

Канд. мед. наук К. Ф. Ягудин, Н. А. Савченко, доц. И. Д. Гордиевский, В. П. Мазуренко (Ворошиловград). Патология ЛОР-органов у гастроэнтерологических больных

Патологические изменения ЛОР-органов у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта встречаются довольно часто. Нами обследованы 107 больных (75 мужчин и 32 женщины) с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении городской больницы № 4 г. Ворошиловграда. У 74 из них была язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, у 15 — хронический холецистогепатит, у 7 — цирроз печени, у 7 — хронический панкреатит, у 2 — язвенный колит и у 2 — хронический гастрит со сниженной секреторной функцией.

У 32 из 74 пациентов с язвенной болезнью выявлены осложнения: кровотечение — у 28, пенетрация язвы — у 2, стеноз луковицы двенадцатиперстной кишки — у 1 и перфорация желудка — у 1. Резекция желудка была произведена у 10 больных в различные сроки от начала заболевания.

На сухость в горле жаловались 44 (41,1%) обследованных нами больных, на першение — 33 (30,8%), на боль в горле — 15 (14,0%), на частые ангины — 13 (12,1%), на затруднение носового дыхания и ринорею — 9 (8,4%), на снижение слуха — 6 (5,6%), на осиплость и хрипоту голоса — 9 (8,4%). Лишь 14 (13,1%) больных, несмотря на наличие патологии ЛОР-органов, жалоб не предъявляли.

При обследовании больных нас интересовала зависимость частоты и характера изменений слизистой оболочки ЛОР-органов от давности заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Анализ нашего материала показывает, что патологические изменения ЛОР-органов имелись у 90,7% больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Наиболее частыми изменениями были субатрофические фарингиты (45,8%), хронические тонзиллиты (43,9%), риниты (22,4%) и искривления перегородки носа (31,4%). При этом выявляется тенденция к возрастанию субатрофических изменений слизистой оболочки ЛОР-органов по мере увеличения длительности заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Результаты исследования дают основание сделать вывод, что больные с заболеваниями желудочно-кишечного тракта должны быть под наблюдением не только у терапевта, но и у ЛОР-врача с целью своевременного выявления патологических изменений ЛОР-органов и решения вопроса об их комплексном лечении.

### В. П. Прохоров, Н. И. Талье (Казань). Инвалидность при переломах шейки бедра

Вопросы врачебно-трудовой экспертизы шейчных переломов бедра недостаточно освещены в литературе. Мы проанализировали материалы травматологической ВТЭК Татарской АССР, где за пять лет (1973—1977 гг.) был первично освидетельствован 91 больной с переломами шейки бедра (что составило 14,2% всех больных с переломами бедренной кости). Средний возраст лиц с переломами шейки бедра значительно превышал возраст больных с другими травмами, в частности с диафизарными переломами бедра (соответственно 48,1 и 36,5 лет). Тем не менее представление о переломе шейки бедра как печальном уделе пожилых не совсем соответствует истине: 58% освидетельствованных были моложе 50 лет. Подавляющее большинство больных (до 80%) было подвергнуто оперативному лечению, что отражает современную активную хирургическую тактику при этой патологии. Не оперировали в основном лишь больных с вколоченными вальгусными переломами (10 человек).

Замедленное срастание, требующее даже в самых благоприятных случаях длительного пользования костылями, определяет и высокий уровень инвалидности при этой патологии. 45 человек (49,4%) были признаны инвалидами: 36 — второй и 9 — третьей группы (1,5% всей первичной инвалидности от травм). В основном это были лица физического труда, чем следует объяснить и тот факт, что выход на инвалидность в более молодой (до 50 лет) группе больных, чаще связанной с физическими нагрузками на работе, оказался более высоким (до 60%). Известную роль здесь играло и нередкое пренебрежение именно этого контингента разгрузочным режимом, являющееся основной причиной неудач лечения шейчных переломов.

Следует отметить, что у 64 больных с вертельными переломами бедра, иногда определяемыми как «латеральные шейчные», выход на инвалидность составил всего 6,2%, т. е. оказался в 8 раз ниже, чем при истинных (т. е. «медиальных») переломах шейки. Это лишний раз подтверждает совершенно различную клинко-морфологическую природу указанных повреждений.

