

ществляется путем катетеризации и введения однократной свежеситратной крови и кровезаменителей. При декомпенсации функции дыхания делается интубация, дается азотно-кислородный наркоз с управляемым дыханием. Для борьбы с ацидозом вводится 5% раствор гидрокарбоната натрия и другие средства.

Рентгенграфия производится чаще всего после предварительного обезболивания, а у отдельных больных — под наркозом.

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

К выбору методов лечения множественных и сочетанных повреждений следует подходить строго индивидуально. В больнице скорой медицинской помощи применялись как консервативные методы лечения — у 347 (55,3%) больных, так и оперативные — у 280 (44,7%).

Ведущее место в лечении множественных переломов всех локализаций заняло скелетное вытяжение — у 303 (48,3%) пострадавших, с последующим наложением гипсовой повязки — у 241 (38,4%), лечение переломов только гипсовой повязкой — у 324 (51,7%).

Было прооперировано 280 человек: первичный остеосинтез применен у 43 (15,4%) пострадавших, отсроченный (через 2—4 нед после травмы) — у 237 (84,6%). 190 (67,9%) больным были произведены открытая репозиция и остеосинтез с помощью спиц или погружными фиксаторами. В последние 3 года (252 случая) у этого контингента лиц стал шире использоваться компрессионно-дистракционный остеосинтез — у 81 (32,1%) больных. Особенно эффективен чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез при лечении больных с открытыми и внутрисуставными переломами, поскольку он позволяет рано активизировать больного, осуществлять профилактику гипостатических осложнений, а следовательно уменьшить срок лечения и число больных, нуждающихся в переводе на инвалидность.

При лечении открытых переломов с помощью внеочаговых аппаратов одновременно со стабильной фиксацией отломков создаются хорошие условия для ухода за раной мягких тканей, что значительно уменьшает число гнойных осложнений и сохраняет функцию смежных суставов.

При сочетании перелома длинных трубчатых костей с черепно-мозговой травмой выполнение чрескостного остеосинтеза уменьшает количество гипостатических осложнений, ускоряет процесс реабилитации и способствует раннему восстановлению функции конечности.

Сроки фиксации отломков костей компрессионно-дистракционным аппаратом зависели от тяжести травмы, локализации перелома, величины смещения отломков, точности репозиции, обширности повреждения мягких тканей, возникающих осложнений (30—240 дней). Период стационарного лечения колебался в широких пределах, средний койко-день составил 38,9. Изучение ближайших результатов лечения множественных и сочетанных повреждений показало, что выздоровели 90,1% пострадавших.

УДК 616.5—001.17+616.71—001.5]—003.9—074.963.1

В. М. Мирошников, Л. В. Куглер, Е. И. Доронин, А. А. Ныркин (Астрахань). Белки «острой фазы» при заживлении переломов костей и ожоговых ран кожи

Определяли содержание С-реактивного белка (С-РБ) и α_2 -гликопротеина в сыворотке крови больных с переломами костей (78 чел.) и с ожогами кожи (26).

При переломах независимо от срока наблюдения и масштаба повреждения С-РБ был выявлен у 79,5% больных, при ожогах — у 92,3%; α_2 -гликопротеин — соответственно у 51,3% и 50,0% (без учета пола пациентов). Выборочный анализ случаев выявления α_2 -гликопротеина в зависимости от пола показал, что у женщин, он определяется гораздо чаще: при переломах — у 77,0% и ожогах — у 60%. Аналогичный половой деморфизм у травматологических больных отмечен также в частоте обнаружения α_2 -гликопротеина.

При обширных термических поражениях кожи (от 10 до 55%) и глубоких (I—II—III) ожогах α_2 -гликопротеин в сыворотке крови женщин определялся также чаще, чем при анализе без учета пола (соответственно 60% и 52,0%). При локальных поражениях кожи, не вызвавших развитие ожоговой болезни, α_2 -гликопротеин был обнаружен лишь у 33,0% мужчин данной группы, что примерно соответствует частоте обнаружения этого белка у доноров без учета пола. Необходимо однако заметить, что из 6 мужчин с открытыми переломами костей голени, бедра и таза α_2 -гликопротеин был выявлен у каждого из них, в то время как С-РБ — лишь у 3.

У больных с ожогами (42,0% были в возрасте до 14 лет) частота обнаружения α_2 -гликопротеина была выше (73,0%), чем у пациентов более старшего возраста (33,3%). Возрастной зависимости при идентификации С-РБ не выявлено.

