

ПОЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ

*Д. Г. Тахавиева, Г. Ф. Хабирова, И. А. Валитов, Р. В. Зайнуллин,
Д. Н. Попов*

*Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор —
проф. У. Я. Богданович)*

Лечение множественных и сочетанных повреждений опорно-двигательного аппарата является одной из самых актуальных проблем травматологии. Несмотря на достижения последних лет, летальность и уровень инвалидности при таких травмах остаются по-прежнему высокими.

В нашем институте за 5 лет (1978—1982 гг.) получили лечение 474 пострадавших со множественными и сочетанными повреждениями. Мужчин было 73,3%, женщин — 26,7%. Возраст больных составлял 16—80 лет, причем у 53,3% пострадавших — 21—40 лет.

По механизму возникновения первое место занимают автодорожные травмы (51,2%), второе — падения с высоты (20,7%). В состоянии алкогольного опьянения получили травму 21,9% пострадавших. Открытые переломы составили 27,7%.

Больные были подразделены на 4 группы. В 1-ю вошли лица со множественными переломами (60,5%), во 2-ю — с переломами в сочетании с черепно-мозговой травмой (16,6%), в 3-ю — с переломами в сочетании с повреждением органов грудной или брюшной полостей (10,7%), в 4-ю — с переломами в сочетании с черепно-мозговой травмой и травмой органов брюшной и грудной полостей (12,1%). Такая классификация способствует более быстрому и правильному решению вопроса о тактике и объеме специализированной помощи. Исход травмы зависит во многом от качества оказания помощи пострадавшим на всех этапах лечения. На первом этапе, то есть на месте происшествия, производятся простейшие манипуляции в порядке само- и взаимопомощи, а также оказывается квалифицированное пособие бригадами скорой медицинской помощи. По данным литературы [2], первая помощь на месте происшествия оказывается только в 16% случаев. Важное значение имеют хорошая организация работы санпостов, оснащение их всем необходимым для оказания помощи при травмах, а также обучение их личного состава. Ответственное место в системе догоспитальной медицинской помощи пострадавшим принадлежит службе скорой медицинской помощи, поскольку выезды по поводу травм составляют около одной трети в объеме работы станции скорой помощи.

Создание палат интенсивной терапии и реанимации в травматологических и хирургических отделениях, расположенных вблизи трасс с интенсивным движением, а также организация санпостов на промышленных предприятиях и постах ГАИ, позволили значительно улучшить оказание первой помощи пострадавшим на месте происшествия и во время транспортировки в медицинское учреждение. По нашим данным, первая помощь на месте происшествия с 1978 до 1980 г. оказывалась 52% пострадавшим, а с 1980 по 1982 г. — 75%.

Лечебные мероприятия при оказании первой помощи складываются прежде всего из обезболивания, транспортной иммобилизации, наложения жгута при кровотечении. Во избежание обтурации верхних дыхательных путей, которая может развиваться при травме грудной клетки, можно попытаться вызвать у больного (если он в сознании) кашель с целью отхаркивания содержимого. При бессознательном состоянии пострадавшего следует производить раздражение слизистой гортани, аспирацию мокроты из трахеи катетером, проведенным через носовой ход или рот под контролем пальца, пункцию трахеи с введением любого раствора, раздражающего слизистую и вызывающего кашель, подкожную инъекцию закиси азота, трахеостомии, интубацию трахеи. Если выявлен напряженный пневмоторакс, толстой иглой или троакарком делается временная разгрузка плевральной полости. При низком АД необходимо, наряду с применением дыхательных analeптиков (лобелина, цититона и др.), использовать сердечно-сосудистые средства (коргликон, строфантин и др.). Важное значение в системе оказания первой помощи пострадавшим со множественной и сочетанной травмой имеют протившоковые мероприятия. На месте происшествия желательно выяснить условия происхождения травмы, что часто позволяет получить дополнительные сведения о характере повреждения.

