Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Ассоциация врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана

SHOSHILINCH TIBBIYOT AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2010, №2

«ВЕСТНИК ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»
«THE BULLETIN OF EMERGENCY MEDICINE»
Основан в 2008 г.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации № 0292 от 15.08.2007

Ежеквартальный научно-практический журнал

Главный редактор А.М.ХАДЖИБАЕВ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

М.Ж.Азизов, Х.А.Акилов, Б.К.Алтиев, А.Л.Аляви, Р.Э.Асамов,
Ш.Э. Атаханов, А.И.Икрамов, Ю.И.Калиш, Ш.И.Каримов,
Б.А.Магрупов (заместитель главного редактора), Ю.Р.Маликов, Ф.Г.Назыров,
Д.М.Сабиров, Б.И.Шукуров (ответственный секретарь)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

В.Е. Аваков (Ташкент)
С.С. Агзамходжаев (Ташкент)
Р.М. Агаев (Баку)
Р.Н. Акалаев (Ташкент)
Ф.А. Акилов (Ташкент)
Ф.Б. Алиджанов (Ташкент)
А.В. Алимов (Ташкент)
Х.П. Алимова (Ташкент)
Ю.М.Ахмедов (Самарканд)
С.Ф. Багненко (С.-Петербург)
Д.Э. Болтаев (Ургенч)
Е.М. Борисова (Ташкент)
Э.Ю. Валиев (Ташкент)
Б.Г. Гафуров (Ташкент)
Ш.А. Дадаев (Ташкентская обл.)
Б.Т. Даминов (Ташкент)
Э.С. Джумабаев (Андижан)
Г.М. Кариев (Ташкент)
З.Д. Каримов (Ташкент)
Р.Д. Курбанов (Ташкент)
К.М. Мадартов (Термез)
А.М. Марупов (Ташкент)
К.Э. Махкамов (Ташкент)
Х.Т. Мухамедова (Ташкент)
Л.А. Назырова (Ташкент)
З.М. Низамходжаев (Ташкент)
А.А. Раимжанов (Фергана)
Э.А. Сатвалдиева (Ташкент)
Т.А. Султаналиев (Алматы)
Ш.Б. Тогаев (Карши)
Р.И. Усманов (Ташкент)
А.Д. Фаязов (Ташкент)
Д.Ш. Ходжиев (Нукус)
М.Ш.Хубутия (Москва)
Ш.А. Худайбергенов (Бухара)
А.Т. Эрметов (Наманган)
М.Э. Эшбеков (Джизак)
А.Ф. Черноусов (Москва)
Н.У.Шарапов (Ташкент)
Я.Н. Шойхет (Барнаул)
Р.Ш. Юлдашев (Карши)
Б.А. Янгиев (Навои)

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели

По вопросам публикации, подписки и размещения рекламы обращаться
по адресу: 100107, Узбекистан, Ташкент, ул.Фархадская, 2. Научно-организационный отдел.
Тел.: (998-71)-1504600, 1504601. Факс: (998-71)-1504605 E-mail: uzmedicine@mail.ru
ISSN 2010-9881 Индекс подписки 1214

Формат 60X84 1/8. Усл.печ.л.11.16 заказ № ___
Отпечатано в Ташкентском издательско-полиграфическом творческом доме «O'zbekiston»

«...Государство обеспечит предоставление бесплатного медицинского обслуживания в рамках гарантированного объема медико-санитарных услуг, включающего: ...

— оказание экстренной, неотложной медицинской помощи...».

Ислам КАРИМОВ

Из Указа Президента Республики Узбекистан №2107 от 10 ноября 1998 г.

Содержание

Материалы 9-й Республиканской научно-практической конференции "АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: Вопросы организации экстренной медицинской помощи и лечебно-диагностические стандарты при травмах" (г. Навои, 3 июня 2010 г.)

I. Вопросы организации экстренной медицинской помощи при травмах **6**

II. Лечебно-диагностические стандарты, общие и частные вопросы травм **29**

2.1. Стандарты диагностики и лечения сочетанных травм и политравм 29

2.2. Стандарты диагностики и лечения повреждений опорно-двигательного аппарата 55

2.3. Стандарты диагностики и лечения нейротравм 86

2.4. Стандарты диагностики и лечения повреждений органов грудной клетки, брюшной полости и мочеполовой системы 121

2.5. Стандарты диагностики и лечения термических и химических повреждений 174

III. Актуальные проблемы и новые подходы в экстренной медицине **191**

IV. Конкурс молодых ученых **230**

Указетель тезисов **240**

Юбилей

Профессор Назыров Феруз Гафурович (к 60-летию со дня рождения) **253**

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ЎЗБЕКИСТОН ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ВРАЧЛАРИ АССОЦИАЦИЯСИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЗБЕКИСТАНА

«ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ:
Шикастланишларда шошилинч тиббий ёрдамни ташкил қилиш ва даволаш-диагностика стандартлари масалалари»
IX Республика илмий-амалий конференциясининг материаллари
(Навоий ш., 2010 й. 3 июнь)

Материалы 9-й Республиканской научно-практической конференции
"АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
Вопросы организации экстренной медицинской помощи и лечебно-диагностические стандарты при травмах"
(г. Навои, 3 июня 2010 г.)

Ташкент - 2010

I. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Икрамов А.И., Хаджибаев А.М.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Государственной программой реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан, которая определена Указом Президента УП-2107 от 10.11.2008 г., основополагающим принципом заложена максимальная зашита социально уязвимых слоев населения и обеспечение равных прав на медицинские услуги всех граждан государства. Создание службы экстренной медицинской помощи (СЭМП), в составе которой функционируют отделения травматологии, на сегодняшний день расценивается как одно из значимых достижений в области охраны здоровья населения Узбекистана.

Структура СЭМП включает головной Центр в г. Ташкенте – Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), в составе которого развернуто 45 специализированных травматологических коек. Кроме того, в региональных филиалах Центра (всего их 13) функционируют еще 325 травматологических коек. На районном уровне медицинскую помощь травматологическим больным оказывают 175 субфилиалов РНЦЭМП – отделения экстренной медицинской помощи (ОЭМП).

За период с 2001 по 2009 года количество ежегодных обрашений в СЭМП возросло с 6,4 млн. до 8,3 млн., в том числе объем стационарной помощи – на 32%, амбулаторной – на 50% и скорой помощи – на 21%. В госпитальных подразделениях службы в настоящее время за один год обслуживаются почти 675 тыс. человек стационарно и почти 1 млн – амбулаторно.

Только за один 2009 год за травматологической помощью обратились 790491 пациентов, 80% из которых получили стационарную и амбулаторную помощь в подразделениях СЭМП.

Все это стало возможным, благодаря оснашению службы экстренной медицинской помощи высокотехнологичным оборудованием и наличию подготовленных высококвалифицированных кадров. За период существования системы экстренной медицинской помощи в РНЦЭМП и его филиалы поступило оборудования на 23.2 млн долларов США по кредиту Исламского банка и осуществляется поставка оборудования на сумму 19.5 млн долларов по кредиту Кувейтского банка.

В целях улучшения оказания помощи больным на догоспитальном этапе, в рамках мероприятий по выполнению Постановления Президента №ПП 1114 от 21.05.2009 г., завершено обновление автопарка подстанций скорой медицинской помощи. В частности получено 110 автомобилей "Hunday ambulance" и более 300 специализированных автомашин "Дамас". По линии кредита Исламского банка развития в РНЦЭМП и его филиалы поставлено 1154 ед медицинского оборудования, в том числе универсальные цифровые рентгеновские аппараты и передвижные рентгендиагностические установки, что расширило возможности применения малоинвазивных технологий при оказании специализированной хирургической помощи пострадавшим с повреждениями опорно-двигательного аппарата. Поступившие в областные филиалы РНЦЭМП мультислайсные компьютерные томографы повысят уровень диагностики повреждений.

В настоящее время в системе ЭМП работают 126 врачей-травматологов, в том числе 75 из них (60,3%) имеют ученую степень и категорию. Более 20 врачей ежегодно проходят повышение квалификации.

Отличительной особенностью организационной структуры СЭМП является то, что в ее составе концентрированы специалисты различного профиля, и это позволяет оказывать незамедлительную круглосуточную высококвалифицированную медицинскую помощь пострадавшим с сочетанными и политравмами.

Все это дает свои положительные результаты: смертность при травмах ежегодно снижается. Так, если в 2008 году госпитальная летальность при травмах была 2,2%, то в 2009 году она снизилась до 1,8%.

Таким образом, можно констатировать, что Правительством Узбекистана созданы все условия для плодотворной работы, обеспечения своевременной и качественной диагностики, оказания высококвалифицированной медицинской помощи больным с различными травмами.

Вместе с тем, несмотря на достижения, имеются нерешенные проблемы по организации помощи больным с механическими повреждениями на этапах медицинской эвакуации, для решения которых необходимо:

– шире использовать возможности сотрудников автоинспекции и МЧС для обеспечения своевременности оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе;

– разработать конкретные мероприятия по обеспечению оперативной и надлежашей доставки пострадавших с места происшествия до ближайшего лечебные учреждения СЭМП машинами скорой помощи, дооснашение автотранспорта (ЭКГ, дефибрилляторами, дыхательной аппаратурой);

– на госпитальном этапе строго придерживаться лечебно-диагностических стандартов;

– обеспечить преемственность при оказании медицинской помощи пострадавшим на всех этапах лечения.

СОСТОЯНИЕ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Азизов М.Ж.

НИИ травматологии и ортопедии

Дорожно-транспортный травматизм является одной из важнейших медико-социальных проблем современности для большинства стран мира. По данным ВОЗ, ДТП являются причиной преждевременной смерти около 120 тысяч человек в год в европейском регионе. Актуальность этой проблемы продолжает возрастать, так как при травматизме отмечается рост травм с летальным исходом, с переходом на инвалидность, с временной утратой трудоспособности. Сегодня в экономически развитых странах мира травмы занимают третье место среди причин смерти у населения трудоспособного возраста и первое место среди причин смерти у лиц в возрасте 15-29 лет.

В Узбекистане ежегодно более 800 тысяч человек получают различные повреждения. Анализом травматизма установлено, что травмы вследствие дорожно-транспортных происшествий составляют около 5% всех повреждений. Но эти травмы наиболее тяжелые по своим последствиям, являются причиной почти четверти случаев инвалидности и каждого третьего случая смертности.

Проанализировав дорожно-транспортный травматизм у населения республики Узбекистан в динамике, необходимо отметить небольшой его спад в 2008 году - 42053 (4,6%) по сравнению с 2007 годом - 44512 (4,7%), а в 2009 г. - 42174 случая (4,9%).

Но в то же время, смертность населения Республики Узбекистан от травм при ДТП имеет тенденцию к увеличению в абсолютных и интенсивных (на 100 тыс. населения) показателях: в 2006 году от травм при ДТП умерли - 2393 (9,1) человек; в 2008 году - 2731 (10,1). К примеру, средний показатель по европейскому региону, по данным ВОЗ, составляет - 13,4; средний по СНГ показатель - 21,8, в то же время в странах северной Европы - 5,7.

Показатели ДТП в различных возрастных группах свидетельствуют о повышении уровня ДТТ у детей и подростков, что вызывает особую тревогу: у детей (0 - 14 лет включительно) в 2008 г. - 8084, в 2009 г. - 8320; у подростков (15 - 17 лет) в 2008 г. - 6965, в 2009 г. - 7236; у взрослых (18 и старше) в 2008 г. - 26004, в 2009 г. - 26618.

В нашей стране проводится немало мероприятий, связанных с повышением безопасности дорожно-транспортного движения, включающих: улучшение дорожной сети, установление ограничений скорости, введение правил, требующих использования ремней безопасности и др. Особое внимание уделяется мерам по выявлению и запрещению вождения в алкогольном и наркотическом опьянении.

Огромную роль в удержании уровня смертности на низких показателях в нашей стране играет приближение специализированной медицинской помощи к населению республики, уменьшение этапности транспортировки, улучшение материально-технической базы медицинских учреждений, повышение профессионального уровня медицинских кадров - все это плоды реформ, проводимых в системе здравоохранения. Проводимые профилактические мероприятия позволили снизить показатели травматизма у населения республики, однако следует продолжить выполнение намеченных планов по профилактике травматизма и далее совершенствовать систему оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП как у взрослых, так и у детей и подростков.

ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ В ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ ТРАВМАХ

Акилов Х.А., Бекназаров Ж.Б., Урмонов Н.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Дети, нуждающиеся в экстренной и срочной помощи хирурга, составляют 25-30% от общего числа поступающих в общие детские хирургические стационары и 15-18% в хирургические отделения ЦРБ для взрослых.

Патология, требующая неотложной хирургической помощи, чрезвычайно разнообразна как по причинам, ее вызывающим, так и по локализации. Среди больных этих группы есть новорожденные, дети грудного возраста, раннего возраста, дошкольники и школьники. Особое место занимают дети, поступающие с различными травмами, нуждающиеся в экстренной квалифицированной медицинской помощи.

Сложность своевременной диагностики и рационального лечения больных этой группы усугубляется дефицитом времени, исчисляемым чаще минутами, реже - часами и очень редко сутками.

