреждений необходимо придерживаться строгой последовательности при осмотре больного: 1) определение шокового состояния и его тяжести; 2) выявление кровотечения (наружного и внутреннего); 3) установление доминирующего повреждения, опасного для жизни больного (череп, живот, грудная клетка, позвоночник); 4) выявление костных повреждений.

При признаках шока мы в первую очередь срочно проводим реанимационные и противошоковые мероприятия в объеме, соответствующем тяжести состояния больного: внутривенное, а иногда и в две вены, переливание крови, кровезаменителей и плазмозамещающих растворов (полиглюкина, реополиглюкина, желатиноля, физиологического раствора хлористого натрия, раствора Рингера, 5% раствора глюкозы), вливание медикаментозных средств, регулирующих сердечную деятельность и дыхание.

Рентгенографию следует проводить, в зависимости от общего состояния больного, либо после обезболивания области повреждения, либо — при обширных повреждениях — в состоянии наркоза.

При профузном кровотечении (наружном и внутреннем) мы, не дожидаясь выведения больного из состояния шока, на фоне реанимационных мероприятий пред-

принимаем экстренное оперативное вмешательство с целью остановки кровотечения. Оперативное вмешательство должно являться одним из этапов реанимационного пособия при следующих повреждениях: отрывах и размозжениях конечностей, профузном наружном кровотечении, повреждениях внутренних органов брюшной полости с наличием кровотечения, повреждениях полых органов, напряженном пневмотораксе, массивном гемотораксе, разрывах легких, сдавлениях головного мозга, открытых проникающих ранениях черепа и головного мозга.

При подозрении на повреждение внутренних органов брюшной полости проводят лапароцентез с применением «шарящего» катетера. Во всех наших наблюдениях эта методика дала возможность правильно диагностировать повреждение внутренних органов. При необходимости вслед за этой манипуляцией мы осуществляли лапаротомию для оперативного вмешательства на поврежденном органе.

По выведении больного из тяжелого состояния и стабилизации гемодинамики решают вопрос об очередности и последовательности дальнейших лечебных мероприятий. В первую очередь производят обработку открытых переломов и вправленные вывихов.

Первичную хирургическую обработку открытых переломов мы производили в первые 2—5 ч. С целью профилактики инфекции вводили противостолбнячную сыворотку и анатоксин, противогангренозную сыворотку, стафилококковый анатоксин, антибиотики. Хирургическая обработка сопровождалась обильным промыванием ран антисептиками, вакуумированием и дренированием.

При переломе трубчатых костей первичную хирургическую обработку чаще всего заканчивали сопоставлением отломков с последующей гипсовой иммобилизацией или наложением скелетного вытяжения. Далее (по показаниям) производили диафильтрацию спицами, интрамедуллярный остеосинтез или синтез аппаратом Илизарова.

Если к первичному остеосинтезу при диафизарных переломах мы относимся очень сдержанно, то при внутрисуставных переломах считаем его применение наиболее целесообразным. Показаны также при первичной хирургической обработке сшивание надколенника, фиксация спицами с упорами на аппарате Илизарова оскольчатых Т- и V-образных переломов дистального эпиметафиза плечевой кости, мыщелков бедренной и большеберцовой костей.

При закрытых переломах раннее или отсроченное окончательное лечение множественных переломов является наиболее эффективным, так как при этом быстрее нормализуется состояние тканей в области повреждений, предупреждается развитие осложнений. Одномоментное лечение легче осуществить при консервативных мероприятиях. У наших больных консервативная терапия (вправление вывихов, репозиция отломков, скелетное вытяжение, гипсовые повязки) применялась в 4 раза чаще, чем оперативная.

Операции, в зависимости от тяжести повреждения и общего состояния пострадавшего, мы делали обычно спустя несколько дней — такой срок необходим для дополнительного клинического обследования и оценки состояния основных систем организма. Особенно показанным оперативное вмешательство является, во-первых, у лиц пожилого возраста, ибо оно облегчает уход за этими больными, предупреждает осложнения (например, застойную пневмонию), и, во-вторых, у лиц, страдающих алкоголизмом, которые обычно с трудом выдерживают длительное лечение скелетным вытяжением; оперативное лечение обеспечивает их мобильность в случае развития психоза. Наиболее часто применялись остеосинтез металлическими штифтами, экстракорткальными пластинками, остеосинтез аппаратом Илизарова и спицами с упорами.

