

два — 1,5 года, один — 9 лет и один наблюдается свыше 10 лет. Таким образом, часть больных после паллиативных операций прожила 5 и более лет.

Полученные благоприятные результаты свидетельствуют о целесообразности проведения паллиативных операций у больных раком желудка при наличии отдаленных одиночных метастазов в печени и поджелудочной железе, корне брыжейки кишечника, особенно в тех случаях, когда можно ограничиться субтотальной резекцией желудка. Так как оставление опухолевых клеток в проксимальном крае более неблагоприятно, необходимо расширять по возможности границы резекции по кардии и пищеводу, особенно при инфильтративном раке. Хорошие отдаленные результаты у ряда больных связаны, по-видимому, с краевым некрозом и гибелью опухолевых клеток [4]. Относительно большая продолжительность жизни у части больных после паллиативных операций объясняется как удалением основного опухолевого очага (уменьшение интоксикации и угрозы кровотечения), так и воздействием коллоидного золота <sup>198</sup>Au на оставшиеся микрометастазы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Летагин В. П., Денисов Л. Е. Хирургия, 1975, 2.— 2. Петерсон Б. Е. Там же, 1969, 9.— 3. Сагайдак В. Н. *Вопр. онкол.*, 1968, 10.— 4. Сагайдак В. Н., Любушин А. А. *Вестн. хир.*, 1969, 1.— 5. Саенко А. И. Там же, 1964, 12.— 6. Суковатых Л. С. В кн.: *Актуальные проблемы онкологии и медицинской радиологии*, Минск, 1973, т. III.

Поступила 22 июня 1977 г.

УДК 616.718.55/56—001.5—036.865

## ПУТИ УСТРАНЕНИЯ ОШИБОК ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

*Канд. мед. наук В. И. Евсеев, Н. Г. Халфиев*

*Казанский НИИ травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки ТАССР проф. У. Я. Богданович) и Республиканская специализированная травматологическая ВТЭК Министерства социального обеспечения ТАССР (председатель — Н. И. Талье)*

**Реферат.** Согласно материалам специализированной травматологической ВТЭК ТАССР, инвалидность после тяжелых повреждений голеностопного сустава при лечении в специализированных стационарах (участковых и районных больницах) в 3 раза выше, чем при лечении в специализированных отделениях. Это связано с ошибками в проведении медицинской реабилитации данной группы больных. Предложена схема медицинской реабилитации больных с повреждениями голеностопного сустава, включающая диагностический, лечебный и восстановительный этапы.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении больных со сложными повреждениями голеностопного сустава, довольно значительное число пострадавших все же остается длительно нетрудоспособными и даже инвалидами. Дальнейшее уменьшение неудовлетворительных исходов возможно путем анализа ошибок, допускаемых врачами на всех этапах медицинской реабилитации этой группы больных.

Нами изучен контингент больных с последствиями тяжелых повреждений голеностопного сустава по материалам специализированной травматологической ВТЭК ТАССР с 1966 по 1975 год включительно.

Всего за 10 лет зарегистрировано 1006 больных (548 мужчин и 458 женщин) с последствиями тяжелых повреждений голеностопного сустава (7,4% всех больных, освидетельствованных за этот период). 63,7% из них были в возрасте от 31 года до 50 лет. С последствиями уличных травм было 43,7%, бытовых — 41,1%, производственных — 15,2%. 830

(82,5%) больных с тяжелыми повреждениями голеностопного сустава находились на лечении в специализированных травматологических стационарах г. Казани, остальные — в участковых и районных больницах.

Из 176 больных, направленных во ВТЭК после лечения в участковых и районных больницах, при первичном освидетельствовании 55 (31,3%) признали инвалидами; из 830 больных, леченных в специализированных травматологических стационарах, инвалидность установлена лишь у 97 (11,7%). Таким образом, инвалидность при тяжелых повреждениях голеностопного сустава после лечения в общехирургической больнице почти в 3 раза выше, чем после лечения в специализированном травматологическом стационаре. Следовательно, в условиях участковой и районной больницы при проведении реабилитационных мероприятий у больных с тяжелыми повреждениями голеностопного сустава допускается ряд упущений.