После оказания первой медицинской помощи и обеспечения щадящей транспортировки пострадавшего необходимо доставить в соответствующее лечебное учреждение, причем обязательно на носилках в положении на спине. Пострадавших с черепно-мозговой травмой, особенно в бессознательном состоянии, следует транспортировать в положении на боку. Несоблюдение этих правил часто приводит к тяжелым осложнениям. Совершенно недопустимы необоснованные перевозки больных с тяжелыми травмами из одной больницы в другую.

С момента поступления больного в стационар начинается второй — госпитальный этап оказания медицинской помощи. При поступлении в приемное отделение оцениваются общее состояние пострадавшего и тяжесть травмы (наличие шока и его степень, кровотечения — наружного или внутреннего, повреждения жизненно важных органов, костей скелета и др.).

Рентгенография нами производилась чаще всего после предварительного обезбоживания (76,6%), а у отдельных больных (11,3%) — под наркозом. В зависимости от выраженности шока, кровопотери, характера ведущего повреждения проводился необходимый комплекс лечебных мероприятий.

С целью обезбоживания места перелома вводился 1% раствор новокаина в гематому между отломками, выполнялась блокада по Школьникову—Селиванову (при переломах костей таза). Восполнение кровопотери осуществлялось путем внутривенного введения однократной свежесцитратной крови и кровезаменителей. При декомпенсации функции дыхания производилась интубация (55,7%), давался азотно-кислородный наркоз с управляемым дыханием. Для борьбы с ацидозом вводился 5% раствор бикарбоната натрия и другие средства. Реанимационное лечение, особенно в первые дни, обязательно сопровождалось элементами психотерапии, поскольку важно вселить в больного уверенность в скором выздоровлении и необходимости активного участия в лечении.

При лечении пострадавших со множественными переломами в состоянии шока трудным является вопрос о сроках и объеме хирургических вмешательств. Немедленные (до 2—3 ч после поступления) операции нами производились только по жизненным показаниям. В других случаях оперативные вмешательства откладывались до стабилизации показателей АД и выполнялись в дальнейшем в сочетании с протившоковой терапией.

К выбору методов лечения множественных и сочетанных повреждений следует подходить строго индивидуально. Применявшиеся в институте методы лечения можно разделить на две группы: консервативные (55,3%) и оперативные (44,7%).

Ведущее место в лечении множественных переломов всех локализаций заняло скелетное вытяжение (48,4%) с последующим наложением гипсовой повязки (38,5%). Лечение переломов только гипсовой повязкой применено у 135 (51,6%) пострадавших.

В группе оперированных открытая репозиция и остеосинтез с помощью спиц или погружными фиксаторами были произведены 67,9% пострадавшим, из них у 21 (14,6%) лиц применен первичный остеосинтез, у 123 (85,4%) — отсроченный (через 2—4 нед после травмы).

В последние годы у этого контингента больных мы стали шире использовать компрессионно-дистракционный остеосинтез. Лечение с помощью компрессионно-дистракционных аппаратов проведено 68 (32,1%) пострадавшим. Особенно показано применение чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза при лечении больных с открытыми и внутрисуставными переломами. При лечении открытых переломов с помощью внеочаговых аппаратов одновременно со стабильной фиксацией отломков создаются хорошие условия для ухода за раной и сохраняется функция в смежных суставах.

С учетом тяжести общего состояния больных чрескостный остеосинтез компрессионно-дистракционными аппаратами нами применялся в части случаев в два этапа. Во время хирургической обработки переломов проводились две параллельные спицы выше и ниже места перелома, которые укреплялись в кольцах аппарата Илизарова, и производилась стабилизация отломков. На втором этапе, после выведения больного из тяжелого состояния, осуществлялась полная репозиция отломков. При сочетании перелома длинных трубчатых костей с черепно-мозговой травмой выполнение чрескостного остеосинтеза ускоряет процесс реабилитации и способствует раннему восстановлению функции конечности.