Основная трудность заключается не только в многообразии форм заболеваний и недостатке времени на их диагностику и лечение. Одной из проблем является то, что с неотложными состояниями при травмах у детей встречаются не только детские хирурги, во многих клиниках республики зачастую эта роль отводится "взрослым хирургам". В такой ситуации резко возрастает значение организации данной помощи на основе единых стандартов.

С целью улучшения диагностики и результатов лечения детей с различной хирургической патологией в отделении неотложной хирургии детского возраста РНЦЭМП были разработаны и утверждены единые стандарты оказания экстренной хирургической помощи детям, в том числе при травмах и их последствиях. Разработанные стандарты основаны на многолетнем опыте работы врачей нашей республики. Предварительный анализ результатов работы показал, что с внедрением этих стандартов прослеживается четкая тенденция к уменьшению числа поздно поступивших больных детей, улучшаются результаты лечения, уменьшается время нахождения больных в стационаре.

На основе вышеизложенного можно сделать вывод о том, что применение стандартов диагностики и лечения при травмах у детей на всех уровнях оказания помощи в системе ЭМП будет иметь положительные результаты.

АНГИОТРАВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ КОНЕЧНОСТЕЙ, СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Баубеков М.Б.

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии МЗ РК, г. Астана

Современное состояние службы экстренной ангиотравматологии определяется как необходимостью укрепления ранее достигнутых позиций в вопросе лечения пострадавших с данным видом повреждения, так и во внедрении новых инновационных технологий и методов лечения, прежде всего, при оказании специализированной помощи больным с сочетанным повреждением конечностей.

В вопросе оказания экстренной помощи с сочетанной травмой конечностей внедрение новых методов лечения и современных технологий позволило существенно улучшить непосредственные результаты, значительно снизив частоту осложнений и неблагоприятных исходов.

Однако быстро увеличивающийся их поток во все хирургические стационары, отличающиеся как уровнем оснащенности, так и наличием подготовленных кадров, делают рассматриваемую тему наиболее остро обсуждаемой, требующей своего быстрейшего решения.

Состояние службы экстренной ангиотравматологии при сочетанной травме конечностей определено нами как перспективно развивающееся, нуждающейся в наличии подготовленных хирургических кадров, так и в постоянном освещении наиболее наболевших вопросов при оказании квалифицированной медицинской помощи пострадавшим с данным видом повреждения на всех этапах медицинской эвакуации. Вместе с тем, наиболее перспективным принято считать оказание помощи пострадавшим с сочетанной травмой конечностей в одном многопрофильном стационаре одним специалистом, подготовленным для осуществления оперативного вмешательства на всех поврежденных анатомических структурах.

Республика Казахстан - обширная территория с отдаленным расположением населенных пунктов от крупных областных центров, в которых имеются наиболее подготовленные хирургические кадры для оказания специализированной помощи пострадавшим с сочетанной травмой конечностей с учетом новых современных технологий и методик. Учитывая тот факт, что сочетанная ангиотравма может наступать повсеместно, а вариант её приближения к кататравме может оказаться неизбежным в наших условиях, остро стоит потребность в широком освещении данных вопросов среди врачей, оказывающих доспециализированную помощь больным, с данным видом повреждения. Наиболее перспективными нами признаны следующие разрабатываемые направления в вопросе этапной реабилитации пострадавших с сочетанной травмой конечностей.

Первое. Необходима дальнейшая разработка и внедрение в широкую клиническую практику новых современных управленческих технологий, позволяющих четко определить этапность оказания хирургической помощи пострадавшим путем внедрения новых схем-алгоритмов, строго регламентирующих действия доспециализированного звена.

Второе. При эвакуации пострадавшего в многопрофильный стационар надлежит использование всех имеющихся известных мер по профилактике наиболее специфических осложнений сочетанной травмы конечностей именно на этапе доспециализированного звена, путем внедрения новых методик лечения с одновременным их освещением и обсуждением со специалистами догоспитального и госпитального этапов.

Третье. Проведение оперативных вмешательств на всех поврежденных анатомических образованиях при современном внедрении уже известных методик прецизионной хирургии и ангиотравматологии надлежит проводить одноэтапно, главным из которых нами определен реваскуляризирующий.

Четвертое. Разработка методик одномоментных оперативных вмешательств при сочетанных повреждениях конечностей нуждается в более четкой конкретизации в вопросе изучения как непосредственных, так и отдаленных результатов, так как имеются все предпосылки в значительной мере расширить показания к восстановительным операциям.

НЕКОТОРЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Валиев Э.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В настоящее время имеется много классификаций повреждений, в том числе предложенных отечественными исследователями в последние годы. Все они носят в основном описательный характер. В медицине при описании механических повреждений выделено четыре категории травмы: изолированные, множественные, сочетанные и комбинированные.

1. Изолированной травмой (single injury) принято считать травму одного внутреннего органа в пределах одной области или одного анатомо-функционального образования опорно-двигательного аппарата.

2. Множественные травмы (multiple injury) - повреждения органов в одной полости (ранение тонкой и толстой кишок, разрыв печени и селезенки), травмы в пределах двух и более анатомо-функциональных образований (перелом плеча и бедра, перелом обеих пяточных костей), повреждение сосудов и нервов в различных анатомических сегментах конечности или конечностей.

3. Сочетанная травма (associated injury) - это одновременно возникшее поражение двух или более органов, принадлежащих к различным анатомо-функциональным областям. Сочетанное повреждение подразумевает также одновременное повреждение внутренних органов и опорно-двигательного аппарата (ОДА), или одновременное повреждение ОДА, сосудов и нервов. Например, травма легкого и печени или ушиб головного мозга и переломы конечностей.

4. Комбинированная травма (combined injury) - это одновременное наличие у пострадавшего двух и более этиологических разнородных повреждений: перелом и ожог, разрыв паренхиматозного органа и отравление, механическая травма и лучевая болезнь.

Развитие медицинской науки, совершенствование оказания помощи больным с тяжелыми механическими повреждениями привело к увеличению выживаемости больных с сверхкритическими травмами. Данный контингент пострадавших был отнесен к группе политравмы.

Политравма является одной из трех основных причин смертности населения. Доля умерших в трудоспособном возрасте составляет 27%, средний возраст 38,5 года, причем подав-

ляющее большинство - 80% - составляют мужчины. Пациенты с политравмой составляют 8-14% всех стационарных больных и дают более 60% всех летальных исходов от травм. Политравма вносит существенный вклад в инвалидизацию населения, поскольку тяжесть повреждений, преимущественно ОДА и головного мозга, сложность лечения, ошибки и осложнения приводят к тому, что стойкая утрата трудоспособности достигает 15-20%.

По мнению многих авторов, политравма - это обобщенное понятие совокупности двух и более повреждений, одно из которых либо их сочетание несет угрозу жизни пострадавшего и является непосредственной причиной развития травматической болезни.

Термин "политравма" прочно вошел в научно - практический обиход медицины мирного времени. Для медицинского персонала скорой помощи, приемных и реанимационных отделений больниц это слово, подобно термину "шок", является сигналом опасности, толчком к началу экстренных диагностических и лечебных мероприятий.

Политравма не может быть легкой или тяжелой,- это всегда жизнеугрожающее состояние.

При политравме в буквальном смысле слова минуты могут определить возможность спасения пострадавших, а медицинская помощь всегда носит характер неотложной. С учетом этого система оказания помощи должна базироваться на трех видах постоянной готовности: организационной, профессиональной, материально-технической.

При политравме огромное значение имеет время и качество оказания неотложной помощи. Применяется термин "золотой час", точно отражающий исход травматической болезни, основные проявления которой начинаются в первые 60 мин. Установлено, что при оказании помощи в первые 15 мин удается спасти более 50% пострадавших, а если она оказана позже, то выживаемость уменьшается на 15% каждые 20 мин в течение первого часа. Для реализации концепции "золотого часа" необходимо наличие трех условий: реанимация на месте происшествия, связь и транспорт, хирургическая реанимация в стационаре.

При определении объема, времени, условий и последовательности оказания помощи больным с тяжелыми механическими повреждениями необходимо учитывать принцип оценки доминирующего (определяющую тактику лечения) повреждения.

Таким образом, рассматриваемая классификация и медицинская терминология могут служить руководством к действию, т.к. при ее использовании достаточно точно оцениваются повреждения, требующие экстренного, срочного и отсроченного хирургического вмешательства.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АЛГОРИТМОВ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ МЕХАНИЧЕСКИХ ТРАВМАХ

Давлатов Б.Н.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Диагностика и оказание помощи при механических травмах (МТ) проходит в условиях острого дефицита времени, поэтому знание четких алгоритмов, начиная от само- и взаимопомощи, а также при всех видах медицинской помощи с первой медицинской, доврачебной, первой врачебной, проводимых на догоспитальном этапе, и заканчивая квалифицированной и специализированной, определяет качество госпитального этапа.

Несмотря на все возрастающую актуальность и высокую социальную значимость рассматриваемой проблемы, тактика при МТ не сформулирована окончательно, на сегодняшний день намечены лишь отдельные ее принципы.

МТ - особый вид тяжелых повреждений, при которых возникает синдром взаимного отягощения. Для нее характерны стертость, отсутствие или искажение типичной симптоматики составляющих повреждений, большое количество осложнений, неустойчивая компенсация состояния и потребность порою во взаимоисключающих лечебных мероприятиях.

Множественность и различное сочетание различных по типу, локализации и тяжести повреждений у одного больного с МТ представляет сложную проблему, составными частями которой являются: а) оказание правильной первой помощи и транспортировка; б) распознавание физикальными методами жизнеугрожающих состояний и их коррекция; в) проведение дополнительных методов исследования на фоне продолжающейся синдромной терапии; г) лечение повреждений, требующих неотложных мероприятий по жизненным показаниям; д) выполнение срочных оперативных вмешательств; е) стандарты лечение травмы.

Конечный итог и смысл всех лечебно-диагностических мероприятий - это спасение жизни пострадавшего, предупреждение инвалидности, сокращение времени нетрудоспособности. Успешное своевременное решение этих задач требует "прежде всего действовать организационно", - эти слова Н. И. Пирогова наиболее точно определяют поставленные задачи при МТ, решаемые медицинской службой на госпитальном этапах. Дефекты и ошибки реанимационного периода ведут к неоправданной летальности, дефекты лечебного и реабилитационного периода - к инвалидности. Проведение реанимационных мероприятий часто отодвигает на задний план лечение повреждений позвоночника. Нужно строго учитывать компенсаторные возможности больного, так как выполнение одномоментно или последовательно нескольких тяжелых вмешательств у больного с неустойчивой компенсацией функциональных систем организма может оказаться роковым.

Принципы обследования пострадавших с МТ несколько отличаются от обычной схемы. Врач ограничен во времени, а прогрессирующая тяжесть состояния требует неотложной помощи. Нарушение жизненно важных функций должно быть немедленно распознано и устранено, а синдромная терапия - опережать постановку полного диагноза. Если показания к операции установлены, то нельзя терять время на дальнейшее уточнение диагноза. Предпринимая операцию по жизненным показаниям, не следует поднимать вопрос об операбельности больного, так как только операция дает ему шанс остаться живым. Для оптимального достижения цели необходимо обследовать три системы жизнеобеспечения: центральную нервную систему, системы дыхания и кровообращения. Поэтому в экстремальных условиях особое значение приобретают обычные физикальные методы исследования, которые дают почти 80% информации о больном и большой выигрыш во времени. Они помогают поставить диагноз непосредственно у постели больного, способствуют осмысленному применению дополнительных методов обследования и в то же время избавляют больного от ненужной нагрузки. Следует помнить, что довольно часто диагноз и лечение определяются первым осматривающим

больного врачом.

При исследовании ЦНС обращают внимание на состояние сознания, ширину и реакцию на свет зрачков, вегетативные реакции, частоту пульса, очаговую неврологическую симптоматику. При исследовании системы дыхания можно выявить тахипноэ, цианоз, притупление перкуторного звука или тимпанит, парадоксальное движение грудной клетки, ослабленные дыхательные шумы. Изучая систему кровообращения, исследуем пульс, артериальное давление, акцентируем внимание на гиповолемии, объеме циркулирующей крови, чувстве нехватки воздуха, шоковом индексе, диурезе, гематокрите.

Необходимо создание алгоритмов действий на госпитальном этапе, предусматривающих перечень мероприятий и очередность их выполнения при жизнеугрожающих состояниях и наиболее распространенных видах травматических повреждений при МТ.

При разработке алгоритмов действий медперсонала по оказанию ЭМП пострадавшим должны быть учтены современные требования, предъявляемые к оказанию помощи и медикаментозному обеспечению в РУз.

Каждый из предложенных алгоритмов должен определить вид медицинской помощи, характеризуемой определенным объемом, конкретными задачами и перечнем типовых лечебно-профилактических мероприятий, а также квалификацией медицинского персонала и оснащением стационара.

Таким образом, правильная разработка и повсеместное применение алгоритмов позволили определить объем и последовательность обследования пострадавшего с МТ; выявить ведущие жизнеугрожающие синдромы при МТ, определить объем и последовательность оказываемой на госпитальном этапе помощи.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭТАПНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ

Давлатов Б.Н., Мамаджанов Х.Х.
Андижанский филиал РНЦЭМП

В структуре травм удельный вес множественных и сочетанных повреждений достигает 10-20%, в 12-15% исходом является постоянная инвалидность пострадавших, летальность составляет 15-40%.