По Б. С. Гавриленко (1974) ошибки при лечении повреждений подразделяются на 3 группы: организационные, диагностические и лечебные. Организационные ошибки обусловлены прежде всего отсутствием подготовленных по неотложной травматологии врачей кадров и необходимого инструментария и оборудования. Так, по нашим данным, почти 100% больных с неправильно леченными повреждениями голеностопного сустава были направлены во ВТЭК из тех районов ТАССР (Арский, Сабинский, Чистопольский, Кукморский), где нет специализированных травматологических отделений, хирурги не имеют достаточной специализированной подготовки по неотложной травматологии, нет необходимой профилизиции и рентгенологической службы. Даже в некоторых межрайонных травматологических отделениях (например, на базе Елабужской ЦРБ), которые должны быть организационно-методическими центрами, из-за отсутствия кадров ортопедов-травматологов до сих пор допускаются серьезные ошибки при проведении медицинской реабилитации больных с повреждениями голеностопного сустава. Отсюда вытекает вывод, что без совершенствования травматологической помощи в организационном отношении трудно рассчитывать на получение оптимальных результатов лечения.

Наиболее грубые и часто встречающиеся ошибки, допущенные в процессе реабилитационных мероприятий у больных с тяжелыми повреждениями голеностопного сустава, представлены в табл. 1.

16 больным с тяжелыми повреждениями голеностопного сустава не были сделаны рентгенограммы при первичном осмотре. Врачи довольствовались только обычным осмотром с постановкой диагноза «растяжение связок». Поэтому не были своевременно распознаны у 5 больных изолированные повреждения межберцового соединения, у 8 — переломы наружной лодыжки с разрывом дельтовидной связки, у 3 — двулодыжечные переломы. Только длительный срок нетрудоспособности, а в некоторых случаях — выраженная деформация и боли при ходьбе побудили прибегнуть к запоздалому рентгенологическому контролю (через 4—5 месяцев после травмы).

Как выяснилось, многие районные хирурги до сих пор не знают рентгенологических симптомов межберцового диастаза и подвывиха стопы. Это явилось причиной того, что 46 больным при наличии явных рентгенографических признаков выраженного подвывиха стопы и диастаза в межберцовом сочленении не производили закрытой репозиции и сразу наложили гипсовую повязку сроком до 3 месяцев, а 21 больному гипсовая повязка вообще не была наложена. Отсюда становится ясным, почему 55 больных из 173, леченных в участковых и районных больницах, были признаны инвалидами.

Наиболее же частой из ошибок, допущенных при лечении больных с тяжелыми повреждениями голеностопного сустава в участковых и рай-

**Характер ошибок, допускаемых при медицинской реабилитации больных  
с тяжелыми повреждениями голеностопного сустава**

| Ошибки  | В участковых<br>и районных боль-<br>ницах |      | В специализирован-<br>ном травматологи-<br>ческом учреждении |      |
|---|---|------|--|------|
|   | число<br>больных                          | %    | число<br>больных   | %    |
| Не сделана рентгенограмма при первичном<br>осмотре . . . . .  | 16  | 9,1  | —  | —    |
| Отсутствовал рентгенологический контроль на<br>этапах лечения . . . . .   | 112                                       | 63,6 | 54   | 6,5  |
| Не были применены по показаниям дополни-<br>тельные методы диагностики (контрастные<br>артрограммы, снимки с нагрузкой) . . . . . | 20  | 11,4 | —  | —    |
| Не была наложена гипсовая повязка . . . . .   | 21  | 11,9 | —  | —    |
| Не произведена репозиция . . . . .  | 46  | 26,1 | 2  | 0,2  |
| Не было смены гипсовой повязки в процессе<br>лечения . . . . .  | 153                                       | 86,9 | 17   | 2,0  |
| Недостаточный срок иммобилизации . . . . .  | 84  | 47,7 | 28   | 3,4  |
| Консервативное лечение не было дополнено по<br>показаниям оперативным . . . . .   | 25  | 14,2 | 27   | 3,3  |
| Отсутствие физиотерапии и ЛФК . . . . .   | 92  | 52,3 | 110  | 13,2 |

