

1Б — у 44 (21%), 2Б — у 60 (30%), 2В — у 27 (13%), 3Б — у 13 (6%), 3В — у 25 (12%), 4 степени — у 4 (2%). Как видно, наблюдавшиеся нами больные в основном имели тяжелые травмы.

До поступления в стационар противошоковые мероприятия были начаты 22 больным, а первичная хирургическая обработка проведена лишь у 17 лиц. Во всех остальных случаях первую врачебную помощь ограничивали наложением асептической повязки, введением сердечных и обезболивающих средств и транспортной иммобилизацией.

При поступлении в приемный покой в первую очередь оценивали общее состояние пострадавшего и исходя из него назначали диагностические и лечебные мероприятия. При удовлетворительном общем состоянии больного транспортную иммобилизацию считали достаточной, асептическая повязка давала хорошую изоляцию раны от внешней среды, витальные функции организма не страдали. Такому больному производили дальнейшее обследование (рентгенографию поврежденного сегмента тела, экзонцефалографию и др.), затем выполняли первичную хирургическую обработку открытого перелома с лечебной иммобилизацией, вид которой выбирали в зависимости от характера и степени повреждения мягких тканей. Вводили противостолбнячную сыворотку, антистафилококковый анатоксин, брали из раны мазки и кровь на посев.

Группе больных, состояние которых было расценено как неудовлетворительное, начинали или продолжали ранее предпринятые реанимационные и противошоковые мероприятия, которые сочетали с лечебными и диагностическими. Из противошоковых мероприятий производили внутривенные и внутриаартериальные нагнетания крови и заменителей, вводили гормоны, сердечные средства, осуществляли остановку кровотечения из магистральных сосудов и новоканновые фулярные блокады, одновременно делали рентгенограммы в операционной переносным аппаратом, а также первичную хирургическую обработку.

Раннюю первичную хирургическую обработку (до 3 ч с момента повреждения) выполняли 138 больным. У 117 из них раны зажили первичным натяжением. В сроки от 3 ч до одних суток поступили 73 пострадавших. Из них лишь у 63 раны зажили первичным натяжением, у 6 — вторичным, у 4 больных развился остеомиелит.

На сроках более суток с момента травмы поступило 16 человек. Из них у 3 возник остеомиелит, а у 1 больного в связи с генерализацией воспалительного процесса произведена ампутация.

Непосредственно в приемном отделении 85 больным наложена гипсовая повязка, у 32 пострадавших ее сочетали с диафиксацией спицами. Скелетным вытяжением и последующим наложением гипсовой повязки лечили 76 человек. Аппараты Сиваша, Калнберза или Илизарова применяли первично в приемном покое у 16 больных с открытыми переломами длинных трубчатых костей. Накостный остеосинтез произвели 15, интрамедуллярный — 18 больным в основном с переломами бедренной кости.

Кроме хирургического назначали комплекс медикаментозного лечения (антибиотики, сульфаниламиды, витамины, седативные препараты), проводили специфическую профилактику гнойных осложнений стафилококковым анатоксином и физиотерапевтические процедуры.

Отдаленные исходы лечения прослежены у 138 пострадавших, из них у 36 — по материалам ВТЭК. Хороший результат получен у 108 (78,3%) больных. Лечение травматической болезни при открытом переломе сопровождалось длительным расстройством здоровья: 26 больных были признаны инвалидами II группы на период лечения и в последующем не смогли вернуться к своей работе, 5 больных стали инвалидами III группы.

УДК 616.718—001—082.8

А. А. Беляков, И. С. Капитанский (Саранск). Реабилитация инвалидов с последствиями переломов длинных трубчатых костей

Мы провели диспансерное наблюдение и восстановительное лечение 271 человека (116 мужчин и 105 женщин) с последствиями переломов длинных трубчатых костей. 184 (67,8%) человека, то есть преобладающее число обследованных, были в наиболее трудоспособном возрасте — от 20 до 50 лет. Наиболее часто инвалидность устанавливалась при последствиях переломов костей голени (55,7%), бедренной кости (16,2%), костей предплечья (14,4%) и плечевой кости (13,7%).

В структуре причин инвалидности во время первичного освидетельствования во ВТЭК первое место занимали замедленная консолидация, несросшиеся переломы и ложные суставы (62,0%), затем трофические язвы (11,4%), функциональные нарушения конечностей (8,9%), остеомиелиты (6,6%), неправильно сросшиеся переломы (5,2%), культы конечностей (3,7%) и травматические невриты (2,2%). I группа инвалидности определена у 3 (1,1%) человек, II — у 151 (55,7%), III — у 117 (43,2%).

Из 271 инвалида 180 (66,4%) нуждались в хирургическом лечении, 61 (22,5%) — в консервативном и 30 (11,1%) в обеспечении протезно-ортопедическими средствами.