При ожогах кожи, как и при переломах (С-РБ) определялся чаще (91,6%) на

ществляется путем катетеризации и введения одноклассной свежеситратной крови и кровозаменителей. При декомпенсации функции дыхания делается интубация, дается азотно-кислородный наркоз с управляемым дыханием. Для борьбы с ацидозом вводится 5% раствор гидрокарбоната натрия и другие средства.

Рентгенграфия производится чаще всего после предварительного обезболивания, а у отдельных больных — под наркозом.

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

К выбору методов лечения множественных и сочетанных повреждений следует подходить строго индивидуально. В больнице скорой медицинской помощи применялись как консервативные методы лечения — у 347 (55,3%) больных, так и оперативные — у 280 (44,7%).

Ведущее место в лечении множественных переломов всех локализаций заняло скелетное вытяжение — у 303 (48,3%) пострадавших, с последующим наложением гипсовой повязки — у 241 (38,4%), лечение переломов только гипсовой повязкой — у 324 (51,7%).

Было прооперировано 280 человек: первичный остеосинтез применен у 43 (15,4%) пострадавших, отсроченный (через 2—4 нед после травмы) — у 237 (84,6%). 190 (67,9%) больным были произведены открытая репозиция и остеосинтез с помощью спиц или погружными фиксаторами. В последние 3 года (252 случая) у этого контингента лиц стал шире использоваться компрессионно-дистракционный остеосинтез — у 81 (32,1%) больных. Особенно эффективен чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез при лечении больных с открытыми и внутрисуставными переломами, поскольку он позволяет рано активизировать больного, осуществлять профилактику гипостатических осложнений, а следовательно уменьшить срок лечения и число больных, нуждающихся в переводе на инвалидность.

При лечении открытых переломов с помощью внеочаговых аппаратов одновременно со стабильной фиксацией отломков создаются хорошие условия для ухода за раной мягких тканей, что значительно уменьшает число гнойных осложнений и сохраняет функцию смежных суставов.

При сочетании перелома длинных трубчатых костей с черепно-мозговой травмой выполнение чрескостного остеосинтеза уменьшает количество гипостатических осложнений, ускоряет процесс реабилитации и способствует раннему восстановлению функции конечности.

Сроки фиксации отломков костей компрессионно-дистракционным аппаратом зависели от тяжести травмы, локализации перелома, величины смещения отломков, точности репозиции, обширности повреждения мягких тканей, возникающих осложнений (30—240 дней). Период стационарного лечения колебался в широких пределах, средний койко-день составил 38,9. Изучение ближайших результатов лечения множественных и сочетанных повреждений показало, что выздоровели 90,1% пострадавших.

УДК 616.5—001.17+616.71—001.51—003.9—074.963.1

В. М. Мирошников, Л. В. Куглер, Е. И. Доронин, А. А. Ныркин (Астрахань). Белки «острой фазы» при заживлении переломов костей и ожоговых ран кожи

Определяли содержание С-реактивного белка (С-РБ) и α_2 -гликопротеина в сыворотке крови больных с переломами костей (78 чел.) и с ожогами кожи (26).

При переломах независимо от срока наблюдения и масштаба повреждения С-РБ был выявлен у 79,5% больных, при ожогах — у 92,3%; α_2 -гликопротеин — соответственно у 51,3% и 50,0% (без учета пола пациентов). Выборочный анализ случаев выявления α_2 -гликопротеина в зависимости от пола показал, что у женщин, он определяется гораздо чаще: при переломах — у 77,0% и ожогах — у 60%. Аналогичный половой диморфизм у травматологических больных отмечен также в частоте обнаружения α_2 -гликопротеина.

При обширных термических поражениях кожи (от 10 до 55%) и глубоких (I—II—III) ожогах α_2 -гликопротеин в сыворотке крови женщин определялся также чаще, чем при анализе без учета пола (соответственно 60% и 52,0%). При локальных поражениях кожи, не вызвавших развитие ожоговой болезни, α_2 -гликопротеин был обнаружен лишь у 33,0% мужчин данной группы, что примерно соответствует частоте обнаружения этого белка у доноров без учета пола. Необходимо однако заметить, что из 6 мужчин с открытыми переломами костей голени, бедра и таза α_2 -гликопротеин был выявлен у каждого из них, в то время как С-РБ — лишь у 3.

У больных с ожогами (42,0% были в возрасте до 14 лет) частота обнаружения α_2 -гликопротеина была выше (73,0%), чем у пациентов более старшего возраста (33,3%). Возрастной зависимости при идентификации С-РБ не выявлено.

При ожогах кожи, как и при переломах (С-РБ) определялся чаще (91,6%) на

5—15-й день, в то время как α_2 -гликопротеин — в первые 5 дней после травмы (80,0%).