Данные литературы свидетельствует о закономерности приобретения травмами характера множественных и сочетанных травм (МСТ), что определяет актуальность данной проблемы. В свою очередь высокий уровень травматизма, обусловленного особенностями урбанизации городов и развитием транспортной инфраструктуры и промышленного производства, а также увеличением количества природных катаклизмов и локальных войн, приобретает характер чрезвычайных ситуаций (ЧС).

Оказание медицинской помощи (МП) в ЧС является сложной задачей, ход ее определяются следующими факторами:

– необходимость в оказании МП возникает внезапно;

– ЧС характеризуются большим числом пострадавших, травматизм приобретает черты массовости;

– возникает временное бездействие связи или несогласованность действий общественных организаций (правоохранительные органы, скорая помощь, общественный транспорт);

– возникают условия для развития и ухудшения санитарно-эпидемиологической обстановки;

– высокое нервное напряжение и эмоциональная возбудимость среди населения, правоохранительных органов и медицинского персонала;

– качественная и количественная обеспеченность медикаментами, силами и средствами, а также готовность и возможность лечебных учреждений оказать МП при ЧС.

В свете перечисленных обстоятельств становится очевидным, что разработка современной рациональной и эффективной тактики по оказанию помощи больным с МСТ в условиях чрезвычайной ситуации продиктована необходимостью.

Единая структура РНЦЭМП с его филиалами в областях и субфилиалами с наличием необходимых ресурсов (протоколы действия на случаи ЧС, склады ЧС и др.), а также вхождение в неё служб САС и "03", позволяет незамедлительно реагировать на различные ЧС, включая террористические акты. Созданная система, основанная на глубоком изучении потребности населения республики в экстренной медицинской помощи, позволяет охватить все регионы. Так, об эффективности работы СЭМП и возможности быстрого координирования её деятельности различными министерствами и ведомствами, свидетельствуют события, происшедшие в Андижане в мае 2005 г.

Довольно высокие показатели летальности и осложнений при ЧС убедили нас в необходимости осветить вопросы этапности и тактики лечения на этапах медицинской помощи. Особенно остро эти вопросы встают при групповом и массовом поступлении пострадавших в ЧС.

При рассмотрении вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи, необходимо дать четкое разграничение терминов и определений, а также построение рациональных схем организации ЭМП на каждом из этапов помощи.

В этих условиях, при оказании медицинской помощи пострадавшим, невозможно пользоваться одной, раз и навсегда разработанной тактикой лечебно-диагностического обеспечения. Обоснованным при этом является применение наработанных тактических приемов и схем медицинской помощи с принципами эшелонирования, используемыми в военной медицине, объем которых зависит от конкретной медицинской обстановки в очаге катастрофы, со строго регламентированными видами медицинской помощи: первая медицинская, доврачебная, первая врачебная, квалифицированная и специализированная.

Каждый вид медицинской помощи характеризуется определенным объемом, конкретными задачами и перечнем типовых лечебно-профилактических мероприятий, а также квалификацией медицинского персонала и оснащением.

Диагностика повреждений и объем медицинской помощи во всей её полноте, а также лечебные мероприятия проводятся на этапах медицинской помощи. На основании анализа помощь пострадавшим с МСТ была разделена нами на три этапа - догоспитальный, госпитальный, послегоспитальный.

Таким образом, ведение пострадавших на этапах помощи, диагностики и терапии при ЧС, на наш взгляд, характеризуются следующими особенностями:

- медицинская помощь больным с МСТ начинается на месте происшествия, т.е. в более короткие сроки от момента травмы; подготовка пострадавших к транспортировке ни

в коем случае не должна увеличивать время доставки пострадавшего в стационар;

- обследование больных с МСТ на догоспитальном этапе, независимо от того, кем оказывается помощь, должно начинаться с определения состояния жизненно важных функций - дыхание (тип и частота) и кровообращение (степень изменения кожных покровов, выявление наружного и внутреннего кровотечения, показатели артериального давления, частота и характер пульса);

- неотложные состояния при МСТ допускают синдромологическую постановку диагноза;

- установление предварительного диагноза с выявлением ведущей травмы, а также с уточнением причин жизнеопасных нарушений определяет решение о госпитализации, месте госпитализации и оказании медицинской помощи, устанавливает очередность эвакуации;

- качество лечения на госпитальном этапе определяется показателями летальности и инвалидизации у больных МСТ, обусловленными своевременной квалифицированной и специализированной помощью;

- важнейшим звеном системы помощи на послегоспитальном этапе является организация работы амбулаторно-поликлинической сети, а также медицинская и социально-трудовая реабилитация пострадавших с МСТ.

ОПЫТ АФРНЦЭМП В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ

Давлатов Б.Н., Ходжамова Т.У., Мамаджанов Х.Х.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Оказание медицинской помощи (МП) пострадавшим при массовых поражениях всегда было одной из важнейших задач медицины. В последние годы повсеместно в мире отмечается тенденция к росту числа чрезвычайных ситуаций (ЧС): техногенных аварий, стихийных бедствий, влекущих за собой значительные человеческие жертвы, а повреждения приобретают закономерность характера множественных и сочетанных травм (МСТ), что определяет актуальность диагностики и лечения пострадавших при ЧС.

Как показывает опыт, даже при одном и том же числе пострадавших при отсутствии поблизости медицинских учреждений возникает ЧС, а в условиях крупного города местные органы здравоохранения могут справиться с оказанием экстренной медицинской помощи, не нарушая повседневного режима работы. В то же время некоторые катастрофы, приводя к значительным материальным потерям и нарушению жизнедеятельности целых регионов, могут не сопровождаться большим количеством пораженных и тем самым не создавать ЧС для органов здравоохранения.

Развитие событий последних лет у нас в республике показывает, что в ходе реформирования здравоохранения полностью оправдала себя идея создания системы оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП) с организацией Республиканского центра, его филиалов и субфилиалов в областях, в городах и районах республики.

С медицинской точки зрения, под ЧС понимают обстановку, сложившуюся в результате катастрофы, при которой число пораженных, нуждающихся в экстренной медицинской помощи, превосходит возможности ее своевременного оказания силами и средствами местного здравоохранения, и требуется как привлечение медицинской помощи извне, так и существенное изменение форм и методов повседневной работы медицинских учреждений и персонала.

Сегодня служба ЭМП области является основным научным, организационно-методическим центром всей экстренной службы здравоохранения области в лице областного филиала РНЦЭМП и субфилиалов при районных медицинских объединениях (РМО) и городских медицинских объединениях (ГМО). Они же – лечебные учреждения, являющиеся соответственно центрами медицинской помощи при ЧС и одновременно выполняющие функции штабов Республиканской службы при ЧС соответственного уровня.

Настоящее сообщение основано на 10-летнем опыте работы АФРНЦЭМП, где за истекшее время накоплен определённый опыт по приёму и организации ЭМП пострадавшим при ЧС разного характера.

В связи с вышеперечисленными условиями организация МП населению области с МСТ при ЧС осуществляется поэтапно и состоит из: первичного звена - поликлиники, городские и сельские врачебные пункты, городские и районные станции службы «03»; второго звена - субфилиал при РМО или ГМО + выездные специализированные бригады по линии САС с привлечением необходимых специалистов из областного филиала и специалистов бригад ЭМП постоянной готовности АФРНЦЭМП; третьего звена - областной филиал РНЦЭМП + выездные специализированные бригады по линии САС и специалисты бригад ЭМП постоянной готовности АФРНЦЭМП с привлечением необходимых специалистов из РНЦЭМП и других специализированных центров республики.

Филиал обеспечивает стабильное функционирование и оказание специализированной медицинской помощи в полном объёме по следующим профилям:

- экстренная хирургическая и урологическая помощь взрослым и детям;
- экстренная травматологическая и нейрохирургическая помощь;
- комбустиология;
- неотложная гинекология;
- неотложные терапевтические состояния;
- неотложная педиатрия;
- острые отравления и критические состояния;

При работе в обычном режиме в филиале функционирует 350 коек, в том числе 36 реанимационных, из которых 12 с возможностью длительной искусственной поддержки жизненно важных функций организма.

По объявлению положения ЧС по разработанной схеме в АФРНЦЭМП развёртываются койки, определяются сроки готовности и ответственные лица. Расчёт развёртываемых и перепрофилирования лечебных отделений, а также режим и объем работы филиала при ЧС зависит от степени чрезвычайной ситуации, которая по числу пострадавших разделена на: I степень (число пострадавших до 50), II степень (число пострадавших от 50 до 100), III степень (число пострадавших от 100 до 500), IV степень (число пострадавших более 500).

При поступлении до 50 пострадавших центр может работать в обычном режиме, и оказание ЭМП обеспечивается штатным персоналом госпитальных и лечебно-диагностических отделений филиала.

При II степени филиал работает в усиленном, интенсив-

ном режиме. Для организации ЭМП в этом режиме работы привлекаются специалисты бригад ЭМП постоянной готовности АФРНЦЭМП и др.

В случае ЧС III-IV степени по согласованию с областным управлением здравоохранения к работе привлекаются персонал филиала сверх основного рабочего графика, специалисты и медицинский персонал других лечебных учреждений с оплатой за сверхурочную работу. Это в основном сотрудники клинических кафедр АГМИ, базирующихся на базе филиала, бригады усиления СЭМП.

По филиалу согласно плану действия дополнительно развёртывается 226 коек, в том числе 26 реанимационных, 165 травматологических, 35 нейрохирургических.

Переход филиала на интенсивный или чрезвычайный режим работы определяется и целиком зависит от сложившейся оперативной обстановки. При этом профиль отдельных госпитальных подразделений может изменяться в зависимости от преобладания профиля пострадавших и больных. Оперативные действия осуществляются по разработанному плану действия филиала при ЧС мирного времени и при катастрофах различного характера, где предусмотрена подготовка филиала к массовому приёму пострадавших.

Таким образом, как показывают результаты проделанной работы, с целью улучшения организации работы служб ЭМП и лечения МСТ при ЧС необходимо:

- штатное укомплектование структурных подразделений;
- увеличение автомобильного парка отделения скорой помощи за счет реанимобилей;
- обеспечение надлежащей охраны лечебного учреждения;
- дооснащение филиала и его субфилиалов необходимым современным диагностическим оборудованием.

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ, СОЧЕТАННЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Жоллыбеков Д.Б., Елмурзаева Г.С.
Нукусский филиал РНЦЭМП

Сочетанная черепно-мозговая травма (СЧМТ) - сложная мультидисциплинарная проблема, которая находится на стыке медицины и социологии - одно из наиболее основных направлений в здравоохранении (Соколов В.А., 2002).

Интерес к сочетанной черепно-мозговой травме возрос за последние 10-15 лет в связи с увеличением как числа пострадавших с такими видами повреждения, так и летальных исходов, которые встречается в 42,2-68% от всех травм (Рехачев В.П., Недашковскии Э.В., 2005).

Цель исследования: изучить и систематизировать проявления ЧМТ в сочетании с повреждениями лицевого скелета с учетом их локализации; установить клинические особенности сочетанных повреждений, приняв их за теоретическую основу для обоснования челюстно-лицевых хирургических мероприятий; изучить надежность предлагаемой тактики хирургического лечения.

Черепно-мозговая травма в сочетании с переломами костей лицевого скелета, по данным Нукусского филиала РНЦЭМП за 2006-2009 гг., составляет более трети всех сочетанных черепно-мозговых травм. Особенности диагностики, принципы госпитализации, последовательность лечебных мероприятий определяются соотношением повреждений по степени тяжести и локализацией черепных и внечерепных повреждений. Поэтому больных по степени тяжести полученных травм разделили на 4 группы. 1-я группа – тяжелая черепно-мозговая травма и тяжелая челюстно-лицевая травма. Это ушибы головного мозга тяжелой и среднетяжелой степени, сдавление головного мозга, внутричерепные гематомы, сочетающиеся с переломами по типу Ле-Фор 2, Ле-Фор 3, множественные переломы лицевого скелета. 2-я группа – тяжелая черепно-мозговая травма и нетяжелая челюстно-лицевая травма: переломы носовых и скуловых костей, односторонние переломы верхних и нижних челюстей, обширные раны лица, сопровождающиеся большой кровопотерей. 3-я группа – нетяжелая черепно-мозговая травма и тяжелая челюстно-лицевая травма. 4-я группа – нетяжелые черепно-мозговые травмы и нетяжелые челюстно-лицевые травмы.

Тяжелые челюстно-лицевые повреждения затрудняют диагностику черепно-мозговой травмы. Кровотечение в клетчатку век и склеру глаз симулирует перелом основания черепа, затрудняет исследование функции глазодвигательных нервов, осмотр глазного дна. Повреждение тройничного, глазодвигательного, лицевого нервов может симулировать очаговую симптоматику. Повреждение челюстей, западение языка, обтурация верхних дыхательных путей слизью, кровью, отломками зубов и зубных протезов вызывают обтурацию верхних дыхательных путей, дыхательную недостаточность, усугубляя гипоксию мозга. Повреждение придаточных пазух носа, наблюдаемые при переломе лобной кости, верхней челюсти, костей носа, способствует восходящей инфекции, а при ликворе образованию ликворных свищей.

