

больных, направляя их на госпитализацию в различные специализированные лечебные учреждения и в санатории.

Врачи госпиталя курируют центральные районные больницы и поликлиники г. Ульяновска. Во всех ЦРБ и поликлиниках выделены врач и медицинская сестра, ответственные за организацию медицинского обслуживания инвалидов. В регистра-турах поликлиник отдельно хранятся амбулаторные и диспансерные карты инвалидов Отечественной войны.

В каждом лечебном учреждении составляется план мероприятий, включающий комплексный осмотр инвалидов, определение нуждемости их в стационарном и санаторно-курортном лечении.

При госпитале создана выездная бригада врачей, которая ежегодно в порядке очередности проводит осмотр инвалидов Отечественной войны в 3—4 районах области.

Начиная с 1972 г. количественный состав инвалидов остается постоянным. Что касается степени инвалидности, то в связи с возрастными изменениями, присоединением различных заболеваний увеличивается число инвалидов I и II групп. Если в 1972 г. инвалиды I и II групп составляли 34%, то в 1977 г. — 72%. Соответственно уменьшается численность работающих инвалидов: с 33% в 1976 г. до 25% в 1977 г. Среди инвалидов III группы работающие составляют 78%, II группы — 22%, I груп-пы — 4%.

С каждым годом увеличивается и улучшается диспансеризация инвалидов: в 1972 г. диспансеризованы 56%; в 1973 г. — 83,1%; в 1974 г. — 91%; в 1975 г. — 98%; в 1976 — 98,2% и в 1977 г. — 98,2%.

Ежегодные профилактические осмотры и данные госпитализации показывают, что основным страданием, по поводу которого лечится инвалид, чаще всего являются не последствия травм военного време-ни, а атеросклеротические заболева-ния сердечно-сосудистой системы и за-болевания легких.

В приводимой рядом таблице пред-ставлена нуждемость инвалидов в ста-ционарном лечении по профилю заболе-вания.

В 1972 г. нуждались в стационар-ном лечении 21% инвалидов Отече-ственной войны, а в 1977 г. — 34,8%.

В 1977 г. врачами госпиталя сдела-но 57 выездов в районы области для оказания консультативной и организационно-методической помощи. На больничных советах и врачебных конференциях обсуждались отчеты о консультативной работе, принимались предложения, направленные на улучшение медицинского обслуживания инвалидов.

Увеличивается возможность лечения инвалидов в санаториях. Если в 1972 г. были направлены на санаторно-курортное лечение 5,8% инвалидов, то в 1977 г. — 12,2%.

В 1977 г. зарегистрировано 20 790 амбулаторных посещений госпиталя инвалида-ми, в том числе 47% — сельскими жителями. На бесплатное амбулаторное лечение израсходована 51 тыс. рублей, что составляет в среднем 6 рублей на одного инвалида.

Для более полного охвата инвалидов Отечественной войны стационарным лече-нием в области выделено 308 коек, в том числе 165 — в госпитале. В 1977 г. на ста-ционарном лечении находились 2922 инвалида, из них 55,2% — в госпитале. Подвер-гались оперативному лечению 8,3% больных. Больничная летальность составила 0,9%.

В стационаре проводится комплексное обследование инвалидов: лабораторное, рентгенологическое, функциональное. За последние годы улучшилась материальная база госпиталя. Наряду с лекарственной терапией больные получают физиотерапев-тическое лечение, массаж, ЛФК, санацию полости рта, протезирование.

В области созданы две школы передового опыта обслуживания инвалидов: на базе Димитровградской ЦРБ — для районных больниц и на базе поликлиники № 2 — для города Ульяновска. Проведены семинарские занятия с врачами, ответственными за лечение инвалидов.

УДК 617.584—001.5:616.72—009.12—089.197.1

### Проф. А. М. Пенькова и Ю. Г. Ларионов (Уфа). Предупреждение контрактур крупных суставов при диафизарных переломах костей голени

Изучены результаты лечения 32 больных в возрасте от 18 до 47 лет (все боль-ные — мужского пола) с несрастающимися диафизарными переломами костей голени.

У 19 из этих больных ранее было применено скелетное вытяжение с последую-щей иммобилизацией конечности гипсовой повязкой, у 8 — одномоментное сопостав-

ление костных отломков с наложением гипсовой повязки, у 3 — интрамедуллярный металлостеосинтез и у 2 — остеосинтез спицами.

У 17 больных, леченных перечисленными методами свыше 3 месяцев, образовались контрактуры коленного и голеностопного суставов, атрофия мышц конечности, рентгенологически определялся остеопороз, а у некоторых отмечалось сужение суставной щели голеностопного сустава.

