

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА

А. Н. Каралин, Р. К. Хамитов

Казанский НИИТО и Республиканская ВТЭК ТАССР

Переломы костей таза — тяжелое повреждение, которое ведет к длительной нетрудоспособности, а в некоторых случаях — к стойкой инвалидности. Среди инвалидов от травм опорно-двигательного аппарата на долю больных с переломами костей таза приходится около 2—3% [1, 2].

Неправильное сращивание костей таза вызывает асимметрию тазового кольца, которая обуславливает те или иные статические деформации и нарушение функций. Особенно это относится к переломам типа Мальгения, Вуалемье, переломо-вывихам, ацетабулярным переломам. При изолированных переломах без нарушения целостности тазового кольца стойкие функциональные нарушения развиваются редко, и необходимости в направлении больных на ВТЭК, как правило, не возникает. Трудоспособность при таких переломах и реже при одно- и двусторонних переломах переднего полукольца таза с нарушением его непрерывности и разрывах симфиза восстанавливается на ранних сроках — до 3 месяцев со дня травмы. При переломах средней и тяжелой степени, с нарушением целостности тазового кольца, сроки восстановления трудоспособности — от 3 до 6 месяцев (при нарушении целостности переднего полукольца), а при нарушении целостности переднего и заднего полукольца, при ацетабулярных переломах — от 6 до 12 месяцев.

Однако сроки нетрудоспособности определяются не только характером переломов, но и возрастом, полом, профессией больного, методом лечения и т. д. Анализ нашего материала (149 больных) показал, что чем больше активности заключает в себе выбранный метод лечения переломов таза, тем раньше происходит восстановление трудоспособности. Обычно при изолированных переломах таза, а также при переломах переднего полукольца (одно- и двусторонних) мы лечим больных в положении Волковича, создавая условия для раннего проведения лечебной гимнастики. При отсутствии противопоказаний лечебную гимнастику стараемся начинать с первых же дней, что повышает тонус больных, улучшает их общее состояние (особенно у лиц пожилого возраста). Все это, с учетом сохранения опорной функции тазового кольца при указанных видах переломов таза, позволило нам пересмотреть и сроки нагрузки: мы стараемся ставить больных на ноги при изолированных переломах таза через 10—12 дней, а при переломах с нарушением целостности переднего полукольца — через 2—3 недели. Но обязательно надо обращать внимание на возможность повреждения области крестцово-подвздошного сочленения, так как сроки нагрузки при таком сочетании будут другими. Чем старше возраст, тем у большего числа больных восстановление трудоспособности происходит на поздних сроках (табл. 1).

Таблица 1

Зависимость срока восстановления трудоспособности от возраста больных

Возраст	Сроки восстановления трудоспособности				Всего
	до 3 месяцев	от 3 до 6 месяцев	от 6 до 12 месяцев	свыше 12 месяцев	
18—30	36	19	19	3	77
31—40	6	17	7	—	30
41—50	1	14	—	2	17
51—80	8	10	6	1	25
Всего . . .	51	60	32	6	149

У больных, получивших бытовую травму, восстановление трудоспособности происходит в большинстве случаев до 3 месяцев, а при производственной и уличной — на более поздних сроках (табл. 2).

Анализ инвалидности проведен по материалам Казанского НИИТО и ВТЭК г. Казани. Всего обследовано 49 больных, получивших инвалидность. Среди них большинство (36) составили больные с переломами типа Мальгения, Вуалемье, переломо-вывихами и ацетабулярными переломами (3-я группа переломов по нашей классификации). Больных с переломами (одно- и двусторонними) переднего полукольца (2-я группа) было 9, с переломами без нарушения непрерывности тазового кольца (1-я группа) — 4. Изолированные переломы таза были у 27 чел., осложненные переломы и переломы, сочетающиеся с повреждениями других отделов скелета, — у 22.

Зависимость срока восстановления трудоспособности от характера травмы

Характер травмы	Сроки восстановления трудоспособности				Всего
	до 3 месяцев	от 3 до 6 месяцев	от 6 до 12 месяцев	свыше 12 месяцев	
Производственная . . .	10	25	6	4	45
Уличная	28	34	26	2	90
Бытовая	13	1			14
Всего	51	60	32	6	149

У большинства больных с переломами 3-й гр. (у 25 из 36) было повреждение крестцово-подвздошного сочленения, сочетавшееся с переломами костей таза. Некоторые больные с переломами 1-й и 2-й гр. были направлены на ВТЭК из-за осложнений, связанных с повреждением области крестцово-подвздошного сочленения, которое не было своевременно диагностировано, что обусловило длительность восстановительного периода.

Большинство больных направляются на ВТЭК после 4—5-месячного пребывания на больничном листе. Так как это в основном больные с переломами 3-й гр., которые нуждаются в более длительном сроке восстановления трудоспособности, то вполне естественно, что они получают отказ с рекомендацией продолжать лечение.

Комиссии ВТЭК не всегда правильно оценивают тяжесть повреждения, в частности, явно недооценивают повреждение области крестцово-подвздошного сочленения, что в значительной степени отягощает восстановительный процесс. Среди больных, получивших инвалидность, лиц физического труда было 42, не физического — 7. Следовательно, инвалидность чаще получали больные, труд которых связан с физическим напряжением. Выявляется зависимость между возрастом и выходом на инвалидность: в старших возрастных группах больше больных получает инвалидность. Какой-либо четкой взаимозависимости между видом травмы и инвалидностью нами не выявлено. Выводы некоторых авторов, что чаще получают инвалидность больные с производственной травмой, по нашим данным не подтверждаются.