Под нашим наблюдением находились 598 человек, из них 589 мужчин и 9 женщин. Больных 1-й группы было -12, 2-й - 86, 3-й 250, 4-й 250. Госпитализировали больных по общепринятому стандарту: 1-ю группу в РАО, 2-ю в отделение нейрохирургии, 3-ю и 4-ю группу в отделение травматологии. Все больные с сочетанной черепно-мозговой травмой должны быть госпитализированы. Оперированы в экстренном порядке 64, из них открытая репозиция и остеосинтез скуловой кости произведен - 14, открытая репозиция и остеосинтез проволочными костными швами нижней челюсти - 32, у 9 больных удалены костные отломки передней стенки лобной пазухи, первичная хирургическая обработка ран лицевой области произведена - 318, у 174 больным выполнено репозиция костных отломков и шинирование переломов нижней челюсти, у 51- репозиция костей носа, из них открытую - 7, закрытую - 44.

Репозицию и фиксацию отломков нижней челюсти проводили соответственно на 1-2 сутки, в тяжелых случаях - на 10-12 день. Репозицию отломков костей носа больным с легкой черепно-мозговой травмой проводили сразу при поступлении, а при тяжелой - на 6-7 сутки.

Таким образом первоочередные диагностические и лечебные мероприятия у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой должны быть направлены на восстановление наиболее пострадавших функций организма, после чего производятся хирургические вмешательства.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ

Захидова С.Х., Давронова З.Д., Агзамов М.К., Карабаев Х.К.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

За последние годы в мире отмечается значительный рост "травматической болезни", особенно тяжелых сочетанных и множественных повреждений.

Цель исследования: проанализировать качественный состав больных с травмами, леченных в Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2009 г.

Всего в приёмное отделение обратились 56 067 человек, из них с различными травмами было 8274 (14,76%). Госпитализированы за указанный период 21 732 (38,76%), из них с травмами - 1843 (8,48%) пациента. Оперирован 721 (39,12%) пострадавший. В послеоперационном периоде от травмы умерли 127 (17,61%) человек, а среди госпитализированных больных летальность составила (6,89%127 человек).

Все виды сочетанных травм в зависимости от ведущего повреждения могут быть отнесены к одной из 7 групп (Соколов В.А., 1998).

1-я группа - сочетанная черепно-мозговая травма - 796 (43,19%) больных, из них оперированы 225 (28,27%), умерли 56 (7,04%), после операции - 56 (24,89%).

2-я группа - сочетанная травма груди - 194 (10,53%) пострадавших, оперированы 87 (44,85%), умерли 14 (16,09%).

3-я группа - сочетанная травма опорно-двигательного аппарата - 458 (24,85%) человек, оперированы 146 (31,88%), умерли 6 (4,11%).

4-я группа - сочетанная травма спинного мозга - 39 (2,12%) пострадавших, оперированы 13 (33,33%), умерли 5 (12,82%).

5-я группа - сочетанная травма без ведущего повреждения - 51 (2,77%) человек, оперированы 23 (45,1%), умерли 2 (3,92%).

6-я группа - сочетанная травма двух и более полостей - 305 (16,55%) пострадавших, из них оперированы 146 (47,7%) , умерли - 44 (14,43%).

7-я группа - пострадавшие с сочетанными травмами живота и органов забрюшинного пространства включены в 6-ю группу.

Следует отметить, что 1499 случаев (81,33%) пострадавших получили травмы в результате дорожно-транспортного происшествия. Из них 307 (16,66%) госпитализированы.

Большинство пострадавших с сочетанной травмой были доставлены бригадами скорой помощи (74,5%). 30-35% пациентов находились в состоянии алкогольного опьянения.

Среди пострадавших 307 (16,39%) были дети в возрасте от 14 лет. 64,8% наших пациентов с сочетанными травмами были в трудоспособном возрасте от 20 до 50 лет, в основном мужчины (88,7%). Очевидно , что проблема вышла за рамки медицинской, приобретя острософиальный, демографический и экономический характер.

НЕОБХОДИМЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЛИНИКАХ И В ЦЕНТРАХ МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Искандаров Т.И., Кучкарова М.Р.
НИИ санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний МЗ РУз

Меры по реформированию системы здравоохранения, принятые правительством нашей республики, позволили существенно повысить уровень медицинского обслуживания людей, улучшить качество жизни населения. В результате продолжительность жизни населения в Узбекистане за период с 1990 по 2006 гг. увеличилась с 67 до 72,5 года. Полностью искоренены такие социально опасные и инфекционные заболевания как оспа, брюшной тиф, полиомиелит, дифтерия, сибирская язва, бубонная чума, холера и др.

Однако в результате миграции населения случаи завоза инфекций лицами в инкубационном периоде или со стертыми формами признаков заболевания увеличиваются. В связи с этим, при обследовании планировочных решений лечебных учреждений, мы обращали особое внимание на наличие фильтра-бокса и санитарно-гигиенических помещений для персонала.

В результате обследования приемных отделений экстренной медицинской помощи и центров медицинской диагностики (ЦМД) в г.Ташкенте, Джизакской, Бухарской, Кашкадарьинской областях было установлено отсутствие специально организованного бокса для выявления больных с опасными инфекционными заболеваниями. Во многих клиниках отсутствует также отдельный сан. узел для сотрудников, душевые комнаты.

На наш взгляд, эти недостатки связаны с тем, что обследованные клиники экстренной медицинской помощи и ЦМД в основном расположены в зданиях, перепрофилированных в ЭМП и ЦМД или в приспособленных зданиях, где не было возможности развернуть необходимый набор помещений.

Учитывая вышеизложенное, нами разработаны необходимый набор и площади помещений для фильтра - бокса и санитарно-гигиенических помещений для сотрудников.

Необходимо предусмотреть при приемном покое и у входа в ЦМД помещение 6 м^2 на 1 кушетку, но не менее 12 м^2 с обязательным наличием санитарного узла 6 м^2, состоящий из туалетной комнаты с умывальником и душевой и шлюз 1,1 м^2 между фильтром и коридором.

Сан узел для персонала: душевая с раздевалкой 3 м^2, туалетная с умывальником 3 м^2 , комната гигиены женщин 5 м^2, кабинет для персонала не менее 8 м^2.

Обеспечение должных условий работы положительно влияет на работоспособность врачей и способствует сохранению их здоровья.

СОСТОЯНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Исрайилов Д.У., Махкамов К.Э.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Оказание специализированной помощи больным с позвоночно-спинномозговой травмой остается актуальной проблемой экстренной медицины. Необходимость проведения операций в раннем периоде при позвоночно-спинномозговой травме обусловлено необратимостью патологических изменений в спинном мозге при длительном сдавлении его поврежденными костными структурами позвоночника. Кроме того, ранняя стабилизация позвоночного столба при нестабильных переломах обеспечивает раннюю активизацию больных, следовательно, уменьшает риск осложнений, связанных с длительной неподвижностью. С увеличением скорости и мощности средств передвижения частота травмы спинного мозга возрастает, что требует дальнейшей разработки адекватных методов лечения.

В системе экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан в 2008 г. оказана помощь 757 больным с позвоночно-спинномозговой травмой, из них 128 (16,9%) произведено оперативное вмешательство. Повреждения шейного отдела позвоночника и спинного мозга встречались у 194 (25,6%) пострадавших, повреждения грудного отдела позвоночника и спинного мозга - у 216 (28,5%), повреждения поясничного отдела позвоночника и спинного мозга у 348 (45,9%). 35 (4,6%) больным произведено оперативное вмешательство с целью декомпрессии спинного мозга в шейном отделе позвоночника, 30 (3,9%) - на уровне грудного отдела позвоночника, у 64 (8,5%) - на поясничном отделе позвоночника. Хотя показания к стабилизирующим операциям позвоночного столба имелись у 117 (15,5%) больных с повреждением шейного отдела, у 125 (16,5%) с повреждением грудного отдела и у 185 (24,4%) - поясничного отдела, стабилизирующие операции производились в единичных случаях. Это было обусловлено недостаточностью современных стабилизирующих металлоконструкций для позвоночного столба, отсутствием специалистов, владеющими методами стабилизирующих операций позвоночного столба.

Таким образом, мы считаем необходимым обеспечение лечебных учреждений системы экстренной медицины современными стабилизирующими металлоконструкциями и обучение специалистов современным хирургическим методам стабилизации позвоночного столба при травмах.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЙ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ СТАЦИОНАРОВ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Карабаев М.К., Хошимов В.Г., Маманабиев Ю.Т.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В стационарах экстренной медицинской помощи временной фактор играет большую роль в спасении жизни пациента, с этой точки зрения выполнение требований и регламентов в подборе препаратов крови в сжатые сроки имеет важное значение. Современные информационные технологии позволяют автоматизировать процессы подбора, анализа препаратов крови, повышать их достоверность, эффективность и оперативность принятия решений.

Работа посвящена описанию этапов формирования электронного заказа на препараты крови в клинических отделениях и его удовлетворения в ОПК на основе ИКТ ExterNET.

Впервые информация о потребности отделения в препаратах крови зарождается при оформлении врачом специально созданного электронного шаблона "показание к переливанию крови". Заполнение этого шаблона зарождает сигнал информации о потребности в препаратах крови отделения в АРМ врача, сигнал попадает в АРМ трансфузиолога. При рассмотрении информации о потребности клинического отделения врачом трансфузиологом в его АРМе программа предоставляет автоматически информацию о банке крови ОПК. Здесь же трансфузиолог имеет возможность через свой АРМ ознакомиться с ИБ пациента, оправданностью необходимости в гемотрансфузии. Затем через свой АРМ трансфузиолог решает вопрос об удовлетворении заказа. Подробно алгоритм получения, переливания и списания препарата крови выглядит следующим образом.

1. Стадия запроса. Показание врача (заполнение электронного шаблона "показание к гемотрансфузии)

а) идёт информация к постовой медсестре - формируется прототип требования на препараты крови в АРМ медсестры только в электронном виде.

б) идёт информация в АРМ трансфузиолога - удовлетворяется запрос из АРМ Трансфузиолога, информация попадает в АРМ Врача.

2. Стадия выдачи препаратов крови. Сформировано электронное требование на препараты крови.

а) выдаётся кровь из ОПК

б) медсестра получает кровь, осуществляет контрольную проверку, ставит все пробы, в случае совместимости крови начинает переливать кровь.

3. Стадия осуществления переливания препаратов крови.

В случае совместимости и отсутствии противопоказаний начинается переливание. Вне зависимости от количества перелитой крови (процесс трансфузии может быть прерван по определённым причинам):

а) заполняется электронный протокол переливания крови и его препаратов с указанием количества и причины прерывания переливания (если оно имело место) врачом в АРМ врача. Информация об этом автоматически попадает в АРМ медсестры и трансфузиолога,

б) формируется окончательное требование с получением его распечатки (заполняются все нормативные пункты), с указанием количества перелитой крови,

в) списывается в ОПК и в отделении как перелитая на конкретного больного.

В случае не совместимости (бракованная кровь, несоответствие группы на этикетке и крови во флаконе, индивидуальная несовместимость и т.п.), то есть кровь только проверенна, но не использована у больного:

а) флакон возвращается в ОПК,

б) медсестрой информация о результате проверки вносится в АРМ медсестры, информация автоматически попадает в АРМ трансфузиолога,

в) требование остается промежуточным в электронном виде,

г) врачебный протокол переливания на бракованную кровь не оформляется,

д) списывается только в ОПК, заполнением специального электронного шаблона,

е) выдаётся новый флакон, возвращаемся к пункту 2.

Для создания и применения описанной компьютерной технологии обеспечения клинических отделений препаратами крови нам потребовалось:

1) максимально формализовать медицинскую информацию, что достигнуто созданием электронных шаблонов показания к переливанию крови и его компонентов, протокола переливания крови и его компонентов, электронного запроса на кровь и его компоненты, электронного требования с возможностью его распечатки,

2) создать специальное программное обеспечение в соответствующих АРМах: врача и медсестры клинического отделения, трансфузиолога,

3) создание электронного банка крови в ОПК.

Преимуществами применяемой технологии являются:

1) оперативность информационного обмена между клиническими отделениями и ОПК.

2) систематизирует запросы из клинических отделений, что позволяет трансфузиологу ОПК дифференцировать процесс обеспечения препаратами крови по тяжести состояния больных нуждающихся в гемотрансфузии,

3) полное отсутствие информационных потерь,

4) экономия времени за счёт автоматического формирования выходных документов,

5) возможность научного анализа деятельности ОПК за счёт структурирования информационного обмена.

ПЕРВЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ТОЦЭМП

Карабаев О.В., Бакиров Г.М., Хамракулов Б.Б.

