

## Хірургія

### ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПОЛИТРАВМЫ

*Н.И. Хвисяк, В.Д. Шищук, В.Г. Рынденко (Харьков, Сумы)*

В настоящее время мы являемся свидетелями новой, по содержанию, "травматической эпидемии" – множественными и сочетанными повреждениями. Основной причиной возникновения этих повреждений являются дорожно-транспортные происшествия, кататравмы и хулиганские действия, обусловившие их повсеместный характер.

Считаем, что наиболее важными вопросами оказания помощи пострадавшим с политравмой являются:

- оказание помощи на догоспитальном этапе с обучением населения и специализированных подразделений (ГАИ, пожарные и др.);
- организация специализированных отделений политравмы на базе многопрофильных больниц крупных регионов;
- подготовка специалистов для оказания помощи пострадавшим с политравмой в системе академий последипломного образования;
- оснащение отделений политравмы аппаратурой и оборудованием для возможности объективной диагностики и контролируемого лечения с учетом чрезвычайной ургентности;
- консультативная юридическая и психиатрическая помощь пострадавшим и участникам несчастного случая;
- реабилитация пострадавших с политравмой.

Наши взгляды на эти вопросы и возможные пути их решения изложены в докладе.

### ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

*Н.И. Хвисяк, М.И. Завеля, В.Г. Рынденко, А.Н. Хвисяк, С.В. Рынденко, В.Д. Шищук (Харьков, Сумы)*

По данным различных литературных источников летальность при повреждениях позвоночника в остром периоде довольно высокая от 4% до 35%. Такой большой разброс показателя обусловлен, по-видимому, тем, что авторы пользовались не однородным материалом (нет общепризнанных классификаций), а так же показатель исчислялся в разные временные периоды после травмы. Материалом исследования служили результаты обследования и лечения 48 больных с позвоночно-спинальной травмой, которые умерли в Харьковской областной клинической больнице с 1985 г. по 2001 г., а так же протоколы судебно-медицинской вскрытий.

Большое значение в дальнейшем неблагоприятном течении болезни имеет значение и большой период времени с момента травмы и до госпитализации в специализированное отделение. По данным литературных источников этот период не должен превышать 6-8 часов. У анализируемой группы он был значительно больше. Анализ полученных данных в момент вскрытия показывает, что ведущей патологией в первые дни после травмы были отеки головного и спинного мозга. Т.е. компрессия спинного мозга является пусковым механизмом для развития патологических изменений в невралных структурах. Уже к концу первой недели появляются тяжелые поражения воспалительного генеза легких и почек (гнойные пневмонии, плевриты, пиелонефриты, уросепсис). Лечение воспалительных процессов характеризуется быстрым поражением нескольких систем; сепсисом. На фоне воспалительных процессов очень быстро развиваются дистрофические процессы в паренхиматозных органах и сердце. Наличие изменений фактически во всех системах организма свидетельствует о полиорганной заинтересованности при позвоночно-спинальной травме.

## ВНУТРИСУСТАВНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

*Д.В. Черепов (Харьков)*

Повреждение Бартона — это внутрисуставные переломы дистального эпиметафиза лучевой кости с вовлечением ее дорсального или волярного края. Данное повреждение сопровождается подвывихом или вывихом кисти.

Впервые данное повреждение Barton описал в 1838 г. Но в настоящее время данному повреждению не уделено должного внимания в отечественной литературе несмотря на достаточно частую встречаемость. Повреждения Бартона, особенности их диагностики и лечения малоизвестны широкому кругу травматологов, диагностируются как повреждения Colles и Smith и соответственно проводится неадекватное лечение, что сказывается на конечных результатах.

Перелом тыльного края лучевой кости со смещением или подвывихом (вывихом) кисти к тылу имеет название дорсального повреждения Бартона. Перелом волярного края лучевой кости со смещением или подвывихом (вывихом) кисти носит название волярного повреждения Бартона.

При консервативном лечении мы используем метод закрытой репозиции с применением местного обезболивания и иммобилизацией гипсовой повязкой. Для достижения вправления первично выполняется тракция по оси за кисть с дальнейшим сгибанием в лучезапястном суставе в тыльную или ладонную сторону.