Одной из основных причин, ведущих к инвалидности, является тяжесть повреждения. Из направленных на ВТЭК чаще всего инвалидность получили больные с переломами 2-й гр.—91% и 3-й гр.—70%. При переломах 1-й гр. инвалидность получили 66% больных, у большинства из них были сопутствующие повреждения. Но если учесть тот факт, что в некоторых случаях, как показал анализ нашего материала, у больных с переломами 2-й и 1-й гр., которым была дана инвалидность, не было распознано повреждение крестцово-подвздошного сочленения, то истинная картина будет выглядеть так: при переломах 1-й группы получили инвалидность 50% направленных на ВТЭК, при переломах 2-й гр.—75% и при переломах 3-й гр.—85%. Вышеуказанные цифры отражают необъективность в оценке тяжести повреждения костей таза, в частности области крестцово-подвздошного сочленения, а также недостаточную компетентность врачей в диагностике повреждений этой области.

Повреждениям крестцово-подвздошного сочленения мы уделяем такое внимание потому, что они являются наиболее инвалидизирующими даже по сравнению с ацетабулярными переломами.

Анализ клинко-функциональных данных у больных с переломами 2-й и 3-й гр. показал, что результаты лечения чаще были плохими и удовлетворительными. Но необходимо отметить, что при переломах 2-й гр. функциональный исход нередко был хорошим и не соответствовал клинко-анатомическим данным. При переломах же 3-й гр. несоответствие между клинко-анатомическими и функциональными исходами было в значительно меньшем числе случаев. Так, если при переломах 2-й гр. плохих клинко-анатомических исходов было 7, а плохих функциональных исходов — только 2, то при переломах 3-й гр. эти цифры соответственно равны 34 и 28.

Опорная функция при переломах 2-й гр. была нарушена только у 1 больного (где было нераспознанное повреждение крестцово-подвздошного сочленения). При переломах же 3-й гр. из 36 человек нарушение опорной функции на стороне повреждения тазового кольца было у 24. Следовательно, этот тест, как нам кажется, может быть достаточно объективным в оценке восстановления нарушенной функции при переломе таза — опорной, что важно для объективного определения сроков и степени восстановления трудоспособности и для решения вопроса о трудоустройстве. При анализе инвалидности по группам, являющимся отражением тяжести того или иного вида перелома, а также объективной оценкой компетентности комиссии ВТЭК, мы видим, что больные с переломами 2-й гр. чаще получали инвалидность III группы, реже II и ни разу I группы (инвалидность III группы получили 7 чел., II группы — 2).

При переломах 3-й гр. больные более часто получали инвалидность II гр., а иногда даже I (инвалидность I группы — 3 чел., II группы — 17, III группы — 14). При переломах 1-й гр. инвалидность I группы получил 1 чел., II группы — I и III группы — 2. Все это — больные с сочетанными переломами костей таза.

Сроки инвалидности зависели главным образом от вида перелома. При переломах I-й гр. они не превышали 6—12 месяцев. Наиболее длительные сроки инвалидности — у больных с переломами 3-й гр. В целом от 6 месяцев до 1 года были на инвалидности 16 чел., 2 года — 23 чел., 3 года — 5 и более 3 лет — 5.

ВЫВОДЫ

1. Сроки и степень восстановления трудоспособности непосредственно зависят от вида перелома, метода лечения, возраста и косвенно — от характера травмы, профессии и пола пострадавшего.

2. Выход на инвалидность нередко обуславливается отсутствием четкого представления о сроках восстановительного периода, а также отсутствием объективных тестов оценки восстановления утраченной функции.

3. Снижения инвалидности можно добиться: а) совершенствованием методов лечения, в первую очередь наиболее инвалидизирующих видов повреждений таза (переломовывихи, ацетабулярные переломы); б) обеспечением больных с тяжелыми видами переломов в достаточной степени восстановительным лечением; в) применением объективных тестов для оценки степени функциональных нарушений; г) организацией специализированных ВТЭК, что, несомненно, улучшит качество экспертизы и трудоустройства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сорокина В. А. Мед. журн. Узбекистана, 1964, 2. — 2. Тейтельбаум М. З. Ортопед. травматол., 1965, 2.

УДК 616.832—616.711—616.24—073.96

ПНЕВМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СПИННОГО МОЗГА И ПОЗВОНОЧНИКА

Х. М. Шильман, Ю. А. Менялкин

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав.— проф. Г. М. Николаев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и 15-я городская клиническая больница (главврач — Л. А. Баранчикова)

Топическая диагностика заболеваний спинного мозга и позвоночника нередко представляет определенные трудности. Пневмографический метод исследования субарахноидального пространства спинного мозга был предложен Денди в 1919 г. В нашей стране его начали применять сравнительно недавно, после известных работ М. В. Цывкина [1—6].

В настоящей работе анализируются результаты пневмографических исследований 174 больных с различными поражениями позвоночника и спинного мозга. Во всех наблюдениях диагноз верифицирован оперативными вмешательствами, что позволяет нам высказать некоторые соображения в отношении разрешающей способности данного метода.

Характер заболеваний и их локализация представлены в табл. 1.

Таблица 1

Характер заболеваний	Число наблюдений	Локализация процесса		
		шейный отдел	грудной отдел	поясничный отдел
Опухоли спинного мозга и корешков	37	7	19	11
Спинальный арахноидит	10	1	6	3
Гемангиома позвоночника	3		3	
Эхинококк позвоночника	1		1	3
Холестеатома	3			
Дисплазии:				
а) сирингомиелия	2	2		
б) платибазия	1	1		
в) деформация Клиппель-Фейля	1	1		
Остеохондроз позвоночника, осложненный задними грыжами дисков	116	3	2	111
Всего	174	15	31	128