

70° привели к удовлетворительным исходам лечения, частота которых в группе сравнения (17,9%) была больше, чем в исследуемой (12,2%) на 5,7%. Следует, однако, отметить, что после интрамедуллярного блокируемого остеосинтеза ограничение подвижности плечевого сустава отмечалась у больных с несросшимися переломами, у которых была стойкая контрактура до операции. После БИОС полностью их не удалось устранить у 5 больных из 8 прооперированных. У больных оперированных со свежими простыми и сложными переломами подвижность плечевого сустава восстановилась полностью.

Неудовлетворительный исход лечения после интрамедуллярного парафрактурного блокируемого остеосинтеза признан у 1 (3%) больного прооперированного по поводу ложного сустава. Консолидация достигнута, трудоспособность восстановлена, качество жизни пациента не снижено. Имплантат выполняет роль эндопротеза. В связи с тем, что срок наблюдения не превышает 2 лет, сочли целесообразным исход лечения оценить неудовлетворительным. Исход лечения после остеосинтеза пластиной ДСР признан у 4 (14,3%) больных. Различие в сравниваемых группах на 11,3%. Из них у 3-х пациентов был несросшийся перелом, у 1 – многооскольчатый сочетающийся с повреждением лучевого нерва. В нашем материале ни у одного больного с несросшимся переломом после имплантации ДСР не

удалось достигнуть консолидации. В тоже время после интрамедуллярного парафрактурно блокируемого остеосинтеза консолидация достигнута у 7 больных из 8 прооперированных. В связи с этим, нам представляется уместным считать интрамедуллярно блокируемый остеосинтез методом выбора при угнетенной репаративной регенерации, повреждении лучевого нерва, отсроченном остеосинтезе открытых переломов.

Заключение.

Сопоставительная клиническая оценка результатов лечения больных с переломом диафиза плеча пластиной ДСР и парафрактурного блокируемого интрамедуллярного штифта показала, что остеосинтез предложенным устройством менее опасное средство лечения. Частота осложнений отмечена в 4,7 раза меньше, чем при остеосинтезе пластиной ДСР. Частота хороших исходов лечения была больше на 17%, удовлетворительных исходов меньше на 5,7%, неудовлетворительных – на 11,3%, чем при остеосинтезе пластиной ДСР. Сроки стационарного лечения в исследуемой группе больных были меньше на 5-6 дней, амбулаторного – на 3 недели. Общий срок лечения сокращен на 4 недели. Таким образом, парафрактурно блокируемый интрамедуллярный остеосинтез может стать методом выбора при осложненных переломах диафиза плеча, а именно при несросшемся переломе, сочетанном переломе с повреждением лучевого нерва.

УДК: 616-001+614.2

БЫТОВАЯ ТРАВМА, КАК ФАКТОР ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

¹ А. О. Мысаев, ² Д. О. Абакашов, ³ А. А. Крейк

*Кафедра травматологии и профилактической медицины
Государственного медицинского университета города Семей,*

²КГКП «Поликлиника №2» г. Усть-Каменогорск,

³АО «Семипалатинский протезно-ортопедический центр», г. Семей

Резюме

Представлен анализ бытового травматизма по Семейскому региону за 2009-2010 годы. Установлено, что в среднем в травматологический стационар ежемесячно поступает 124 человека, из них 49,1% (n=50) после бытовой травмы. «Пик» бытового травматизма приходится на сентябрь и октябрь. В динамике лет имеется увеличение на 3,4 % количество поступления после указанного вида травм.

Тұжырым

Тұрмыстық жарақат жарақат емдеу ауруханасына жатқызу факторы ретінде

Семей аймағы бойынша 2009-2010 жылдардағы тұрмыстық жарақаттың анализі көрсетілген. Ай сайын жарақат емдеу ауруханасына орта есеппен 124 адам түсетіндігі анықталды, олардың ішінде 49,1% (n=50) тұрмыстық жарақат алғандар. Тұрмыстық жарақаттың ең жоғарғы «Шыңы» қыркүйек пен қазан айларында кездеседі. Осы уақыт аралығында көрсетілген жарақат түрінен кейін ауруханаға түсетіндер саны 3,4 % өскені анықталды.

Summary

Household injury as a factor of hospitalisation in trauma hospital

An analysis of household accidents in Semey region for 2009-2010 years is present. It is established that the average number of patients admitted to the Hospital is 124 person per month, 49,1% (n = 50) of them after household injury. "Peak" of that injury is in September and October. There is increasing of in-patient rate for 3.4% after injuries of this type.

Введение. Особенности современного бытового травматизма обусловлены интенсивным проникновением научно-технического прогресса в быт человека. Во многих странах мира существует обширное законодательство, направленное на обеспечение безопасности населения во время работы, в пути следования на работу и обратно, в местах отдыха. В то же время жилище по традиции остается крепостью недоступной действию законов, так же наказания за небрежность и безопас-

ность отсутствуют [1]. Бытовой травматизм занимает первое место по причине госпитализации в травматологический стационар г.Семей среди взрослого населения и в 1987 году составил 33,8% [2]. В России в 2010 году данный показатель составил 69,9% [3]. В доступной нам литературе свежие данные по травматизму в г.Семей найти не удалось, свидетельствуя, что дальнейшее исследование бытового травматизма в городе не проводилось.