Сроки фиксации отломков костей компрессионно-дистракционным аппаратом (от 30 до 240 дней) зависели от тяжести травмы, локализации перелома, величины смещения отломков, точности репозиции и возникающих осложнений. Период стационарного лечения колебался в широких пределах, а средний койко-день составил

39,2. Изучение ближайших результатов лечения множественных и сочетанных повреждений показало, что выздоровели 91,6% пострадавших, умерли — 8,4%.

Третьим этапом лечения является социально-трудовая и бытовая реабилитация, которая включает в себя комплекс физиотерапии, лечебной физкультуры, массаж, бальнео- и трудотерапию и др. Все больные ставятся на диспансерный учет, находятся под наблюдением врачей-травматологов травмпунктов города или хирургов районных больниц.

Исходы лечения множественных и сочетанных переломов далеко не всегда бывают удовлетворительными: плохие результаты наблюдаются у 7,8—21,7% пострадавших; к прежнему труду возвращаются только около 60% лиц; 7% больных меняют профессию, некоторые уходят на пенсию, и около 20% становятся инвалидами [1]. Примерно такие же исходы лечения получены и нами: хорошие и удовлетворительные — у 85%, плохие — у 15%.

Наиболее частыми последствиями множественных переломов нижних конечностей являются суставные боли, которые возникают в результате развития артроза или статических нарушений при неправильном срастании костей. К позднему осложнению множественных переломов, второму по частоте, относится ограничение движений в суставах вследствие внутрисуставных переломов или длительного обездвиживания конечности, которое развивается примерно у 17% пострадавших. Кроме того, бывают такие осложнения, как кожные суставы и остеомиелит, выявленные, по данным Н. Е. Тутиковой (1980), соответственно в 2,5% и 1,5—3% случаев.

Успешное лечение пострадавших со множественными и сочетанными повреждениями зависит от правильной и своевременной терапии на всех этапах оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Никитин Г. Д., Митюнин Н. К., Грязнухин Э. Г. Множественные и сочетанные переломы костей. Л., Медицина, 1976.— 2. Трубников В. Ф., Истомин Г. П. Травматизм при дорожно-транспортных происшествиях. Харьков. Вища школа, 1977.— 3. Тутикова Н. Е. Ортопед. травматол., 1980, 3.

Поступила 15 мая 1984 г.

УДК 616.447—008.61—02:616.391:577.161.2—053.36

О РОЛИ ПАРАЦИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ В РАЗВИТИИ РАХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Э. М. Шакирова, С. В. Мальцев, Н. В. Блажевич

Кафедра педиатрии № 1 (зав.— проф. С. В. Мальцев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, лаборатория биохимии витаминов (зав.— доктор биол. наук В. Б. Спиричев) Института питания АМН СССР, г. Москва

Широкое распространение умеренных костных изменений у детей раннего возраста, малая зависимость легких форм рахита от интенсивности и регулярности профилактических мероприятий [1, 12] требуют уточнения роли эндогенных факторов, в частности эндокринной регуляции фосфорно-кальциевого обмена при рахите. О повышенной функции парацитовидных желез при этом патологическом состоянии известно давно [4—6, 10], однако это заключение не было аргументировано применением методов прямого определения уровня паратиреоидного гормона. И даже когда появилась возможность изучать его количественно радиоиммунным методом, были опубликованы лишь единичные работы, касающиеся изменения содержания иммунореактивного паратиреоидного гормона (ИПТГ) при рахите у детей раннего возраста [9, 13]. В то же время важно не только установить уровень ИПТГ при рахите, но и сопоставить его с клинической симптоматикой заболевания и состоянием фосфорно-кальциевого обмена, поскольку в настоящее время пересматривается роль экзогенного гиповитаминоза D в развитии рахита [1, 3, 7].

Мы изучали содержание ИПТГ и состояние фосфорно-кальциевого обмена у 39 детей (19 девочек, 20 мальчиков) в возрасте от 2,5 мес до 1 года 4 мес и сопоставляли полученные данные с клинической симптоматикой рахита. Уровень ИПТГ определяли радиоиммунным методом, уровень неорганического фосфора — микро-