Ташкентский областной центр экстренной медицинской помощи

Нейрохирургическая служба ТОЦЭМП начала функционировать 22 марта 2009 года. По штатному расписанию имеется круглосуточный пост нейрохирургов в приемно-диагностическом отделении (4,75 ставки) и ставка нейрохирурга в отделении. Работают 6 специалистов. В составе отделения сочетанных травм имеется 10 нейрохирургических коек и 5 коек для больных с инсульт -гематомами в составе отделения терапии. За 9 месяцев 2009г. в приемное отделение обратился 2371 больной нейрохирургического профиля. Госпитализированы 678 (28,5%) больных. Большинство госпитализированных -больные с изолированной и сочетанной нейрохирургической патологией. Скорой медицинской помощью доставлено 631 (26,6%) больной. Криминальная травма отмечалась у 662 (28%) пострадавших. Выполнено более 3000 рентгеноисследований, 420 КТ и МРТ головного мозга и позвоночника. Оперированы 135 больных, оперативная активность составила 20%. Инсультные гематомы наблюдались у 12 (8,9%), вдавленные переломы черепа- у 15 (11,2%), посттравматические гидромы и кисты -у 22 (16,3%), внутричерепные гематомы-у 39 (28,8%), переломы позвоночника-у 15 (11,2%), абсцессы головного мозга-у 2 (1,5%), опухоли головного мозга -у 7 (5,2%), опухоли спинного мозга-у 1 (0,8%), вентрикулоперитонеальное шунтирование -у 6 (4,5%), дискэктомии-у 6 (4,5%), аномалия Киари-у 2 (1,5%), пластика дефектов черепа -у 6 (4,5%), удаление металлоконструкций - у 2 (1,5%). Послеоперационная летальность составила 8%, в основном за счет больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами. 76 % больных оперированы в основном в первые сутки после поступления. В связи с отсутствием в клинике КТ больным с ЧМТ диагноз устанавливался на основе принципа клинико- инструментального сопоставления (ЭхоЭС, рентгенодиагностика, осмотр окулиста и невропатолога) и активного наблюдения за динамикой нейростатуса. Для уточнения диагноза в сложных случаях проводились высокоинформативные методы нейровизуализации, однако для этого больные вынужденно направлялись в г. Ташкент, что затягивало сроки от поступления до операции и было сопряжено с риском транспортировки на автотранспорте.

Таким образом, с учетом высокой обращаемости больных нейрохирургического профиля в ТОЦЭМП и для улучшения обслуживания населения, необходимо оснастить клинику аппаратом КТ.

ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Карабаев О.В., Бакиров Г.М., Холиков А.Т.

Ташкентскийобластной центр экстреннннной медицинской помощи

Пострадавшие с позвоночно-спинномозговой травмой относятся к наиболее тяжелому контингенту ввиду анатомических и функциональных особенностей строения позвоночного столба, спинного мозга и практически отсутствием резервных ликворных пространств. Все это обусловливает крайне быстрое развитие "патологического каскада", вызванного травмой, нарушением кровоснабжения, приводящего к необратимым последствиям в виде стойкой инвалидизации.

С момента открытия ТОЦЭМП (9 месяцев 2009 г.) мы наблюдали 32 больных с переломами позвоночника. У 17 из них переломы были с незначительной компрессией, стабильными, без неврологического дефицита и велись консервативно со строгим соблюдением правил внешней фиксации и ортопедического режима. Из 15 оперированных больных у 3 не было нарушения функции спинного мозга, но имела место нестабильность опорной функции позвоночника. Им выполнены различные стабилизирующие операции. У 12 больных наблюдались нарушения функции спинного мозга различной степени выраженности. Все больные оперированы в сроки до 12 часов, что позволило улучшить результаты выздоровления и регресс неврологической симптоматики. Однако необходимо отметить, что все больные транспортированы с грубыми нарушения и правил эвакуации. Ни в одном случае не применялся фиксирующий шейный воротник и доскообразные носилки. Это, без сомнения, усугубило состояние больных, так как у всех оперированных больных наблюдалась нестабильность в зонах переломов в виде повреждения двух и более опорных столбов. Клинически это проявлялось усугублением неврологической симптоматики после транспортировки и повлияло на сроки восстановления неврологического дефицита в послеоперационном периоде.

Вывод. Необходимо оснастить все бригады скорой медицинской помощи спецсредствами для транспортировки больных с позвоночно-спинномозговой травмой и регулярно проводить тренинги по специфике транспортировки и оказанию помощи вышеуказанному контингенту больных на догоспитальном этапе.

ЛЕЧЕБНЫЕ СТАНДАРТЫ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАХ ГРУДИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Каримов Ш.Н., Пахмурин И.Р., Жаббаров Н.Б., Усманов А.К.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Проанализирован опыт диагностики и лечения 90 пациентов с различными травмами грудной клетки, госпитализированных в Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи при ЧС. Лиц мужского пола было 58, женского - 32. У 51 были автодорожные травмы, у 13 причиной увечья стало падение с высоты, у остальных 26 травма носила криминальный характер. Гемопневмоторакс обнаружен у 65 больных, изолированный гемоторакс - у 16 больных, у 9 единственным признаком внутригрудных повреждений было наличие подкожной эмфиземы, у 5 пострадавших гемопневмоторакс сочетался с кровохарканьем. Проникающие колото-резаные ранения у 4 больных сочетались с повреждением костных структур грудной клетки. Преобладали закрытые травмы груди у 64 больных, из них сочетанные повреждения были у 32. Наиболее часто встречались сопутствующие повреждения головы, переломы тазовых костей. Переломы ребер, лопатки, грудины, ключицы диагностированы у 15 больных. Ранения межреберных артерий установлено у 11 пациентов, повреждения внутренней грудной артерии - у 2, легкого - у 27, диафрагмы - у 2, сочетанные повреждения левой доли печени, сальника и желудка - у 8. Повреждения сердца и перикарда установлены у 7 больных, у 1 из них диагностирован полный продольный разрыв перикарда с транспозицией сердца в левую плевральную полость. У 90 больных выполнено 114 операций. Широкие межреберные торакотомии произведены у 52 пациентов, торакоскопия - 42, дренажная торакостомия у 20. Летальных исходов было 6. Анестезиологическое обеспечение - эндотрахеальный наркоз в сочетании с ТВА. Для обеспечения однолегочной вентиляции использовали двухпросветную трубку Mallinckrodt. При тяжелой сочетанной закрытой травме груди с нарушением каркасности грудной клетки общая анестезия предшествовала всем хирургическим манипуляциям.

Таким образом, диагностику и тактику хирургического лечения при повреждениях грудной клетки необходимо индивидуализировать у пациентов с подозрением на повреждение внутригрудных органов торакоскопическая ревизия с последующей дренажной торакостомией является обязательным элементом диагностического алгоритма. Выбор хирургической тактики при травмах груди определяется результатами диагностической торакоскопии.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ОБЪЕМА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Кенжаев О.А., Махмудов Н.И., Хайдаров А.Х.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Среди различных видов травм повреждения живота составляют от 0,5 до 20%.

По литературным данным, внутрибрюшинные разрывы мочевого пузыря встречается в 5,1% случаев, забрюшинные гематомы в 6,3%. Следует подчеркнуть, что при таких травмах живота шок наблюдается у 21,6% пострадавших.

За период 2002-2009 гг. в отделение экстренной урологии всего пролечено 108 больных с повреждением почек и мочевыводяших путей. Из них с повреждением мочевого пузыря было 24 (22,2%) больных. Разрыв мочевого пузыря с развитием мочевого перитонита установлен у 14 (58,3%), изолированное повреждение почек – у 6 (25%), тупая травма мочевого пузыря с развитием гематомы забрюшинного пространства – у 4 (16,7%) больных. Из них оперированы 14 больных (58,3%), остальным проведено гемостатическое консервативное лечение. Умерли всего 3 (0,12%) больных.

Всем больным при поступлении оказана соответствующая экстренная медицинская помощь по стандарту. Вместе с тем, диагностическая программа на до госпитальном этапе включала:

1. подробный опрос больного или доставивших его лиц для выяснения механизма травмы;
2. выявление объективных признаков с учетом уточнения косвенных признаков повреждения почки и мочевого пузыря;
3. оценка состояния больного для конкретизации программ диагностических и лечебных процедур;
4. выявление признаков и установление степени шокового синдрома;
5. выявление признаков и установление степени геморрагического синдрома;
6. выявление признаков и установление степени перитонеального синдрома.

Такой подход в диагностике на догоспитальном этапе у данной категории больных предопределил не только дальнейшую тактику ведения, но и исход при повреждении мочевого пузыря.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АРХИТЕКТУРНО-ПЛАНИРОВОЧНЫХ РЕШЕНИЙ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Кучкарова М.Р., Искандарова Г.Т., Ильина О.Н.
НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз

Согласно Указу Президента № УП-3923 от 19 сентября 2007 года сеть диагностических служб является важнейшим средством своевременного выявления, профилактики и эффективного лечения заболеваний. Особенно высока роль медицинской диагностики в экстренной медицинской помощи (ЭМП). Особенностью системы ЭМП Узбекистана является универсальность при оказании ЭМП при чрезвычайных ситуациях (ЧС), так как при массовом поступлении пострадавших основная нагрузка ложится на диагностическую службу клиники. В связи с этим служба медицинской диагностики должна быть оснащена современной техникой и технологиями, современным диагностическим и лечебным оборудованием, отвечающим международным стандартам, укомплектована высококвали-фицированными специалистами. При этом труд врачей требует большого напряжения при определении точного диагноза, от которого

зависит тактика лечения и выздоровление больного. Все вышеперечисленное определило необходимость гигиенической оценки планировочных решений и набора помещений для размещения наиболее современной и чувствительной аппаратуры.

Исследования проводились в РНЦЭМП и в некоторых областных филиалах.

Обследованы помещения компьютерной томографии и УЗД, требующие определенных условий эксплуатации. Наряду с обследованием, мы проводили опрос медицинских работников, работающих с вышеперечисленными аппаратами, изучали их мнения и пожелания по площади и набору помещений. На основании обследования и опроса нами разработаны нормативы площадей и набора помещений, которые обеспечили бы оптимальные условия для труда медицинских работников больных во время обследования. Эти данные вошли в СанПиН № 0231-07. Перечень и площадь (в м2) необходимых помещений: компьютерной томогра-фии - 34, кабинет с мультисрезовым томографом - 42, комната управления - 10, комната подготовки больного - 7, комната оказания первой помощи больному - 9, последние две комнаты могут быть совмещены - 9 + 5, кабинет врача - 10, кабинет заведующего отделением - 12, комната инженера - 10, комната для хранения оборудования, фотолаборатория - 10 + 8, санитарная комната - 3 + 5.

Кабинет ультразвуковой диагностики: на одну установку - 20, помещение для ожидания приема врача - 10, помещение для раздевания и одевания и подготовки больного к специальным методикам ультразвукового исследования - 5 + 10.

Таким образом, мы разработали набор помещений необходимый для оптимальной работы медицинских работников отделений функциональной диагностики.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Максудов Б.М., Давлатов Б.Н., Набиев Ф.О., Ханапияев Ф.Р., Мамаджанов Х.Х.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Не претендуя на решение всей проблемы сочетанной травмы (СТ), мы пытались представить особенности диагностики, клинического течения и лечения 97 больных с тяжелой СТ, которые были разделены на 2 группы: больные с тяжелой сочетанной ЧМТ - 63 (64,9%), больные с тяжелой сочетанной ПСМТ - 34 (35,1%). Большинство пострадавших были в возрасте от 20 до 40 лет, 72 (74,2%) мужчины. Большинство (67,3%) были транспортные травмы, а также кататравма.

Больным в состоянии шока специализированная помощь начиналась с проведения реанимационных мероприятий в противошоковой палате или в отделении нейрореанимации с одновременной предоперационной подготовкой.

Консервативное лечение применено у 24 (24,7%) больных. При травме шейного отдела позвоночника оно состояло из коррекции и фиксации с использованием внешней коррекции и фиксации Галло-аппаратами и головодержателями, при стабильных переломах грудного и поясничного отделов консервативное лечение проводилось с применением этапной реклинации и специальных реклинирующих корсетов.

Оперативное лечение проведено у 27 больных 1-й группы: декомпрессивная трепанация черепа с первичной, отсроченной пластикой углеродными трансплантатами, а также 12 больным 2-й группы: экстренная декомпрессивная ламинэктомия с последующей реклинацией и фиксацией поврежденного сегмента различными конструкциями переднего и заднего спондилодеза. Применены также операционные пособия по лечению скелетной травмы.

Таким образом, успех лечения определяют своевременная диагностика травматических повреждений и правильная организация лечебно-тактических мероприятий, а проведение оперативных вмешательств при тяжелых СТ в 21% случаев дают хорошие и удовлетворительные результаты.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ТРАВМАХ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Марупов А.М., Стопницкий А.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Увеличение количества и расширение применения химических веществ, включая лекарственные препараты, в течение последних десятилетий привели к тому, что исходящую от них опасность для здоровья человека осознали не только медицинские работники, но и общественность и официальные власти. Кроме того, в каждой стране существуют различные природные токсины, угрожающие населению.

Для обеспечения эффективной профилактики химического травматизма токсикологи должны тесно сотрудничать с широким кругом партнеров, особенно в медицине. Необходимы тесные контакты токсикологов с широким кругом медицинских учреждений и специалистов, включая персонал больниц, врачей общего профиля, педиатров, фармацевтов, судебно-медицинских экспертов, специалистов по гигиене труда, информатике, эпидемиологов, биологов, а также связь с другими государственными учреждениями, в частности с Министерством сельского хозяйства, промышленности, торговли, транспорта.