Мы применили для лечения всех 32 больных с несрастающимися диафизарными переломами костей голени чрезкостный компрессионный и дистракционный остеосинтез аппаратом Илизарова и репонирующим аппаратом нашей конструкции. Компрессия продолжалась в среднем 3,5 месяца. После снятия аппарата 21 больному были наложены циркулярные гипсовые повязки на 2—3 недели для предотвращения деформации конечностей. Сращение костных отломков наступило у 28 пациентов, продолжают лечение 4.

Исходы лечения в сроки от 6 до 9 месяцев изучены у 5 пациентов, в сроки от 1 до 7 лет — у 23. Трудоспособность восстановилась у 28 больных. У 11 больных, которых до применения чрезкостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза лечили другими методами свыше 3 месяцев, обнаружено стойкое ограничение объема движений в голеностопном суставе повреждавшейся конечности на 10—30°. У 4 больных выявлено ограничение сгибания в коленном суставе на 10—15°, а у 9 — атрофия мышц бедра и голени. У больных, которым компрессионно-дистракционные аппараты накладывали в первые 3 месяца после перелома костей голени, каких-либо отклонений со стороны опорно-двигательного аппарата в отдаленные сроки не выявлено.

Таким образом, чрезкостный компрессионный и дистракционный остеосинтез является эффективным средством предупреждения контрактур крупных суставов и других анатомо-функциональных изменений в суставах и мышцах при диафизарных переломах костей голени, но его нужно применять вскоре после поступления больного на лечение или, в крайнем случае, в первые 2—3 месяца (при нарушении мозолеобразования). Если в больнице не освоена методика чрезкостного остеосинтеза, больных, у которых в указанные сроки не наступило мозолеобразование, необходимо переводить в специализированные отделения.

УДК 616.831+617.518] — 001—02:616.151.5

#### Е. М. Евсеев (Казань). Феномен несвертываемости крови как следствие острой черепно-мозговой травмы

Мы наблюдали 2 больных, у которых в результате острой черепно-мозговой травмы развился феномен несвертываемости крови. В литературе нами не обнаружено описания подобных случаев.

Ж., 40 лет, доставлена в отделение через 6 ч после автотравмы, с клинической картиной тяжелого черепно-мозгового повреждения. Кожные покровы чистые, бледные, пульс 70 уд. в 1 мин, удовлетворительного напряжения. АД 110/60 мм рт. ст., дыхание ритмичное. Внутренние органы и опорно-двигательный аппарат без грубых травматических повреждений.

Неврологический статус: сознание утрачено (сопор с переходом в кому), анисокория, симптомы орального автоматизма. Активные движения в конечностях отсутствуют, тонус мышц диффузно снижен. На эхоэнцефалограмме определяется смещение срединных структур мозга вправо на 7,5 мм. Диагностирован ушиб головного мозга тяжелой степени, внутримозговая гематома в правой теменной области. Произведено оперативное вмешательство и удалена субдуральная гематома указанной локализации.

Коагулограмма на 4-е сутки после травмы: протромбиновый индекс — плазма не свернулась, тромботест — I ст., фибриноген — плазма под действием тромбина не свернулась, время рекальцификации — плазма не свернулась, фибриноген B+++ , тест гелификации протамин-сульфатом +++ , время свертывания по Ли — Уайту — сгустка не образовалось. Количество тромбоцитов —  $27,3 \cdot 10^4$  в 1 мкл. Тромбоэластограмма — сгустка не образовалось. Билирубин крови с гепарином — 5,1 мкмоль/л, тимоловая проба отрицательна, общий белок — 49 г/л, остаточный азот крови — 58,6 мкмоль/л, мочевины крови — 9,7 мкмоль/л.

Течение послеоперационного периода осложнилось двусторонней пневмонией, отеком головного мозга и нарастающей сердечно-сосудистой недостаточностью, и на 8-е сутки от момента травмы наступила смерть.

Данные аутопсии: головной мозг отечен и имbibирован кровью, множество мелкоточечных кровоизлияний во всех отделах, множественные кровоизлияния в паренхиматозные органы, абсцидирующая пневмония с участками геморрагий в ткань легкого.

А., 8 лет, получил множественные слепые огнестрельные ранения дробью в правую половину лобной области. Коагулограмма на 3-й день после травмы: протромбиновый индекс — плазма не свернулась в течение 72 мин, время рекальцификации — плазма не свернулась в течение 75 мин, тромботест — I ст., фибриноген — плазма не свернулась, фибриноген B+++ , время свертывания по Ли — Уайту — сгусток не