Из 168 больных с замедленной консолидацией, несросшимися и неправильно сросшимися переломами, а также ложными суставами длинных трубчатых костей у 99 применили наружный и внутренний компрессионно-дистракционный остеосинтез. У 18 больных с посттравматическим остеомиелитом и наличием секвестров и свищей осуществи-

ли секвестротомию с последующим чрескостным компрессионным остеосинтезом аппаратом Илизарова.

Благоприятные результаты наблюдались при лечении трофических язв гелий-неоновым лазером. Из 31 больного у 19 были рубцово-трофические, у 8 — вазотрофические и у 4 — нейротрофические язвы. После курса лечения (20—25 сеансов) полное заживление язвенной поверхности отмечалось у 25 человек. У 6 больных через 25 дней провели повторный курс лечения (16—20 сеансов). Заживление язвенной поверхности наступило у 3 человек, а у других было заметное улучшение: исчезла воспалительная реакция, появились розовые грануляции, что создавало благоприятные условия для кожной пластики.

Функционально-восстановительное лечение (лечебная гимнастика, физические упражнения, механо- и трудотерапия) сочетали с массажем и физическими факторами воздействия.

Для рассасывания уплотненных параартикулярных тканей использовали физиотерапию с применением лидазы, ронидазы, хемотрипсина, гумизола, кортикостероидов, назначали АТФ, стекловидное тело, витаминные группы В. При тяжелой степени контрактур суставов гормональные и ферментативные препараты вводили в уплотненные параартикулярные ткани или внутрисуставно. Благоприятные результаты отмечались при воздействии постоянным магнитным полем в сочетании с внутрисуставным введением гормональных или ферментативных препаратов.

У ряда больных с контрактурами применяли оксигенотерапию и закрытые бескровные поэтапные ручные редрессации с кратковременной фиксацией специальными гипсовыми повязками, а также использовали аппарат Волкова—Оганесяна. После проведенного лечения у части больных полностью восстановились амплитуда движений в суставе и мышечная сила.

Протезно-ортопедические средства лечения назначали для постоянного и временного протезирования. Инвалиды с культями конечностей после предварительной подготовки обеспечивались протезами функционально-косметического назначения. Съемные тьюра и фиксирующие аппараты применяли у больных с недостаточно окрепшей костной мозолью при переломах нижних конечностей, а также у лиц, отказавшихся от операции по поводу ложного сустава.

На завершающем этапе реабилитации инвалидов важным фактором являлось санитарно-курортное лечение, которое получили 62 больных с функциональными нарушениями конечностей, травматическими невритами, трофическими язвами и после операции по поводу ложных суставов.

В системе реабилитации большое значение для развития компенсации нарушенных функций имело рациональное трудоустройство инвалидов в основном по месту прежней работы в промышленном и сельскохозяйственном производстве. Лишь небольшая группа лиц молодого возраста (12 чел.) со стойкими анатомическими дефектами или необратимыми функциональными нарушениями, не имевших квалификацию, была направлена для приобретения профессий, показанных по состоянию их здоровья.

Анализ клинико-экспертных исходов по данным ВТЭК показал, что после проведенной медицинской и социально-трудовой реабилитации произошли положительные сдвиги в динамике инвалидности. Так, при очередных переосвидетельствованиях во ВТЭК из трех инвалидов I группы два человека признаны трудоспособными, один переведен в III группу. Из 151 инвалида II группы 105 человек признаны трудоспособными, 27 стали инвалидами III группы, у 19 группа инвалидности осталась без изменений. Из 117 инвалидов III группы 78 человек признаны трудоспособными, у 39 группа инвалидности осталась прежней.

После медицинской и социально-трудовой реабилитации у 79 (29,2%) инвалидность закончилась в первые два года со дня первичного освидетельствования во ВТЭК, у 106 (39,1%) — в течение 3—5 лет и у 86 (31,7%) инвалидность продолжалась. Постоянная инвалидность была обусловлена наличием стойких анатомических дефектов или необратимых резко выраженных функциональных нарушений, а также присоединившимися сопутствующими заболеваниями.

Изучение фактической трудоспособности инвалидов в зависимости от их профессиональной деятельности показало, что после проведенной медицинской и социально-трудовой реабилитации 165 (60,9%) вернулись к своим прежним профессиям, 20 (7,4%) перешли на равноценную прежней работу, 67 (24,7%) снизили свою квалификацию и 19 (7,0%) человек не работали.

Следовательно, своевременное диспансерное наблюдение за больными с последствиями переломов длинных трубчатых костей, проведение лечебных мероприятий с рациональным трудоустройством позволяют в большинстве случаев компенсировать утраченные функции и восстановить трудоспособность инвалида.

УДК 616.728.3—089

П. П. Лактионов, А. Б. Анисимов (Ижевск). Фиксация иглой «суставной мышцы» коленного сустава

Найти свободное костно-хрящевое тело в полости коленного сустава нелегко. Нередко, особенно для начинающего хирурга, поиски «суставной мышцы» превращаются в сложную операцию.