При первичном обследовании больных с множественными переломами в сочетании с тяжелой черепно-мозговой травмой все внимание врача должно быть направлено на установление доминирующего повреждения жизненно важного органа. Дополнительно к клиническим исследованиям мы осуществляли эхоэнцефалографию и каротидаографию. При необходимости предпринимали экстренное нейрохирургическое вмешательство. На других поврежденных сегментах при этом сочетании в экстренном порядке производили лишь остановку угрожающего кровотечения, обезболивание области переломов, временную иммобилизацию. Клинические

проявления сотрясения головного мозга и ушиба головного мозга легкой степени не являлись препятствием для срочного проведения первичной хирургической обработки открытых переломов, репозиций, остеосинтеза.

Окончательное лечение переломов проводится в течение ближайших дней после травмы, по улучшении общего состояния и стабилизации гемодинамики.

Поступила 11 июля 1978 г.

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

УДК 616—093/—98 (092 Каримова)

ПРОФЕССОР ЗАЙНАБ ХАБИБУЛЛОВНА КАРИМОВА

Исполнилось 70 лет со дня рождения и 47 лет научной, педагогической и общественной деятельности доктора медицинских наук профессора Зайнаб Хабибулловны Каримовой.

З. Х. Каримова родилась 22 февраля 1909 г. в башкирской деревне Аллагубатово в семье крестьянина-бедняка. В 1920 г. она переехала в г. Стерлитамак, где начала учиться в школе. Жажда знаний у нее была так велика, что она за 7 лет закончила среднюю школу и в 1927 г. поступила на медицинский факультет Казанского университета, который был преобразован в Казанский медицинский институт. По окончании института (1931) З. Х. Каримова как отличница учебы была оставлена в аспирантуре при кафедре микробиологии. Ее научные интересы формировались под влиянием основателя казанской школы спирохетологов профессора В. М. Аристовского, возглавлявшего в то время кафедру. После успешного завершения аспирантуры (1934) З. Х. Каримова была назначена на должность ассистента кафедры микробиологии. В 1944 г. она стала доцентом, а с 1969 г. — профессором кафедры. С 1943 по 1974 г. с небольшими перерывами З. Х. Каримова заведовала кафедрой микробиологии Казанского медицинского института.



Еще в годы аспирантуры Зайнаб Хабибулловна разработала метод выделения возбудителя сифилиса из крови больных во втором периоде заболевания. Наряду с изучением спирохетозов она занималась актуальной в то время проблемой получения бактериофагов и применения их для лечения ряда инфекционных заболеваний. Работы в этой области обобщены в кандидатской диссертации «О применении бактериофага при процессах нагноения в эксперименте на животных».

В годы Великой Отечественной войны в госпиталях г. Казани и районах ТАССР появились заболевания раненых желтухой неизвестной этиологии. Занимаясь изучением причины этих заболеваний, З. Х. Каримова установила лептоспирозную их этиологию и впервые выделила от больных людей лептоспиры серогруппы Семаранг, ранее считавшиеся сапрофитами.

Успешно продолжая традиции казанской школы спирохетологов, З. Х. Каримова расшифровала этиологическую структуру лептоспирозов в ТАССР. Ее работы в данной области обобщены в докторской диссертации, которую она успешно защитила в 1968 г. Исследования этого направления продолжают ее ученики. В связи с большим вкладом З. Х. Каримовой и ее учеников в изучение лептоспирозов, на базе Казанского медицинского института в 1971 г. была проведена V Всесоюзная конференция по лептоспирозам.

Широко известны у нас в стране и за рубежом работы З. Х. Каримовой по приготовлению и использованию в медицине лекарственных препаратов из прополиса.

Пору З. Х. Каримовой принадлежит 157 научных работ. Она уделяет много внимания воспитанию научных кадров. Под ее руководством выполнены 3 докторские и 14 кандидатских диссертаций.

З. Х. Каримова — опытный педагог, отдающий много времени и сил индивидуальной работе со студентами. В течение многих лет она была председателем методической комиссии санитарно-гигиенического факультета, членом центральной методической комиссии и председателем государственной экзаменационной комиссии. Научную и педагогическую деятельность З. Х. Каримова всегда сочетает с общественной работой. В течение многих лет она избиралась в городской Совет депутатов трудящихся, была членом факультетского партийного бюро института, руководителем теоретического семинара в сети партийного просвещения, членом правления Казанского филиала Всероссийского общества эпидемиологов и микробиологов, членом ученых советов медицинского, ветеринарного институтов, университета и Казанского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии.