

ных разреза мягких тканей до икроножной мышцы. Температура тела 39°. В моче 0,3% белка. Лейкоцитоз 11 400. РОЭ 78 мм/час.

Больной получал антибиотики (пенициллин, мономицин, стрептомицин), сосудорасширяющие средства, витамины комплекса В; ему неоднократно переливали кровь, вводили глюкозу внутривенно, противостолбнячную и противогангренозную сыворотку, делали паранефральные новокаиновые блокады. 20/VI внутривенно капельно влило 20 000 ед. фибринолизина с гепарином (20 000 ед.). 21/VI увеличился отек голени. Температура повысилась до 39,2°. Произведен дополнительный продольный разрез на голени. Мышцы на разрезе желто-бурого цвета, не кровоточат, безболезненны. 22/VI от повязок и ран зловонный запах. Стопа холодная, бледная. Температура 39,5°. Общее состояние тяжелое. Под эфирно-кислородным наркозом произведена ампутация бедра на уровне дистальной трети. Просвет артерии на уровне усечения затромбирован.

В послеоперационном периоде было нагноение раны. Заживление вторичным натяжением. 27/VIII 1966 г. на 72-й день после травмы А. выписан в удовлетворительном состоянии.

У всех 3 наблюдавшихся нами больных действия врачей в направлении разрешения основной причины прогрессирующей гангрены конечности были предприняты с большим опозданием, когда уже не оставалось никакой надежды на успех восстановительной операции на поврежденной артерии. Неудовлетворительные исходы длительного консервативного лечения больных с осложненными вывихами голени убеждают в необходимости ранних активных действий с целью восстановления кровотока в поврежденной подколенной артерии.

УДК 616—036—86—616—089

ОТДАЛЕННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Н. М. Хайкинсон

Кафедра ортопедии и травматологии (зав.—проф. Л. И. Шулуток) и кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.—доц. Я. И. Тарнопольский) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В 1946—1948 гг. мы занимались изучением эффективности восстановительного лечения инвалидов Отечественной войны по материалам Казанского института ортопедии и восстановительной хирургии (директор — проф. Л. И. Шулуток) и проанализировали 1433 истории болезни. В институт направлялись больные-хроники, у которых к первичному процессу присоединилось множество разнообразных наслоений. Это были нетрудоспособные больные, в большинстве своем инвалиды, при лечении которых были испробованы различные методы. Распределение больных по диагнозам представлено в табл. 1.

Таблица 1

Диагноз	Число больных	Процент
Огнестрельный остеомиелит	622	43,4
Рубцово-трофические язвы	205	14,3
Болезни и дефекты культей	199	13,9
Инородные тела	116	8,1
Ложные суставы	80	5,6
Прочие болезни	211	14,7
Всего	1433	100,0

Для более обоснованного и правильного суждения о результатах лечения инвалидов нами было предложено деление исходов на местные и общие. К местным отнесены исходы, касающиеся отдельных компонентов последствий ранения (боль, свищи и язвы, инородные тела, деформация органов и подготовка к протезированию), к общим — состояние здоровья, функции органа и трудоспособность инвалида.

Ближайшую эффективность лечения инвалидов в институте мы имели основание считать хорошей по местным исходам и вполне обнадеживающей — по общим. Однако для получения более ясной картины понадобилось хотя бы у части инвалидов определить отдаленные результаты. Нам удалось получить материалы обследования 596 инвалидов во втором году после лечения. Результаты приведены в табл. 2.

Таблица 2

Результат лечения	Число инвалидов	Процент
Хороший	204	34,2
Удовлетворительный	208	34,9
Без эффекта	176	29,5
Ухудшение	8	1,4
Всего	596	100,0

Однако данные оценки в значительной степени субъективны. Поэтому мы решили ввести числовое обозначение каждого компонента, характеризующего состояние инвалида. Сущность предложенной системы оценки по местным исходам заключается в том, что благоприятное положение обозначается цифрой 3, а неблагоприятное, в зависимости от степени, — 2, 1 и 0. По нашей системе здоровый человек получает три балла по каждому компоненту, что в сумме (на пять компонентов местных исходов) составляет 15. По общим исходам мы также ввели градацию от 15 до 0. Для каждого больного можно высчитать сумму баллов по местным и общим исходам вместе, что будет характеризовать общее состояние инвалида. Система баллов придала нашим критериям объективный характер. Это особенно ценно, когда сопоставляется состояние больных до лечения, сразу после лечения и на отдаленных этапах наблюдения. Надо иметь в виду, что в клинко-статистическом исследовании мы должны определить и охарактеризовать состояние большого числа людей. Очевидно, состояние группы инвалидов будет определяться суммой баллов, которыми оценены местные и общие компоненты, и числовое выражение коэффициента этого состояния можно выразить частным от деления суммы баллов на число инвалидов:

$$\frac{M + O}{И}$$

Обозначив исходное состояние, в котором инвалиды поступили на лечение (первичное состояние), буквой K_0 , мы получим формулу:

$$K_0 = \frac{M + O}{И},$$

где K_0 — коэффициент первичного состояния,
 M — местные компоненты, выраженные в баллах,
 O — общие компоненты, выраженные в баллах,
 $И$ — число инвалидов.

