

2. При соблюдении режима питания и отсутствии выраженных постгастрорезекционных расстройств лица интеллектуального труда и большинство оперированных, занятых легким физическим трудом, через 3 мес после резекции желудка без особого ущерба для здоровья могут работать по своей прежней профессии.

3. Лица тяжелого физического труда в зависимости от состояния адаптационно-компенсаторных способностей организма через 3 мес после операции должны быть комиссованы по 2 или 3 группам инвалидности сроком на 1 год.

4. Через 1 год и позже после резекции желудка следует устанавливать ограниченные трудоспособности и — лишь в порядке исключения — 2-ю группу инвалидности в основном лицам интенсивного физического труда с наличием у них тяжелых постгастрорезекционных синдромов с выраженным расстройством пищеварения и питания.

Экспертиза трудоспособности, проведенная Никольской районной ВТЭК в 1972—1973 гг. с учетом названных рекомендаций, показала возможность снижения инвалидности в ближайшие 2—5 лет после резекции желудка в 3,5—4 раза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Карамышев Ф. И. Клиника и трудоспособность после резекции желудка при язвенной болезни. М., Медицина, 1954.— 2. Пушкарь Н. С., Закашанский И. Г. В кн.: Врачебно-трудовая экспертиза, восстановительное лечение и трудоустройство инвалидов. Киев, 1967.

Поступила 5 сентября 1978 г.

УДК 616.71—018.46—002:616.14—07

### О ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

А. В. Барский, Н. П. Семенов, В. И. Тренин, В. И. Эткин,  
М. А. Барская

*Кафедра общей хирургии (зав. — проф. А. В. Барский) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова*

**Реферат.** Изучено венозное кровообращение у 94 больных с хроническим остеомиелитом костей голени с помощью флебографии, флеботонометрии и реографии. Обнаружены явления венозной недостаточности, причинами которой были тромботические изменения в глубоких венах и их последствия.

**Ключевые слова:** остеомиелит трубчатых костей, хроническая венозная недостаточность, флебография, флеботонометрия, реография.

3 иллюстрации. Библиография: 2 названия.

Несмотря на значительный прогресс в терапии гнойных хирургических заболеваний, результаты лечения хронического остеомиелита не могут полностью удовлетворить хирургов. Длительное течение хронического остеомиелита, частые рецидивы послужили основанием для определения хронического остеомиелита как «трофической костной язвы» [1], так как течение его сходно с течением трофических язв, возникающих вследствие нарушения венозного оттока. Однако значение изменений в сосудистой, особенно в венозной, системе пораженной конечности при хроническом остеомиелите исследовано совершенно недостаточно.

Для изучения венозной системы при хронических остеомиелитах костей голени мы использовали внутривенную функционально-динамическую флебографию (в вертикальном положении больных), флебоманометрию и функциональную реографию. Исследования выполнены у 94 больных.

У 69 пациентов перед флебографией была выполнена флеботонометрия ртутным манометром с использованием функциональных проб (ходьба на месте и проба Вальсальвы). У 52 больных произведена функциональная реография по Ю. Н. Левашову (1966), основанная на регистрации дыхательных волн при форсированном дыхании и при пробе Вальсальвы и позволяющая дифференцировать тромботическую окклюзию глубоких вен от клапанной недостаточности. Для оценки венозного кровенаполнения и оттока мы использовали следующие показатели реографических кривых: 1) реографический индекс (РИ); 2) время катакrotического спуска ( $\beta$ ); 3) отношение времени анакrotического подъема ( $\alpha$ ) и катакrotического спуска ( $\alpha : \beta$ ); 4) величину угла наклона реографической кривой (угол  $\beta$ ).

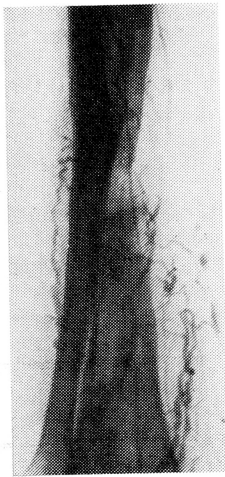


Рис. 1.

Флебограмма больного К., 43 лет. Диагноз: хронический посттравматический остеомиелит правой голени в средней трети и тромбоз глубоких вен

повышение ВД до  $10,9 \pm 0,3$  кПа ( $P < 0,01$ ). Ходьба на месте снижала давление только до  $9,6 \pm 0,6$  кПа ( $P < 0,01$ ). Реографический индекс в этой группе на пораженной конечности равнялся  $0,677 \pm 0,042$  ( $P < 0,2$ ), время  $\beta$  было увеличено до  $0,640 \pm 0,024$  с ( $P < 0,01$ ), угол  $\beta$  составлял  $78,3 \pm 0,45^\circ$  ( $P < 0,01$ ). На реограммах отмечалось появление дыхательных волн высотой 5—12 мм. Это можно объяснить тем, что, наряду с сегментарным тромбозом, в других глубоких венах разрушен клапанный аппарат и по всем венам волна повышенного давления при дыхании распространяется к периферии, приводя к изменению кровенаполнения конечности.