Очень ценны взаимоотношения со средствами массовой информации. Публикация или трансляция образовательных материалов по профилактике отравлений может стать частью общего процесса санитарного просвещения населения.

Для осуществления всех перечисленных мер профилактики химического травматизма необходимо организовать единый информационно-консультативный токсикологический центр (ИКТЦ) на базе РНЦЭМП, который будет предоставлять информацию об отравлениях, как правило, для всего общества, обеспечивать меры по токсикологической бдительности, проводить научные исследования на базе РНЦЭМП, обучение специалистов в области профилактики и лечения острых отравлений.

В задачи ИКТЦ входит:

- обеспечение медицинских работников и населения информацией по вопросам, касающимся профилактики, диагностики, первой медицинской помощи и лечения острых отравлений, а также по другим вопросам, относящимся к острому или хроническому воздействию химических веществ на организм;
- организация и координация медицинской помощи больным с острыми отравлениями в данном регионе;
- проведение мероприятий по качественному статистическому учету, анализу и прогнозированию отравлений;
- создание и пополнение баз данных по токсическим веществам;

- обучение медицинских работников в области токсикологии;

- подготовка и реализация программ профилактики отравлений среди населения.

Основные принципы организации ИКТЦ:

- ИКТЦ создается и осуществляет свою деятельность на основании соответствующего приказа (положения) органов управления здравоохранения данного региона, регламентирующего цели, задачи, обязанности и права центра;

- ИКТЦ должен охватывать своей деятельностью регион с населением не менее 1 млн человек, что соответствует рекомендациям Международной программы по химической безопасности (МПХБ) ВОЗ;

- для осуществления доступности консультаций ИКТЦ функционирует круглосуточно, без выходных;

- сотрудниками ИКТЦ, осуществляющими консультирование являются врачи прошедшие подготовку в области клинической токсикологии;

- консультирование ведется по специально выделенному для этой цели телефону, доступному всем жителям РУз, а также с помощью других средств связи (интернет, факсимильная связь, почта);

- в особых случаях консультирование может проводиться путем выезда сотрудника ИКТЦ к месту нахождения пациента;

- для эффективной работы ИКТЦ необходимо наличие тесного контакта и сотрудничества с системой неотложной медицинской помощи региона, другими ЛПУ, ведущими экстренный и плановый прием пациентов (стационары, поликлиники, сельские амбулатории), лабораторией;

- все обращения в ИКТЦ должны регистрироваться на специальных картах, накапливаться и подвергаться статистической обработке, анализу, на основе которого составляется отчет о деятельности ИКТЦ.

Профилактическая деятельность ИКТЦ:

Для предупреждения развития острой химической травмы ИКТЦ осуществляет следующие действия:

- предупреждает ответственные органы об обстоятельствах, чреватых высоким риском отравления с тем, чтобы они могли принять превентивные меры, в частности привлечь внимание пользователей к потенциальной опасности токсичных веществ; выпустить инструкции или законы относительно маркировки токсичных продуктов и специальной упаковки для снижения риска их воздействия, обеспечить модификацию или их изъятие из продажи;

- информирует население в целом, а также группы риска об установленной или вновь появившейся опасности, связанной с применением, транспортировкой, хранением и удалением конкретных химических веществ и природных токсинов, а также предоставляет советы о том, как устранить воздействие или аварии, связанные с этими веществами; при этом можно прибегнуть к изданию листовок, брошюр, плакатов, проведению просветительных программ и кампаний с привлечением средств массовой информации, не сея неоправданной паники и учитывая местные психосоциальные и культурные особенности;

- оповещает службы экстренной медицины, органы местной администрации, СЭС, средства массовой информации о конкретных потенциально токсичных факторах в регионе, на основе анализа статистических данных о случаях отравления в данном регионе.

Таким образом, организация информационно-консультативного токсикологического центра позволит значительно улучшить качество оказания квалифицированной помощи пациентам с острыми отравлениями

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Махмудов Х.А., Аббасханов Г.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Среди всех причин смертности политравма занимает третье место, а в группе лиц моложе 45 лет - первое. В последнее время существенно изменилась структура травматических повреждений. В связи с увеличением случаев производственного, бытового и дорожного травматизма доминирующее значение приобрели тяжелые множественные и сочетанные травмы. Вследствие крайней степени тяжести состояния пациенты с политравмой с места происшествия госпитализируются в ближайшие лечебно-профилактические учреждения, подавляющее большинство - в неспециализированные. Отсутствие современных лечебно-диагностических возможностей и квалифицированных кадров обусловливают высокий уровень летальных исходов - до 60%, что почти в три раза выше, чем в многопрофильных специализированных учреждениях - 21-22%.

В настоящее время доказано, что для больных с политравмой наиболее оптимальным является их максимально быстрая доставка в специализированные многопрофильные центры с началом проведения интенсивной противошоковой терапии уже во время транспортировки.

Транспортировка больных в критических состояниях - сложная процедура, которая все чаще используется в клинической практике и в настоящее время трансформируется из простой "перевозки" в высокотехнологичный процесс, позволяющий приблизить специализированную реанимационную помощь к пациенту. Транспортировка таких больных должна быть научно продуманной и обоснованной, с учетом передовых теоретических и практических знаний, включая новые инновационные технологии. Решение о транспортировке пациента в критическом состоянии следует принимать на основе изучения положительных факторов и потенциально опасного риска этого мероприятия.

Цель исследования: оптимизация комплекса интенсивной терапии при проведении транспортировки пациентов с политравмой в остром периоде для повышения эффективности коррекции травматического шока и снижения риска развития органных осложнений,

В исследование включены 45 пациентов в возрасте от 20 лет до 61 года, средний возраст 41,5±1,7 года.

Все пациенты были разделены на две сопоставимые группы: исследуемая группа – 20, контрольная – 25 пациентов. С целью определения тяжести травматического шока использовался шоковый индекс Альговера. Все пострадавшие были транспортированы из других неспециализированных лечебных учреждений Ферганской области в первые сутки с момента травмы. Время транспортировки в среднем 70±10 мин.

Нами был разработан способ транспортировки пациентов с политравмой с использованием в качестве основного компонента инфузионной терапии гидроксиэтилкрахмала. Пациентам исследуемой группы инфузионная терапия проводилась по разработанной методике. Доза гидроксиэтилкрахмала составляла от 10 мл/кг до 35 мл/кг массы тела и зависела от степени выраженности травматического шока. В контрольной группе инфузионная терапия проводилась по

традиционной методике (кристаллоиды, декстраны). С целью иммобилизации поврежденных сегментов нижних конечностей и таза мы использовали противошоковые пневматические шины. Всем пациентам перед укладкой в пневматические шины проводилось обезболивание наркотическими анальгетиками (промедол 2% - 1 мл в/м или морфин 1% - 1 мл в/м). При необходимости во время транспортировки мы проводили дополнительное обезболивание наркотическими анальгетиками. Интенсивная терапия начиналась с этапа подготовки пациента к транспортировке и продолжалась весь период транспортировки. Во время транспортировки всем пациентам проводился мониторинг артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания (ЧД), сатурация O_2, ЭКГ, контроль диуреза. Перед проведением транспортировки достоверных различий по исследуемым показателям центральной гемодинамики не было. В контрольной группе во время 2-го часа транспортировки и после транспортировки показатели АД, ударного объема, были достоверно ниже, чем в исследуемой группе. Показатели дыхания, гемодинамики на фоне проводимой терапии увеличились в обеих группах, и хотя достоверных различий по этим показателям получено не было, в исследуемой группе весь период транспортировки они были выше, чем в контрольной. Показатели сатурация O_2 в исследуемой группе были достоверно выше уже с первого часа транспортировки, данная динамика сохранялась до конца транспортировки. Достоверное различие между группами по показателю ЧСС наблюдалось весь период транспортировки, причем в исследуемой группе этот показатель был ниже. Анализ гемодинамических показателей пациентов обеих групп выявил более быструю их нормализацию в исследуемой группе. Летальных исходов во время транспортировки не было.

Таким образом, применение комплекса интенсивной терапии при транспортировке, включающего в себя инфузионную терапию, адекватное обезболивание и иммобилизацию, делает ее более безопасной и снижает риск развития полиорганной недостаточности при дальнейшем лечении на стационарном этапе.

АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНУЮ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКУЮ СЕТЬ ПО СЕЗОНАМ, ДНЯМ НЕДЕЛИ И ВРЕМЕНИ СУТОК

Машарипов Ж.К., Машарипов К.М.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

В организации планирования работы лечебно-диагностического процесса травматологических пунктов необходимо знать соотношение обращений пострадавших по сезонам, дням недели и времени суток.

Нами изучено 4276 учетных карт травматологических амбулаторий Хорезмской области за 3 года.

Традиционно много обращений было в зимние месяцы, что связано с гололедом. В этот сезон наиболее частым видом травм были переломы лучевой кости в типичном месте (42%), а также переломы одной или обеих лодыжек (19%). Пик приходится на первую неделю января. В летние месяцы число травм снижается. Так переломы лучевой кости встречались в 7%, лодыжек - 4%. Самый низкий уровень травм наблюдается во второй половине июля.

Несмотря на определенную закономерность колебания травматизма по сезонам, в Хорезмской области и в целом по республике имеется тенденция к резкому снижению обращения пострадавших по поводу травм в дни религиозного поста месяца Рамазан, что по-видимому, связано с организованным распорядком и временем исполнения обрядов поста.

Наибольшее число обращений по дням недели приходится на понедельник с последующим снижением к субботе, воскресенье и в дни праздников, что связано, очевидно, с активизацией населения в начале недели, а также поздним обращением пострадавших, получивших травму в выходные дни.

По времени суток большинство обращений (до 46%) приходиться на утреннее время с 8.00. до 13.00. часов, в дневное с 14.00. до 19.00. - 34%, в ночное время с 20.00. до 8.00. - 20%

Травмы, полученные в утреннее время, имели легкий характер в виде ушибов мягких тканей, в дневное время к ним присоединялись переломы костей кисти и предплечья. Особого внимания заслуживает анализ обращений в ночное время, так как в эти часы значителен удельный вес пострадавших с переломами костей сегментов скелета, черепа и лицевого скелета.

Следовательно, соотношение числа принятых больных с понедельника по пятницу 3:2:1, а в субботу, воскресенье и дни праздников - 1,4:1:1,6.

Такое распределение посещений пострадавших указывает на степень нуждаемости в круглосуточной амбулаторной травматологической помощи, что и позволяет планировать работу травматологического пункта заранее.

АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ ЗА АМБУЛАТОРНОЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ТРАВМЫ

Машарипов К., Машарипов Ж.К.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

При изучении 4276 учетных карт травматологических амбулаторий Хорезмской области выявлено, что основным видом травматизма является бытовой - 54%, затем производственный - 10%, на долю автотравмы приходится 12%, криминальной травмы - 10,3%, спортивной травмы - 12,5%, остальных видов - 1,2%.

Повреждения, связанные с бытовой травмой, в большинстве случаев не имели тяжелых последствий и ограничивались ушибами или порезами мягких тканей, тогда как производственные травмы имели тяжелые последствия для пострадавшего. Со спортивными травмами чаще всего обращались учащиеся, получившие травму во время занятий физкультурой и соревнований.

Проанализировав виды травматизма, мы установили, что производственные травмы у рабочих составляли 31%, а бытовые 45%, у служащих количество производственных травм составляло до 14%. Это объясняется тем, что у рабочих тяжесть травмы связана с большой интенсивностью и тяжестью выполняемых работ, чем у служащих. У пенсионеров, неработающих и инвалидов также отмечается высокий удельный вес бытовых травм - 54-60%.

При анализе производственного травматизма следует отметить, что записи врачей о происшествии сделаны со слов пострадавшего, но установить какие из этих травм были не-

посредственно связанны с производством, практически невозможно.

На вид травматизма, характер и частоту большое влияние оказывает алкогольное опьянение, которое является основной причиной авто- и криминальных травм - до 68%. Этот травматогенный фактор чаще всего не указывается в диагнозе врачей, так как определить алкогольное опьянение можно только после лабораторных анализов, которые требуют времени.

Таким образом, следует повысить уровень просветительной работы по профилактике производственного травматизма. В отчетной документации этого вида травматизма необходимо указывать связь травмы непосредственно с производством. Высокий уровень потребления спиртных напитков населением существенно влияет на уровень авто- и криминальных травм. С целью экстренного определения алкогольного опьянения необходимо внедрение методов экспресс-анализа в условиях травматологических амбулаторий.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ИНФИЦИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ В УСЛОВИЯХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУНКТА

Машарипов К., Машарипов Ж.К.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Травматологические пункты не могут и не должны вести прием больных с инфицированными ранами в связи с отсутствием специальных перевязочных и медикаментов. Медицинский персонал не пользуются льготами, положенными при лечении больных с инфицированными ранами. Между тем в выходные и праздничные дни больные с инфицированными ранами обращаются именно в травматологические амбулатории, так как в эти дни отсутствует прием у амбулаторных хирургов.