Цель: изучение временной и количественной характеристики бытового травматизма, как наиболее многочисленного вида травм, по г.Семей за 2009-2010 гг.

Материал и методы исследования: для изучения поставленной цели, нами проведена выкопировка данных на специально разработанные карты из историй болезни больных выписанных из травматологического отделения Больницы скорой медицинской помощи г. Семей за 2009 и 2010 годы по следующим параметрам: общее количество госпитализированных больных, количество среди них плановых и ургентных больных, среди ургентных больных выделены больные, которые поступили после получения травм в быту. Далее полученные данные были введены в программу Microsoft Excel для анализа по месяцу поступления для выявления сезонности. Также был проведен сравнительный анализ 2009 и 2010 года для изучения динамики бытового травматизма. Затем наши результаты сравнены с литературными данными.

Травматологическое отделение Больницы скорой медицинской помощи единственное в городе Семей отделение, оказывающее специализированную травматологическую помощь взрослому населению города и его окрестных районов. Поэтому по его данным можно судить о травматизме не только в городе Семей, но и в Семейском регионе.

Результаты: всего за 2009 год в отделение поступило 1361 человек, из них 1116 ургентных и 245 плановых больных, что составило 82% и 18% соответственно. Среди ургентных поступивших больные с бытовой травмой составили 569 человек (51%). Или в перерасчете на 100 тыс. населения составило 197,2 госпитализаций в год.

В среднем в месяц в отделение поступило 113 человек, из них 47 человек после бытовой травмы. Распределение поступления больных в течение 2009 года представлено в таблице 1.

Таблица 1. - Распределение поступления больных в течение 2009 г.

Месяц 2009 года	Общее количество поступивших больных	Плановые больные		Ургентные больные		Бытовая травма	
		Абс.	% от всех плановых	Абс.	% от всех ургентных	Абс.	% от всех бытовых
Январь	62	11	4,5	51	4,57	25	4,4
февраль	114	19	7,8	95	8,51	39	6,9
Март	117	28	11,4	89	7,97	35	6,2
Апрель	112	22	9	90	8,06	38	6,7
Май	100	25	10,2	75	6,72	46	8,1
Июнь	108	17	6,9	91	8,15	54	9,5
Июль	114	13	5,3	101	9,07	51	9
Август	125	14	5,7	111	9,95	65	11,4
Сентябрь	143	39	15,9	104	9,32	66	11,6
Октябрь	118	19	7,8	99	8,87	62	10,9
Ноябрь	117	24	9,8	93	8,33	54	9,5
Декабрь	131	14	5,7	117	10,48	34	6
Всего	1361	245	100	1116	100	569	100

В 2010 году в отделение поступило 1613 человек, из них 1339 ургентных и 274 плановых больных, что составило 83% и 17% соответственно. Из ургентных 637 человек госпитализированы после получения травмы в быту (или 47,6%), что соответствовало 193,6 госпитализаций на 100 тыс. населения в год.

В 2010 году 134 человека госпитализировались ежемесячно, из них 53 человека после бытовой травмы.

Распределение поступления больных в течение 2010 года представлено в таблице 2.

Таблица 2: Распределение поступления больных в течение 2010 г.

Месяц 2010 года	Общее количество поступивших больных	Плановые больные		Ургентные больные		Бытовая травма	
		Абс.	% от всех плановых	Абс.	% от всех ургентных	Абс.	% от всех бытовых
Январь	106	8	2,9	98	7,32	21	3,3
февраль	118	6	2,2	112	8,36	68	10,7
Март	105	16	5,8	89	6,65	44	6,9
Апрель	113	23	8,4	90	6,72	41	6,4
Май	105	23	8,4	82	6,12	49	7,7
Июнь	126	23	8,4	103	7,69	60	9,4
Июль	128	16	5,8	112	8,36	54	8,5
Август	122	16	5,8	106	7,92	60	9,4
Сентябрь	129	11	4	118	8,81	66	10,4
Октябрь	170	54	19,7	116	8,66	67	10,5
Ноябрь	189	54	19,7	135	10,08	60	9,4
Декабрь	202	24	8,8	178	13,29	47	7,4
Всего	1613	274	100	1339	100	637	100

Как видно из двух таблиц «пик» бытового травматизма приходится на сентябрь и октябрь, где показатели превышают 10% от всех поступлений в год. Интересен тот факт, что наименьшее количество больных с

бытовой травмой поступило в декабре и январе, в месяцы, которые изобилуют праздничными днями.

В динамике лет увеличилось общее количество госпитализаций в травматологический стационар, в основ-

ном за счет ургентных больных. Бытовые травмы, как причины госпитализации, в структуре всего травматизма занимают 49,1% в среднем за 2 года. Отмечается их рост, который составил 3,4% при ежемесячном поступлении 50 пострадавших. Средний показатель бытового травматизма составляет 195,4 на 100 тыс. населения.