На нашем материале этот коэффициент выразился следующими цифрами:

$$K_0 = \frac{5033 + 2100}{596} = 12,0.$$

В результате восстановительного лечения происходят изменения анатомических условий, анатомические перемещения, приводящие инвалидов к состоянию, которое проф. Л. И. Шулуко рекомендовал назвать функциональным восстановлением (K).

Рассчитав этот показатель по такой же формуле, мы нашли, что

$$K = \frac{7188 + 2435}{596} = 16,1.$$

Ближайшая эффективность (при выписке больных), конечно, не могла быть достаточно высокой, так как еще не полностью проявилась приспособляемость инвалидов. Мы были вправе ждать большего числового показателя отдаленной эффективности, или коэффициента компенсаторного приспособления.

Теория и термин «компенсаторного приспособления» предложены советскими учеными К. И. Барышниковым, А. Л. Поленовым и другими в противовес немецкой теории «привыкания к дефекту».

Этот коэффициент, вычисленный через 2 года после лечения (K_2), получил у нас такое выражение:

$$K_2 = \frac{7225 + 4125}{596} = 19,0.$$

Напомним, что для здорового работоспособного человека K составило бы 30.

В наше время буквально вся литература, касающаяся инвалидов, пронизана вопросами восстановления их трудоспособности. Несмотря на это, когда назрел вопрос об изучении эффективности восстановительного лечения, мы встретили единственную статью о методике, принадлежащую Л. З. Хейфец, где автор предлагала пользоваться анатомо-функциональными показателями. Мы считаем, что наряду с анатомо-функциональными показателями одним из важных критериев состояния инвалида является трудоспособность.

Из 1433 инвалидов, лечившихся в институте¹, мы в настоящее время имеем сведения о 843 чел., собранные на сроках: от 1 до 4 лет — о 141 чел., от 5 до 9 — о 92, от 10 до 14 — о 88, от 15 до 19 — о 76, 20 лет — о 446.

Из 843 чел. умерли в разные годы 23, причины их смерти нами не установлены. 374 чел. выпали из нашего поля зрения в сроки от 1 до 19 лет. В настоящее время у нас есть адреса живущих в Казани и районах ТАССР 446 чел., которых мы имеем возможность вызывать для осмотра и определения результатов восстановительного лечения через 20 лет.

К настоящему моменту обследовано 186 чел., у которых

$$K_{20} = \frac{2455 + 1960}{186} = 23,7.$$

Таким образом при помощи предложенных нами формул мы определили следующие коэффициенты:

- 1) первичного состояния (K_0)=12,0;
- 2) функционального восстановления (K)=16,1;
- 3) компенсаторного приспособления через 2 года после лечения (K_2)=19,0;
- 4) компенсаторного приспособления через 20 лет (K_{20})=23,7.

Из 186 человек, обследованных через 20 лет после восстановительного лечения, 106 были обследованы и на втором году после лечения. Учитывая, что эта группа представляет наибольший интерес, мы рассчитали отдельно результаты их лечения и с удовлетворением должны отметить, что полученные коэффициенты эффективности оказались совершенно идентичными приведенным выше. Но как расценить эти показатели? Следуя примеру А. М. Меркова, давшего условные уровни для оценки демографических процессов, мы предложили бы при оценке эффективности лечения относить коэффициенты 25—29 к очень высокому результату, 20—24 — к высокому, 15—19 — к среднему, 10—14 — к низкому, 9 и менее — к очень низкому.

Результат восстановительного лечения на нашем материале (коэффициент 23,7) можно отнести к высокому.

Лучшему пониманию такого рода результата способствует характеристика сдвигов по отдельным местным и общим компонентам.

Боль является самым частым симптомом последствий ранений. Больше половины из числа проверенных нами инвалидов полностью избавлено от болей, у остальных же боль непостоянна и незначительна.

Из 186 человек, перенесших ранения, только у 8 есть свищи или язвы, у 24 они периодически открываются, а 154 чел. полностью избавлены от язв и свищей.

У большинства инвалидов, являвшихся носителями металлических осколков, они уже давно удалены.

У многих инвалидов остались неустраняемые контрактуры, деформации, укорочения или отсутствие конечности. Почти все такие инвалиды подготовлены к ношению протезов или ортопедической обуви. Из 186 обследованных функция органа восстановлена у 55, улучшена у 111, осталась без изменения у 19 и ухудшилась у одного.