В 2001-2008 гг. в травмпункт обратились 182 больных с инфицированными ранами. С артритом суставов после многократного внутрисуставного введения кортикостероидов было 1,2%, воспалением в местах травмы с нарушением целостности кожи и мягких тканей - 26,8%, последствиями ожогов - 19,3%, нагноением подногтевых гематом - 4,1%, панарицием - 17,7%, воспалением вокруг вросшего ногтя стопы - 24,5%, воспалительными процессами после проведенного оперативного лечения - 5,4%, по другим причинам - 1% пациентов.

Оказание помощи этому контингенту больных требует выделения дополнительных перевязочных и постоянной перевязочной медицинской сестры для предотвращения распространения внутрибольничной инфекции, что позволит профильным травматологическим больным получить весь объем лечения в условиях травмпункта даже при возникновении осложнения в виде нагноения раны. В настоящее время больные с гнойными осложнениями ран отправляются к хирургу для купирования воспалительного процесса, а затем при необходимости возвращаются на долечивание в травмпункт, что нарушает принцип лечения больного у одного врача от обращения до выздоровления.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЁЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Некбоев Х.С., Шакиров Б.М., Карабаев Ж.Ш.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Ожоги остаются одной из наиболее актуальных и социально важных проблем. По данным ВОЗ, термическая травма занимает третье место среди прочих травм. Термический ожог - вид травмы, возникающий при воздействии на ткани организма высокой температуры. В Самаркандском ожоговом центре РНЦЭМП разработано и внедрено трёхэтапное оказание медицинской помощи больным с тяжёлыми ожогами.

I этап - догоспитальный: первая помощь и восстановление водных секторов организма на месте происшествия и транспортировка в ближайшую больницу. Первая помощь должна быть оказана немедленно на месте пришествия (устранение влияния повреждающего фактора, обезболивание, обеспечение адекватного газообмена). Инфузионная терапия начинается на месте происшествия: внутривенное введение солевых растворов через катетеры. Транспортировку обожженных рекомендуется проводить врачебно-фельшерской бригадой скорой медицинской помощи.

II этап - госпитальный. Целью этапа является лечение дисфункции органов и профилактика их недостаточности. Он предполагает купирование острых проявлений шока, обработку ран и транспортировку в специализированный ожоговый центр. При поступлении пострадавшего в стационар продолжается оксигенотерапия, проводится санация трахеобронхиального дерева, а при ожогах дыхательных путей - диагностическая бронхоскопия. Продолжается также инфузионная терапия через центральные вены, направленная на ликвидацию спазма сосудов, уменьшение вязкости крови, обеспечение продуктивности миокарда, снижение степени ацидотических нарушений. Транспортировку обожженных рекомендуется проводить бригадой в составе врача-реаниматолога.

III этап - лечение в комбустиологическом отделении. Целью специализированного этапа является полное выведение потерпевшего из шока, лечение органной недостаточности и профилактика органной несостоятельности. Профилактика и лечение раневой и системной инфекции, коррекция нарушений энергетического обмена, проведения ранней детоксикации, профилактика желудочно-кишечных кровотечений.

Выполнение поэтапного алгоритма медицинской помощи потерпевшим с тяжёлой термической травмой значительно уменьшает длительность и тяжесть ожогового шока. Сокра-шает период ожоговой токсемии, способствует остановке полиорганной недостаточности на уровне проявлений органной дисфункции, обеспечивая тем самым проведение раннего хирургического лечения, быстрого закрытия раневой поверхности и в конечном итоге способствует благоприятному течению ожоговой болезни.

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ОБОЖЖЕННЫМ В УСЛОВИЯХ МАССОВОГО ИХ ПОСТУПЛЕНИЯ

Норкузиев Н.У., Джулбекова Д.Д., Султонова Х.Ш, Рахмонов Б.Р., Номозов А.Н., Зиёдуллаев Н.Э.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Целью нашего исследования было изучение клинического течения ожоговой болезни и организации оказания специализированной помощи с учётом собственного опыта лечения при массовом поступлении пострадавших в Джизакский филиал РНЦЭМП.

Нами проанализирован опыт организации работы ожогового отделения Джизакского филиала в условиях массового поступления пострадавших после ряда техногенных аварий: взрыва газоколонки на газозаправочной станции, взрыва газового баллона микроавтобуса, взрыва газопровода в Пишагарском экономическом колледже Зааминского района, а также двух крупных пожаров в г. Джизаке в 2003 и 2009 гг.

Под нашим наблюдением находились 36 больных, которые поступили из места аварий. При оказании помощи потерпевшим были задействованы все сотрудники филиала: врачи - хирурги, травматологи, нейрохирурги, рентгенологи, средний медперсонал вплоть до младших медицинских сестер. Первичную медицинскую сортировку осуществляли в приемном отделении.

Среди госпитализированных (после первичной сортировки) 25 (69,4%) составили самые тяжелые с глубокими ожогами. Они госпитализированы в реанимационное отделение, где им начата противошоковая терапия.

Возраст пострадавших варьировал от 17 до 58 лет. Детей не было. Из 36 пострадавших мужчин было 28 (77,7%), женщин - 8 (22,2%). У больных преобладали ожоги открытых участков тела: голова, верхние и нижние конечности в сочетании с другими локализациями. Из 25 реанимационных пострадавших ожоги дыхательных путей I-II ст. имели место у 18 больных. 14 (56,0%) больных получили ожоги пламенем по площади до 90% (обширный), 2 (12,5%) - до 40%, у 9 (56,25%) до 30% поверхности тела.

20 пострадавшим, госпитализированным в реанимационное отделение, на фоне адекватной инфузионно-трансфузионной терапии после выведения из шока проводились операции некротомии и некрэктомии. В первые часы после катастрофы из РНЦЭМП прибыл комбустиолог-реаниматолог.

В дальнейшем после выведения из ожогового шока для проведения ранней пересадки кожи больные были переведены в ожоговый центр РНЦЭМП. Из 25 больных с ожоговым шоком, сопровождающимся ожогом дыхательных путей, 18 (72,0%) проведена санационная бронхоскопия. В 9 случаях (36,0%) пострадавшим с тяжелой и крайне тяжелой терминальной травмой проведена искусственная вентиляция лёгких. Для профилактики острой язвы Курлинга всем больным с ожоговой болезнью назначали противоязвенную терапию. Остальные 13 (36,1%) больных, которые в день катастрофы были госпитализированы в ожоговое отделение, получали консервативную терапию по стандарту РНЦЭМП. Из 36 больных, находившихся в ожоговом отделении Джизакского филиала РНЦЭМП, 34 выписаны с выздоровлением, 2 умерли (5,5%) от тяжелого ожогового шока с ожогом более 80% поверхности тела. Из неспецифических осложнений развились обструктивный бронхит (3), правосторонняя пневмония с дыхательной недостаточностью II степени (2).

Выводы. 1. Вероятность техногенных катастроф с возможным большим числом обожженных требует сохранения в составе Джизакского филиала РНЦЭМП 10 коек и постоянную готовность службы экстренной медицинской помощи всех уровней, с запасом медикаментов, перевязочного, ожогового комплекта. 2. Особое внимание нужно обратить на первичную сортировку обожженных на месте происшествия, соблюдение очередности транспортировки и оказания медицинской помощи. 3. Бригады скорой помощи должны быть обеспечены медикаментами, противошоковыми средствами, специальным перевязочным материалом, которые удобны в применении на месте получения ожоговой травмы.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ОРГАНОВ ЖИВОТА И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Раимжанов А.А., Кузиев В.В.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Под нашим наблюдением находились 116 пациентов с политравмой с доминирующей патологией со стороны органов живота и забрюшинного пространства.

Автодорожные травмы отмечались у 68 (58,6%), падение с высоты - у 28 (24,1%), бытовая травма - у 20 больных. Из сопутствующих патологии повреждения грудной клетки и ее органов зафиксированы у 43 (37,1%), черепно-мозговая травма - у 23 (19,8%), повреждение опорно-двигательного аппарата (ОДА) - у 81 (69,8%) больного.

Диагностические и лечебные мероприятия осуществлялись согласно разработанным в клинике лечебно-диагностических стандартам.

При диагностике повреждений внутренних органов мы широко применяли ультра-звуковое исследование и лапароскопию. Ценность последней состоит в возможности визуальной оценки состояния внутренних органов и структур, что повышает эффективность распознавания травматических повреждений и снижает количество "напрасных" лапаротомий.

Операция ушивания раны печени произведена у 29 больных, спленэктомия - у 26, ушивание раны тонкой и толстой кишки - у 22, резекция тонкой кишки с еюноеюноанастомозом - у 8, ушивание раны брыжейки и большого сальника - у 17, нефрэктомия - у 3, ушивание раны почки с нефростомией - у 5. Оперативные вмешательства завершались дренированием брюшной полости и забрюшинного пространства. Ушивание раны мочевого пузыря с эпицистостомией и экстраперитонизацией мочевого пузыря произведено у 6 пострадавших. При наличии сочетанных повреждений со стороны внутренних органов и ОДА остеосинтез проводится параллельно или последовательно с вмешательствами при доминирующей патологии. Всего выполнено 35 оперативных вмешательств при травме ОДА, из них остеосинтез бедра - у 16, костей голени - у 19, костей верхних конечностей (плеча 6, предплечья 5) - у 11 больных.

Таким образом, при диагностике и лечении сочетанных травм необходимо, чтобы в состав дежурной бригады входили все специалисты хирургического профиля. Наш опыт показывает, что в составе дежурной бригады необходимо выделить ответственного врача, который определяет тактику лечебно-диагностических мероприятий в каждом конкретном случае в зависимости от доминирующей патологии.

ТАКТИКА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МАССОВЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ УГАРНЫМ ГАЗОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Стопницкий А.А., Марупов З.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Окись углерода (химическая формула CO) - продукт неполного сгорания углерода, образуется там, где углеродсодержащие вещества сгорают в условиях недостаточного доступа воздуха, поэтому массовые отравления угарным газом происходят чаще всего при пожарах, в результате возгорания взрывчатых веществ. Окись углерода обладает большим сродством к гемоглобину, поэтому, попадая в легкие с атмосферным воздухом, она растворяется в плазме крови, проникает в эритроциты и вступает в необратимую связь с гемоглобином. Образуется комплекс - карбоксигемоглобин, который не способен присоединять и переносить кислород. Если поступление окиси углерода в организм человека не прекращается, то карбоксигемоглобин постепенно накапливается в таком количестве, какое препятствует нормальному переносу кислорода. Развивается тяжелая тканевая и гемическая гипоксия. При отсутствии квалифицированной помощи после связывания окисью углерода более половины гемоглобина может наступить смерть. Смертельный исход в токсикогенной фазе отравления может наступить при очень высоком уровне карбоксигемоглобина (80-100%) - молниеносная форма, либо от дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности на фоне глубокой комы. При длительно продолжающемся коматозном состоянии причиной смерти, как правило, является пневмония, отек головного мозга.

Поэтому тактика интенсивной терапии при остром отравлении угарным газом должна быть направлена в первую очередь на ускорение элиминации яда из организма и максимальное предупреждение развития осложнений.

При массовом отравлении монооксидом углерода на догоспитальном этапе, необходимо вначале вынести пострадавших на свежий воздух. Следующим этапом должна быть первичная оценка состояния больных и сортировка по степени тяжести отравления, при этом оценивается уровень сознания, жалобы, цвет кожных покровов, гемодинамические показатели. Неотложная помощь оказывается в первую очередь пациентам в коматозном состоянии, которым после очистки дыхательных путей проводится непрерывная ингаляция кислорода, одновременно вводится концентрированный раствор глюкозы с сернокислой магнезией 25%, большие дозы аскорбиновой кислоты (до 10-20 мл в/в), гормонотерапия (преднизолон 30-60 мг в/в), витамины группы В. При возбуждении - ГОМК внутривенно, при судорогах - 2 мл 0,5 % раствора диазепама.

В качестве антидота монооксида углерода в последнее время в Российской Федерации и странах СНГ используется препарат ацизол, который является комплексным цинкорганическим соединением, препятствует образованию карбоксигемоглобина, в результате чего уменьшается сродство гемоглобина к оксиду углерода, улучшаются кислородсвязывающие и газотранспортные свойства крови. Препарат прошел многочисленные клинические испытания как за рубежом, так и в нашей стране, на базе отделения токсикологии РНЦЭМП, где доказана его высокая эффективность и безопасность. На догоспитальном этапе ацизол вводится однократно, по 1,0 мл в/м.

Тяжелым пострадавшим неотложную помощь необходимо оказывать непрерывно, вплоть до прибытия в стационар. Количество бригад скорой медицинской помощи должно соответствовать числу пациентов, находящихся в коматозном состоянии.

Во вторую очередь лечебные мероприятия оказываются больным с отравлением средней степени тяжести, которые находятся в сознании, однако имеются признаки рвоты, пульсирующей головной боли, резкого озноба, нарушения координации, яркой гиперемии кожных покровов. Таким пациентам рекомендуется глубокое частое дыхание в течение 20-30 мин, проводится аналогичная медикаментозная терапия. Что касается пострадавших с острыми отравлениями легкой степени, которые жалуются на незначительные головные боли, головокружение, легкую слабость, то им на догоспитальном этапе достаточно введения анальгетиков, спазмолитиков, сернокислой магнезии. Однако независимо от степени тяжести отравления все пациенты с отравлением угарным газом госпитализируются в специализированное токсикологическое отделение для более детального анализа состояния и оказания специализированной помощи. Начиная с этапа транспортировки пациентов врач скорой медицинской помощи обязан незамедлительно предупредить руководство СМП, персонал больницы о возможном поступлении пациентов, при этом указывается общее число пострадавших, число больных с тяжелой степенью отравления. Во время транспортировки больных в стационар осуществляется непрерывный мониторинг витальных функций.