В сыворотке крови основной массы как травматологических, так и ожоговых больных С-РБ и α_2 -гликопротеина выявлялись длительное время, в ряде случаев даже после полного клинического выздоровления и выписки из стационара. Следовательно, содержание белков «острой фазы» связано не только с деструкцией тканей и воспалением, но и с восстановительными процессами.

Таким образом, определение и сопоставление при травмах таких белков «острой фазы», как С-РБ и α_2 -гликопротеин, весьма целесообразно, поскольку, находясь в сыворотке крови больных в течение всего периода заживления, они отражают не только явления деструкции и воспаления, но и восстановительные процессы в тканях.

УДК 617.51—001.036.8—06:616.89—008.46

А. С. Осетров, А. З. Багаудинова (Устинов). Кратковременная память у больных с последствиями черепно-мозговой травмы

Изучена кратковременная память у больных, перенесших черепно-мозговые травмы, с помощью теста из 10 слов. Поскольку мнестическая деятельность зависит от внимания и мотивационно-эмоциональных состояний, то у больных мы исследовали внимание с помощью корректурной пробы Бурдона и особенности личности методом многостороннего обследования личности.

Под наблюдением находились 53 больных (16 мужчин и 37 женщин в возрасте от 16 до 50 лет) с последствиями черепно-мозговой травмы, которые жаловались на ухудшение памяти. У 27 из них в остром периоде травмы было диагностировано сотрясение, а у 26 — ушиб головного мозга. У 39 пострадавших констатирована легкая степень, у 7 — травма средней тяжести, у 7 — тяжелая степень черепно-мозговой травмы. Давность травмы к моменту обследования составляла от 1,5 мес до 5 лет.

42 (79,2%) из 53 больных отмечали ухудшение памяти на текущие события, 2 (3,8%) — на прошлые, 9 (17,0%) — на текущие и прошлые события, при этом они жаловались также на головную боль, быструю утомляемость, повышенную раздражительность, ухудшение сна.

В неврологическом статусе у 37 (69,8%) больных определялось одно- или двусторонняя пирамидная микросимптоматика, чаще в сочетании с недостаточностью глазодвигательных и (или) кохлеовестибулярных нервов. Изолированное нарушение глазодвигательной или кохлеовестибулярной иннервации выявлено у 5 (9,4%) обследованных. У 11 (20,8%) пациентов признаков поражения анимальной нервной системы не было. Ведущим клиническим синдромом у 36 больных была головная боль, у 8 — астенический синдром, у 5 — вестибулокохлеарные нарушения, у 4 — синдром вегетососудистой дистонии.

Больных обследовали в первые дни поступления в клинику на фоне полной отмены приема каких-либо лекарств в течение 7—10 дней. В контрольную группу вошли 15 здоровых лиц (мужчин — 4 и женщин — 11) аналогичного возраста.

Показатели непосредственного и отсроченного воспроизведения кратковременной памяти у больных оказались близкими к соответствующим показателям здоровых лиц ($P > 0,05$). Кривая запоминания у обследованных с травмой носила, как и в норме, восходящий характер, однако при анализе системы активного поиска способов запоминания было отмечено, что у больных с травмой при непосредственном и отсроченном воспроизведении точный порядок слов встречается реже ($P < 0,05$), а значительное изменение порядка слов, наоборот, чаще ($P < 0,05$), чем у здоровых лиц.

Статистически достоверных различий в показателях точности по корректурной пробе Бурдона у больных с последствиями черепно-мозговой травмы и здоровых лиц не определялось. Продуктивность же работы у лиц с травмой была ниже, чем в контрольной группе ($P < 0,05$).

Полученные результаты показывают, что у больных с последствиями черепно-мозговой травмы, жалующихся на ухудшение памяти, количество воспроизводимых слов обычно является вполне удовлетворительным, лишь в ряде случаев имеются нарушения в фиксации следов воспринятого (при последствиях тяжелой травмы), а также в системе активного поиска способов запоминания и в аппарате слухения. Поскольку в любом деле (и в производстве) важен прежде всего конечный результат, а не способы выполнения задания, мы склонны считать, что существенные нарушения кратковременной памяти для большинства людей с последствиями черепно-мозговой травмы не характерны. Существенное значение в рациональной терапии таких больных должно отводиться коррекции их эмоциональной сферы (транквиляторы, антидепрессанты и др.).

УДК 616.988.23—085.835.3

А. Ф. Краснов, Н. Ф. Давыдкин, А. П. Чернов, Л. А. Орлова (Куйбышев). Применение гипербарической оксигенации у больных с последствиями полиомиелита

Гипербарическая оксигенация была включена нами в комплексное лечение 82 пациентов с последствиями полиомиелита. Изучены также архивные материалы о 82 боль-