Совсем не просто решать вопрос о состоянии здоровья, потому что с возрастом у многих возникли заболевания сердечно-сосудистой системы и др. Оценивая состояние здоровья, мы не игнорировали те болезни, которые могли явиться следствием перенесенной травмы, и в общем получили такие результаты: выздоровление — у 67 чел. (36,0%), улучшение — у 99 (53,2%), без изменения — у 17 (9,2%), ухудшение — у 3 (1,6%).

Особенно заметного роста достигли показатели трудоспособности. В известной мере об этом можно судить по изменениям степени инвалидности. В табл. 3 отражены результаты сопоставления групп инвалидности при поступлении на лечение в 1946—1947 гг. с имеющимися сейчас (в процентах).

Таблица 3

Группа инвалидности	При поступлении на лечение	Через 20 лет
Первая	3,3	3,2
Вторая	54,5	24,2
Третья	42,2	41,4
Сняты с инвалидности .	—	31,2

Наконец, несомненный интерес представляет занятость (табл. 4 на стр. 26).

Нужно также учесть, что некоторые инвалиды, числящиеся не работающими, выполняют посильную работу в индивидуальных садах и по дому, а некоторые являются активными общественниками.

¹ С 1960 г. директором КазНИИТО является ст. научн. сотр. У. Я. Богданович.

Таблица 4

Занятость	До лечения в институте		Через 20 лет	
	абс. число	процент	абс. число	процент
На квалифицированной работе . .	79	42,5	115	61,8
Учащиеся	5	2,7	—	—
На неквалифицированной работе .	15	8,1	28	15,1
Не работающие по состоянию здо- ровья	87	46,7	25	13,4
Не работающие по старости	—	—	18	9,7
Всего	186	100,0	186	100,0

Нам кажется, что рассмотренную методику исследования результатов восстановительного лечения с успехом можно использовать и для тех, кто получил производственные, бытовые и иные травмы, а также для больных и для оценки различных способов лечения при однородной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барышников К. И. Краткий курс травматологии в применении к практике врачебной экспертизы. ГИЗ, М., 1930; Журн. для усовершенств. вр., 1929, 11—12.—
2. Вигдорчик Н. А. Компенсаторное профессиональное приспособление. Медгиз, Л., 1934; Применение статистики в клинике (клинико-статистический метод). Медгиз, Л., 1945.—
3. Мерков А. М. Демографическая статистика. Медицина, М., 1965.—
4. Хайкинсон Н. М. Эффективность восстановительного лечения инвалидов Отечественной войны в условиях Казанского института ортопедии и восстановительной хирургии. Тр. ин-та, 1948, т. II; Анализ эффективности лечения инвалидов Отечественной войны в КазНИИТО. Тр. ин-та, 1949, т. III.—
5. Хейфец Л. З. Госп. дело, 1946, 1—2.

УДК 616.33—616—089.84

К ОЦЕНКЕ МЕХАНИЧЕСКОГО ШВА В ХИРУРГИИ ЖЕЛУДКА

Г. А. Хай

НИИ скорой помощи им. проф. И. И. Джанелидзе (Ленинград)

В СССР все более широкое распространение за последние годы получают механические шиватели, разработанные во ВНИИХАИ. Эти аппараты позволяют наложить тонкий, прочный и малотравматичный шов, в ряде случаев без вскрывания просвета желудка, сократить время операции и добиться заживления раны полого органа первичным натяжением [4]. Реактивность тканей на тантал выражена в меньшей мере, а сроки формирования и эпителизации рубцов короче, чем при использовании мягкого шовного материала [2]. Кровопотеря при механическом шве во время резекции желудка снижается по сравнению с ручным швом в два раза [1]. Использование механического шва в пластической хирургии желудка во многом устранило трудоемкость и неасептичность этих операций [3, 11, 12, 14]. Основным противопоказанием к применению аппаратов являются патологические изменения тканей [5]. Процент расхождений швов при резекции желудка с использованием шивателей снизился до 0,3 [7].

Наш опыт включает 54 операции на желудке. 37 больных оперированы автором статьи, а 17 — другими хирургами с его участием. В ходе 24 операций все этапы выполняли с помощью механических шивателей и при 30 операциях — один или два этапа вручную, а остальные с помощью аппаратов. К ручному формированию гастродуоденального анастомоза, а также наложению гастроэнтероанастомоза «конец в бок» прибегали из-за отсутствия подходящего для этой цели аппарата. В остальных случаях отказ от механического шва был обусловлен патологическими изменениями в стенке кишки или желудка.

Послеоперационный период в большинстве случаев протекал легче, чем при аналогичных операциях с использованием только ручного шва.

5 больных умерли после операции от различных осложнений, не связанных с механическим швом, а зависящих от тяжести патологического процесса и сопутствующих заболеваний у лиц пожилого возраста.