3-я группа объединяла 23 больных, у которых при флебографическом исследовании были установлены изменения, свидетельствующие о реканализации глубоких вен после ранее перенесенного тромбоза (см. рис. 3). Клапанный аппарат глубоких вен у больных этой группы оказался разрушенным, наблюдалась недостаточность коммуникационных вен. ВД было повышено до  $11,0 \pm 0,2$  кПа ( $P < 0,01$ ), а при пробе Вальсальвы возрастало до  $13,9 \pm 0,4$  кПа ( $P < 0,01$ ), что указывало на выраженную клапанную недостаточность глубоких вен. Реографический индекс в этой группе больных снижался на пораженной конечности до  $0,68 \pm 0,24$  ( $P < 0,02$ ), время  $\beta$  удлинилось до  $0,560 \pm 0,042$  с ( $P < 0,05$ ), угол  $\beta$  был увеличен до  $76^\circ 21' \pm 0,43'$  ( $P < 0,01$ ). Функциональные пробы вызывали появление на реограмме дыхательных волн высотой 12—20 мм, размах которых соответствовал повреждению клапанного аппарата, выявленному при флебографии.

К 4-й группе отнесены 28 больных, у которых при флебографическом исследовании не было найдено выраженных органических изменений в венозной системе пораженных остеомиелитом костей голени. Однако флеботономанометрия у больных данной группы выявила клапанную недостаточность глубоких вен и неполноценность коммуникационных вен. ВД при пробе Вальсальвы повышалось до  $12,3 \pm 0,4$  кПа ( $P < 0,05$ ), а при ходьбе на месте снижалось только до  $8,6 \pm 0,5$  кПа ( $P < 0,01$ ).

В зависимости от выявленных нарушений в венозной системе нижних конечностей обследованные больные разделены на 4 группы.

1-ю группу составили 19 больных, у которых был обнаружен тромбоз глубоких вен голени на всем протяжении (см. рис. 1). У них на флебограммах отсутствовало изображение глубоких вен и отток осуществлялся только по поверхностным венам. По данным флеботономанометрии на пораженной конечности венозное давление (ВД) было повышено до  $11,1 \pm 0,3$  кПа ( $P < 0,01$ ), при пробе Вальсальвы давление не повышалось, а ходьба на месте вызывала незначительное снижение ВД до  $9,7 \pm 0,5$  кПа ( $P < 0,01$ ). На реограммах отмечено значительное снижение реографического индекса — до  $0,630 \pm 0,049$  ( $P < 0,01$ ), увеличение времени катакrotического спуска до  $0,66 \pm 0,49$  с ( $P < 0,01$ ) и угла  $\beta$  до  $79^\circ \pm 1,5'$  ( $P < 0,01$ ). Соотношение  $\alpha : \beta$  уменьшилось до 1 : 5,23. При проведении функциональных проб у больных этой группы дыхательные волны на реограммах не появлялись: тромбы в глубоких венах препятствовали распространению волны повышенного давления как при натуживании, так и при форсированном дыхании. Кровенаполнение конечности при этом остается неизменным.

2-я группа включала 24 больных, у которых при флебографии диагностирован сегментарный тромбоз глубоких вен голени на уровне остеомиелитического очага (см. рис. 2). При наличии тромбоза одной из глубоких вен наблюдались изменения и в других венозных стволах — нечеткое контрастирование клапанного аппарата, недостаточность коммуникационных вен.

При флеботономанометрии на пораженной конечности выявлено



Рис. 2.

Флебограмма больного Ш., 31 года. Диагноз: хронический посттравматический остеомиелит правой голени в средней трети и сегментарный тромбоз глубоких вен в области остеомиелитического очага.

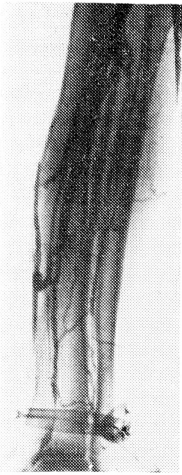


Рис. 3.

Флебограмма больного Н., 36 лет. Диагноз: хронический гематогенный остеомиелит левой голени в средней трети с полной реканализацией глужбоких вен.

ко в мягких тканях, но и в кости. Наряду с этим местные нарушения венозной гемодинамики приводят к ослаблению гуморальных связей и к снижению концентрации лекарственных веществ в воспалительном очаге.

В связи с изложенным в комплекс мероприятий, применяемых для лечения больных остеомиелитом, необходимо включать средства, направленные на профилактику и терапию тромботических осложнений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Корнев П. Г. В кн.: Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. М., т. 2.— 2. Левашов Ю. Н. В сб.: Труды Всеросс. конф. хирургов по флебологии. Саратов, 1966:

Поступила 26 декабря 1978 г.

УДК 617.52—001—089.

### О СРОКАХ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ЛИЦА

*Л. А. Кольцова, И. А. Давудов*

*Кафедра хирургической стоматологии (зав. — проф. Л. А. Кольцова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и городская клиническая больница № 15 (главрач — Л. А. Баранчикова)*

**Реферат.** Проанализированы результаты лечения больных со множественными и сочетанными повреждениями лицевого черепа и закрытой черепно-мозговой травмой. Ввиду того, что челюстно-лицевые хирурги проявляют известную осторожность из-за боязни утяжеления общего и неврологического статуса, пребывание больных в стационаре удлиняется. Предложено приблизить сроки оказания специализированной помощи этому контингенту больных, что улучшит функциональный эффект челюстно-жевательного аппарата и уменьшит длительность нетрудоспособности.

**Ключевые слова:** множественные сочетанные переломы костей лицевого черепа, лечение.

2 таблицы.