Примечание. Во второй и четвертой графе — проценты к числу больных, направленных во ВТЭК (176 и 830).

онных больницах, было отсутствие этапного рентгенологического контроля и смены гипсовой повязки в процессе лечения. Ввиду этого, несомненно, не были вовремя выявлены и устранены вторичные смещения отломков лодыжек, рецидивы подвывиха стопы и межберцового диастаза, а у 25 больных не было применено явно показанное оперативное лечение при значительном межберцовом диастазе.

У 84 больных длительность гипсовой иммобилизации была недостаточной (всего 3—5 недель), в связи с чем после снятия гипсовой повязки при ранней спорной нагрузке образовалась стойкая деформация, явившаяся в дальнейшем причиной неоднократных оперативных вмешательств. Ошибкой мы считаем также те случаи, когда для уточнения диагноза не были применены дополнительные методы исследования (снимки с «нагрузкой», контрастные артрографии). У 20 больных на первичных рентгенограммах при наличии перелома наружной лодыжки подвывих стопы не определялся, а на рентгенограммах, с которыми больные были направлены во ВТЭК, была значительная вальгусная деформация. Это свидетельствует о том, что повреждения дельтовидной связки довольно часто протекают скрыто, без четких клинических и рентгенологических признаков, и при недостаточном сроке гипсовой иммобилизации всегда приводят к образованию вторичного подвывиха стопы.

Как нам удалось установить, у 92 больных после снятия гипсовой повязки не применялось восстановительное лечение (лечебная физкультура и физиотерапевтические процедуры), то есть полностью отсутствовал третий этап медицинской реабилитации. Нет сомнения, что это также явилось одной из причин более длительного восстановления трудоспособности и вынужденного перевода больных на инвалидность.

При медицинской реабилитации больных с тяжелыми повреждениями голеностопного сустава в специализированных травматологических отделениях процент ошибок был значительно меньше, чем в участковых

и районных больниц. Известно, что под мнимым «благополучием» гипсовой повязки весьма часто кроются осложнения (смещения отломков, рецидивы подвывиха стопы), особенно если гипсовая повязка становится свободной и не способна удерживать отломки в репозиционном положении. Следовательно, не производя рентгеновский контроль, травматолог лишает себя возможности вовремя выявлять и устранять возникающие смещения, тем самым обрекая больных на длительное, а порой и безрезультатное восстановительное лечение. У 2 человек при наличии смещенных переломов лодыжек с подвывихом стопы не была произведена репозиция, а у 27 больных со значительным межберцовым диастазом не было осуществлено его оперативное устранение. Самой же частой ошибкой, допускаемой в специализированных травматологических стационарах, оказалось отсутствие физиотерапии и лечебной физкультуры после снятия гипсовой повязки. У больных этой группы при осмотре во ВТЭК были установлены выраженные функциональные нарушения, ограничение подвижности в голеностопном суставе, болевой синдром при ходьбе, лимфостаз, а у 15 больных — синдром Зудека.

С целью уменьшения ошибок мы разработали схему этапов медицинской реабилитации больных с тяжелыми повреждениями голеностопного сустава (табл. 2).