60,4% больных (55 из 91, включая сюда и 9 инвалидов третьей группы) вернулись к труду уже в течение первого года. Это почти втрое превышает цифры, указываемые в литературе. Через год после установления инвалидности положительная

динамика ее имела у 21 из 40 больных; у 9 достигнута полная реабилитация, 12 переведены со второй на третью группу инвалидности. Из 19 лиц, у которых инвалидность приобрела стойкий характер, у 13 она была установлена бессрочно, с учетом их предпенсионного возраста. Непосредственной причиной стойкой инвалидности чаще всего были посттравматический артроз и контрактура сустава (5), несрастание перелома (10% от всех освидетельствованных). Асептический некроз головки бедра был обнаружен у 10 больных. Характерно, что у 3 из них остеонекроз развивался в относительно молодом возрасте (до 42 лет) уже после срастания шейечного перелома. Это, естественно, особенно затруднило своевременную диагностику некроза.

В ряде случаев осложнения являлись следствием дефектов оперативного лечения: неудовлетворительной репозиции отломков (4), недостаточного или же, напротив, слишком глубокого введения гвоздя (5). Однако чаще всего неудачи лечения можно было связать с нарушением режима и слишком ранней нагрузкой больной конечности (8).

Следует отметить, что общая тенденция увеличения удельного веса политравмы, столь свойственной автотранспортному увечью, сказывается и на контингенте инвалидов с переломами шейки бедра: у 7 пациентов шейечные переломы сочетались с повреждениями костей голени, таза и др.

6 больным до установления второй группы инвалидности неоправданно долго (9—12 мес) продлевали лист временной нетрудоспособности. Как правило, эти ошибки, достаточно типичные для экспертизы при шейечных переломах, были обусловлены непредвиденными осложнениями с развитием псевдоартроза или асептического некроза головки бедра, который, как уже указывалось, может неожиданно возникнуть даже при вполне благоприятном ходе консолидации.

При образовании псевдоартроза шейки оперативное лечение его (ресинтез, остеотомия Мак-Муррея) следует считать, как правило, вполне целесообразным. По нашим наблюдениям, даже при отсутствии после этого полноценной консолидации перелома (у 3 больных из 6) он приобретает характер тугого ложного сустава с восстановлением частичной опорности конечности, позволяющей установить больному третью группу инвалидности.

Всего через 2 года трудоспособность (хотя бы частичная) была восстановлена в 75%, т. е. у абсолютного большинства больных с переломами шейки бедра. Таким образом, уровень реабилитации при этих переломах, как это ни парадоксально, оказался вполне сопоставимым с уровнем реабилитации при прогностически гораздо более благоприятных повреждениях других сегментов бедренной кости, у значительно более молодой группы больных (через год — соответственно 64% и 73%, через 2 года — 75% и 87%). Объяснение этому следует искать прежде всего в том, что подавляющее большинство больных с шейечными переломами поступало в специализированные травматологические учреждения, где проводилось своевременное и квалифицированное оперативное лечение, тогда как многие больные с обычными переломами бедра и на сегодня продолжают лечиться на базе общехирургических отделений, в районных и даже участковых больницах. Это еще раз подтверждает необходимость всемерного развития сети специализированных травматологических отделений.

## СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

### ПЕРСПЕКТИВЫ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

24 и 25 декабря 1980 г. в Оренбурге состоялась III Всероссийская учебно-методическая конференция «Научные основы организации учебного процесса», организованная ГУУЗом МЗ РСФСР и Республиканской проблемной комиссией по НОУП. Конференция подвела итоги научных исследований в X пятилетке и наметила перспективы исследований на предстоящее пятилетие.

В программном докладе председателя проблемной комиссии по НОУП, начальника ГУУЗа МЗ РСФСР проф. В. Н. Шляпникова были даны научно обоснованные перспективы развития высшего медицинского и фармацевтического образования в РСФСР в свете выполнения Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О дальнейшем развитии высшей школы и повышении качества подготовки специалистов» от 12 июля 1979 года.

Проф. В. Н. Шляпников отметил, что стратегия по вопросам педагогики в XI пятилетке будет заключаться в качественном улучшении учебного процесса на основе постоянного совершенствования учебно-методической и учебно-воспитательной работы. Необходим поиск интенсивных методик повышения уровня работы вуза за счет мультифункциональной оптимизации, строгой преемственности и согласованности действий, проблемного обучения с привлечением технических средств обеспечения на уровне современных достижений, создания высококачественных учебно-методических пособий, дальнейшего отбора содержания образования и совершенствования методов