Выводы: 1. Бытовые травмы занимают первое место среди причин госпитализации в травматологический стационар и составляют в среднем 49,1%.

2. Травмоопасными являются сентябрь и октябрь.

3. Имеется динамика роста бытового травматизма на 3,4%.

Литература:

1. Беккет Е.М. Бытовые травмы. - М.: Медицина, 1966. - 163 с.

2. Жанаспаев, А.М. Травматологическая помощь городскому населению / А.М.Жанаспаев, С.Б.Смаков, М.Т.Аубакиров, М.А.Жанаспаев - Семипалатинск-Павлодар, 1997.-308с.

3. Андреева Т.М. Травматизм в Российской Федерации на основе данных статистики / Электронный научный журнал "Социальные аспекты здоровья населения" - 2010 - № 4(16) - режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/234/30/lang/en/> свободный.

УДК 617.583-069.873

ФАНТОМНЫЕ БОЛИ У БОЛЬНЫХ, С АМПУТАЦИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЫШЕ КОЛЕНА

М. А. Аполоненко, И. А. Шмидт, К. В. Рудовский, С. А. Масгапов, Д. В. Писарев

Кафедра специальных дисциплин Павлодарского филиала Государственного медицинского университета города Семей, КГКП «Больница скорой медицинской помощи» г. Павлодара

Резюме

В своем исследовании мы установили, что из 262 больных, с ампутациями нижних конечностей выше колена, фантомные боли в раннем и позднем послеоперационном периоде встречались в 19% случаев.

Тўжырым

Тизеден жоғары аяқ ампутациясы бар науқастардағы орантамды аурулар

Өз зерттеулерімізде біз тизеден жоғары аяқ ампутациясы бар 262 науқаста ерте және кеш операциядан кейінгі кезеңде фантомдық аурулар 19% жағдайда кездесетінін анықтадық.

Summary

Phantom-limb pains in patients with amputated lower extremity over the knee

In our investigation we have established that in 262 patients with amputated lower extremity above the knee, phantom-limb pains in early or later postoperative period have appeared in 19%.

Фантомные боли в конечностях - один из наиболее серьезных болевых синдромов. Впервые они были описаны в 1552 году Амбрузом Паре, но до сих пор механизмы, лежащие в их основе, не вполне изучены, а перспективы их быстрого устранения весьма печальны. Процент ампутантов, страдающих фантомными болями удивительно высок. Одно из наиболее подробных исследований в этой области (Jensen et al., 1983, 1985) показало, что у 72% ампутантов фантомные боли возникли уже в первые 8 дней после операции, через 6 месяцев они отмечались у 65%, двумя годами позже - у 60%. По данным Krebs et al., 60% ампутантов продолжают жаловаться на боли в фантомной конечности и через 7 лет. Эти данные подтверждаются и другими исследователями (60%: Carlin et al., 1978, 78%: Sherman et al., 1984). Однако с течением времени болевые атаки становятся реже. По материалам серьезного исследования среди ветеранов войны в США, у 85% опрошенных фантомные боли и боли в культе достигают такой силы, что нарушается работоспособность и социальный статус пациента (Sherman et al., 1984).

Безболезненный фантом.

Многие пациенты продолжают ощущать фантомную конечность сразу после ампутации руки или ноги (Simmel, 1956). Фантомная конечность обычно описывается имеющей такую же форму и характеристики, что и настоящая конечность до ампутации. Возникает ощущение, что фантомная конечность занимает такое же положение в пространстве, какое занимала бы реаль-

ная, когда пациент идет, садится, ложиться в постель. Вначале она ощущается нормальной по размеру и форме, ампутант пытается взять предмет отсутствующей рукой, встает с постели на отсутствующую ногу. Со временем, однако, фантомная конечность меняет форму, может занимать неестественное, вычурное положение в пространстве, становится менее отчетливой, а может и полностью исчезнуть.

Болезненный фантом.

Различие между безболезненным и болезненным фантомом не велико. Некоторые ампутанты имеют очень слабые боли или ощущают их достаточно редко. Другие страдают от болей периодически, от нескольких атак в день до 1 - 2 раз в неделю. Остальные подвержены постоянным болям, варьирующим по интенсивности и качеству. По характеру описываемые боли можно разделить на 3 группы: с преобладанием "каузалгической" (жгучей, палящей), с преобладанием "невралгической" боли (подобной удару электрического тока) и с болью типа "крампи" (сводящей, стискивающей). Они могут начаться непосредственно после ампутации, а иногда возникают недели, месяцы и даже годы спустя. Боль может ощущаться в определенной части фантомной конечности (Lingston, 1943). Так, например, больные жалуются, что фантомная кисть сжимается в кулак, пальцы сведены, впииваются в ладонь, от чего кисть устает и болит.

Виды ампутационных болей:

1) типичные фантомные боли (иллюзорные);