Таблица 2

Схема врачебной тактики в проведении медицинской реабилитации при повреждениях голеностопного сустава

|                        |   |   |
|------------------------|---|---|
| Диагностический этап   | первичное обследование                                  | клиническое<br>рентгенологическое   |
|                        | рентгенологический контроль                             | 5—10-й день<br>1,5 месяца<br>2,5—3 месяца   |
| Лечебный этап          | закрытая репозиция                                      | смещенные переломы лодыжек, подвывих стопы, разрыв синдесмоза   |
|                        | оперативное лечение                                     | межберцовый диастаз, переломы $\frac{1}{3}$ и более суставной поверхности большеберцовой кости, неустраненный подвывих стопы. |
|                        | скелетное вытяжение                                     | оскольчатые переломы дистальных эпиметафизов  |
| Восстановительный этап | диадинамика, УВЧ, магнитотерапия                        | первые 10—15 дней после травмы  |
|                        | активные движения, массаж, нагрузка, тепловые процедуры | через 2,5—3 месяца после травмы при наличии консолидации  |
|                        | ношение супинаторов, тугое бинтование сустава           | до 1 года после травмы  |

При ее составлении руководствовались тем, что медицинская реабилитация — единый непрерывный процесс, и хотя она подразделяется на этапы (диагностический, лечебный, восстановительный), все они

взаимосвязаны и дополняют друг друга. Проведение медицинской реабилитации больных с тяжелыми повреждениями голеностопного сустава по разработанной нами схеме позволит сократить количество ошибок до минимума и значительно уменьшить число неудовлетворительных результатов, особенно в участковых и районных больницах.

#### ВЫВОДЫ

1. Медицинская реабилитация больных с повреждениями голеностопного сустава должна основываться на соблюдении принципов непрерывности диагностического, лечебного и восстановительного этапов по единой врачебной тактике.

2. Одной из главных задач специализированных травматологических ВТЭК является контроль за проведением медицинской реабилитации, а также анализ ошибок, приводящих к неудовлетворительным результатам лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

Гавриленко Б. С. Ошибки при лечении повреждений опорно-двигательного аппарата. Киев, 1974.

Поступила 20 сентября 1977 г.

УДК 618.214+618.514]—007—0531

### ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ МАТКИ

*А. З. Уразаев, Н. Л. Капелюшник, Л. И. Мальцева*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. А. З. Уразаев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

**Реферат.** Проведен анализ течения беременности и родов у 12 женщин с пороками развития матки. Основным осложнением беременности была угроза ее прерывания, в родах — поперечное положение плода, несвоевременное отхождение вод, слабость родовых сил, кровотечение, что потребовало оперативного родоразрешения у 4 рожениц. Своевременное распознавание этой патологии и лечение осложнений позволяют избежать перинатальной смертности новорожденных.

Диагностика пороков развития матки во время беременности и в родах чрезвычайно сложна; между тем своевременное выявление этой патологии позволяет правильно наметить план ведения беременности и родов, предотвратить возможные осложнения.

Под нашим наблюдением находились 12 беременных с пороками развития матки (3 первобеременных и 9 повторнобеременных). У 9 из них была двурогая матка, у 2 — седловидная и у 1 — седловидная с неполной перегородкой во влагалище. 9 женщин были в возрасте от 21 до 30 лет, остальные старше. Нарушений менструальной функции, изменений размеров и формы таза не выявлено. Согласно данным анамнеза, у 3 женщин в прошлом были медицинские аборт, у 4 — самопроизвольные выкидыши (от 1 до 7), у 2 — преждевременные роды. Преждевременное прерывание беременности наблюдалось при двурогой матке, главным образом в первом триместре беременности. Его причиной в подобных случаях может явиться анатомическая и функциональная неполноценность мышечной стенки матки, эндометрия, истмиоцервикального отдела матки, а также гипофункция яичников [1, 2].

Данная беременность у 5 женщин протекала без осложнений, у 2 осложнилась угрожающим выкидышем, у 3 — угрожающими преждевременными родами, у 2 произошли преждевременные роды. Нормальное течение родов было только у 1 роженицы. У остальных имелись ослож-