Таким образом, внедрение данного алгоритма действий врачей догоспитального звена позволит ускорить элиминацию яда из организма и снизить его влияние на организм пациента.

К ВОПРОСУ ОБ АВТОМАТИЗАЦИИ ВЫБОРА СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Турсунов Н.Б., Турсунов Б.С., Турсунова Г.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкентский институт усовершенствования врачей

В настоящее время в учреждениях здравоохранения внедряются компьютерные системы с разнообразным программным обеспечением по стандартам диагностики и лечения травм, что, несомненно, повышает качество диагностики, позволяет выбрать наиболее эффективный план лечения применительно к конкретному больному и, как следствие, способствует скорому восстановлению трудоспособности и активной жизнедеятельности пациента. К числу подобных можно отнести разработанный нами программный модуль выбора способа лечения переломов бедренной кости у детей дошкольного возраста (DGU 00755 Патентного ведомства РУз). В настоящей программе систематизированы все предложенные способы лечения. Программа разработана на базе ОС Windows на языке программирования "Delphi for Win95-XP version 6.0.". Для работы модуля необходима простейшая конфигурация компьютеров. Интерфейс модуля полностью русифицирован, выполнен в виде тактического алгоритма, включает две строки с вопросом на каждой строке ("Масса тела больного ребенка"; "Вид перелома; характер смещения"), две строки для введения необходимых параметров.

Строка для ответа на второй вопрос содержит вставлен-

ное гипертекстовое поле, представляющее собой список с разнообразными вариантами вида переломов и характера смещений. Третья строка интерфейса - "План лечения" - автоматически выводится на экран тотчас после введения параметров. Программа действует следующим образом: при запуске программы предлагается ввести в строку ответа диалогового окна интерфейса значение массы тела больного ребенка в кг. Затем выбирают из предлагаемого на второй строке гипертекстового списка графу с определенным видом диафизарного перелома бедра и характером смещения (для случая перелома без смещения выбирают графу "Без смещения"). После нажатия клавиши "Ввод" ("Enter") на экран выводится рекомендуемый план лечения.

Таким образом, весь процесс работы модуля с момента запуска программы до высвечивания на мониторе компьютера наиболее рационального плана лечения занимает меньше полуминуты. Предлагаемая программа содействует выявлению целесообразности применения гипсовой иммобилизации, накожного и скелетного вытяжений, ориентирует в вопросе определения оптимальных сроков лечения.

Таким образом, при создании программного модуля отдавался приоритет следующим показателям: гибкая адаптация; удобный и интуитивно-понятный пользовательский интерфейс; независимость и удобство конфигурации.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

Турсунов Н.Б., Турсунов Б.С., Турсунова Г.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт , Ташкентский институт усовершенствования врачей

Переломы костей предплечья являются одной из наиболее частых травм у детей . У значительного числа пострадавших развиваются различные осложнения.

Нами проанализированы результаты лечения 148 детей в возрасте от 3 месяцев до 15 лет; из них мальчиков было 97 (65,5%) , детей школьного возраста 112 (75,7%).

У 13 (8,8%) больных отмечались переломы типа Колиса, у 4 (2,7%) - типа Смита. В случаях смещения костных отломков под углом более 25-30 градусов обычно кисти и пальцы имели синеватый оттенок, у больных наблюдались боли и беспокойство, часть больных жаловались на чувство онемения и "ползания мурашек", что объяснялось нарушением кровообращения и растяжением сухожилий и нервных стволов. В таких случаях в неотложном порядке производили репозицию костных отломков. От срока оказания экстренной помощи зависело восстановление функции конечности, хотя во всех случаях отломки сопоставлялись хорошо.

Переломы тела обеих костей предплечья наблюдались у 96 (64,9%) больных, причем чаще перелом локализовался в его средней части (38 - 39,6%). Репозицию отломков выполняли под местной анестезией, основное внимание обращали на исправление оси конечности и фиксацию отломков в среднефизиологическом положении. На контрольной рентгенограмме определяли взаиморасположение отломков. Обычно оно было в пределах допустимого. При наличии деформации на 12-14 день, после образования первичной костной мозоли искривление исправлялось без особого труда, после чего до полного сращения отломков накладывали лонгетно-циркулярную гипсовую повязку.

Желаемый эффект достигнут во всех случаях.

Что касается оперативных вмешательств, то они применялись при наличии только абсолютных показаний и заключались в открытых репозициях (14-9,5%), металлоостеосинтезе спицами Илизарова или штифтами Богданова, реже - в наложении компрессионно-дистракционного аппарата. Мы солидарны с лечением А.А.Коржа, Н.Н.Бондаренко, которые считают оперативное лечение свежих закрытых внесуставных переломов костей у детей ошибкой врачебного искусства. Оправданным является усовершенствование методов консервативного лечения переломов костей предплечья у детей, что соответствует требованиям современной концепции оказания экстренной медицинской помощи при травмах у детей.

БОЛАЛАР ОҒИР КРАНИОЦЕФАЛ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ТЕЗ ЁРДАМ КЎРСАТИШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ

Файзуллаев Ф.Ф., Тўхтабеков З.Л.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази

Болалар краниоцефал жароҳатлари, айниқса оғир бош мия шикастланишларида малаки ва тезкор тиббий ёрдам кўрсатишга эхтиёж йилдан-йилга ошиб бормоқда. Бунга инсон ҳаётининг транспорт ва техника билан боғлиқлиги, ҳаёт тарзининг тезлашганлиги ҳам ўз таъсирини ўтказмоқда.

Ишнинг мақсади: болалар оғир қўшма краниоцефал шикастланишларида тез тиббий ёрдам кўрсатишни оқилона ташкил қилишдан иборат.

РШТЁИМ болалар нейрохирургия бўлимида 2009 йилда даволанган 208 беморнинг касаллик тарихи ретроспектив ўрганилди. Бу болаларнинг аксарияти оғир краниоцефал шикастланиш олиши билан қиска вақтда РШТЁИМ қабул бўлимига олиб келинганлар. Қабул бўлимида ташкил қилинган шок залида барча беморларга нейрохирург, травматолог, хирург ва бошқа тор доирадаги мутахассислар кўриги билан бир вақтда шокка қарши муолажалар, бўйин иммобилизацияси, нафас йўлларини тозалаш (аспирация), оғриқсизлантириш, марказий вена ва сийдик йўллари катетеризацияси, қон оқишини тўхтатиш, бирламчи хирургик ишлов бериш ва шунга ўхшаш кечиктириб бўлмайдиган тиббий ёрдамлар кўрсатилди. Қўшма жарохат оғирлигини диагностика қилиш мақсадида рентгенологик, лаборатор, ультратовуш ва бошқа текширувлар ўтказилди.

208 бемордан 58 тасида (27.8%) бемор аҳволининг жуда оғирлиги сабабли қабулхонадаги шок залида даволаш ва диагностика муолажалари параллел тарзда тезкор равишда олиб борилди. Улардан 12 (5.7%) тасида пневмоторакс, 19 (9.1%) тасида талоқ ва жигар ёрилиши ва ички қон кетиш аниқланилиб, тезкор жаррохлик амалиёти ўтказилди. Қўшма шикастланиши бўлган 5та (2.4%) беморга дастлабки 3 соат ичида симультант операциялар (нейрохирург, хирург ва травматолог иштирокида) ўтказилди.

Умумий аҳволи ўртача оғирликда, респиратор ва гемодинамик кўрсаткичлари стабил бўлган 49 та (23.5%) беморга текширувлар рентген, УЗИ, КТ кабинетларида ўтказилди. Уларнинг 16 (7.6%) тасида бош чаноқ ичи гематомалари эрта муддатларда аниқланилиб, шошилинч

жарроҳлик амалиётлари ўтказилди, қорин ва плевра бўшлиғида эркин суюқлик топилганда диагностик лапароскопия, торакоскопия қилинди.

6 та бемор шикастланишнинг жуда оғирлиги туфайли клиник ўлим ҳолида келтирилди ва уларнинг 3 тасида реанимация чоралари муваққиятли тугади.

23 (21.5%) компьютер томография (КТ) ва 84 (78.5%) мультислайс компьютер томография (МСКТ) текшируви нейрохирург тавсияси бўйича қилинди. Қўшма жароҳатларда хирург тавсияси бўйича кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларини бош мия текшируви билан бир вақтда МСКТ текшируви ҳам 13 беморда қорин бўшлиғида эркин суюқлик, пневмоторакс, ўпканинг лат ейиши, ателектаз каби патологик ҳолатларни аниқлаб рационал даволаш тактикасини эрта муддатларда танлашга ёрдам берди.

Хулоса:

1. РШТЁИМ қабул бўлимида шок залини ташкил этилиши, зарур барча жиҳозлар ва дори-дармонлар билан таъминланганлиги болалар оғир қўшма жароҳатларида ўз вақтида малакали ёрдам кўрсатиб, беморлар ҳаётини сақлаб қолишга ва соғайиш муддатларини қисқартиришга хизмат қилади.

2. Беморнинг аҳволига хавф солувчи доминант патологик омилни аниқлаш қўшма шикастланишларда оқилона даволаш тактикасини белгилашда асосий рол ўйнайди.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВЫЕЗДНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КОМБУСТИОЛОГИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ В ОЧАГЕ ТЕХНОГЕННОЙ АВАРИИ

Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Шукуров С.И., Абдуллаев У.Х., Убайдуллаев З.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В настоящее время технический прогресс и цивилизация с присущими им характерными чертами - ростом производства, увеличением скоростей транспортных средств, урбанизацией населения закономерно приводят к увеличению частоты травм массового характера. Использование в промышленности различных энергоносителей, аварии на железнодорожном и автомобильном транспорте обусловливает возникновение термических поражений одновременно у большого числа людей. Это требует функционирования специализированных подразделений, предназначенных для таких ситуаций.

В РНЦЭМП созданы специализированные медицинские бригады постоянной готовности, в состав которого включены и комбустиологи. Имея в своем составе специалистов различного профиля, при необходимости эти бригады могут быть преобразованы из имеющегося кадрового потенциала, в бригады различного профиля. Информация о структуре пострадавших передается по каналам оперативной связи в соответствующие службы РНЦЭМП и его филиалов. Выездные бригады организуют работу и участвуют в оказании экстренной специализированной медицинской помощи. Примером функционирования этих бригад является проведенная работа во время чрезвычайной ситуации (ЧС) в г. Учкудук 08.07.2008 г.

08.07.2008 г. в 1330 произошел взрыв пропана и пожар на автобазе. Тяжелые термические поражения пламенем получили 17 человек в возрасте от 11 до 57 лет. Все больные были госпитализированы в МСЧ-2 НГМК. На место происшествия была направлена группа специалистов РНЦЭМП, которая состояла из 3 комбустиологов, 2 реаниматологов и 1 специалиста по экстракорпоральной детоксикации с медикаментами, кровезаменителями и специализированным оборудованием. По прибытию на место была проведена медицинская сортировка пострадавших: уточнены площадь и глубина термических поражений, коррекция проводимой терапии. Всем больным был произведен первичный туалет ожоговых поверхностей и перевязка. Крайне тяжелые больные сконцентрированы в отделении хирургической реанимации. Тяжесть больных усугублялось наличием у всех пострадавших термоингаляционного поражения I-II степени. Мероприятия первого этапа лечения состояли:

- противошоковая терапия по стандартной схеме: респираторная поддержка, инфузионная терапия с расчетом объема по формуле Назарова, трансфузионная терапия 10 мл/кг в сутки, небулайзерная терапия, посиндромная терапия;

- местное лечение: наложение влажно-высыхающих повязок с бетадином, мероприятия направленные на формирование сухого струпа - кровать-сетка, калориферы, выпускающие поток воздуха, экстренные оперативные вмешательства (декомпрессивные некротомии - 5, наложение амниотической оболочки - 8).

Для проведения адекватной трансфузионной терапии была организована доставка из РНЦЭМП, ГСПК г.Ташкента, ОПК г.Навои и Бухары, медико-санитарных частей НГМК в Навои и Зарафшане свежезамороженной и антистафилококковой плазмы в объеме 107,5 , 17,5 10% альбумина.

После выведения пострадавших из состояния ожогового шока и начала периода острой ожоговой токсемии комплексная терапия ожоговой болезни продолжена с использованием методов экстракорпоральной детоксикации. Всего произведен 21 сеанс плазмафереза, 8 сеансов спленосорбции.

За период работы специализированной бригады произведено операций: декомпрессивная некротомия-5, амниопластика-8, отсроченная некрэктомия - 4, аутодермопластика-3.

У 9 пострадавших летальный исход был обусловлен полиорганной недостаточностью и бронхопневмонией, как неизбежное следствие термоингаляционной травмы. Термическая травма у них была сверхкритической (индекс Франка 95-270). Из общего числа 6 пострадавших умерли в периоде острой ожоговой токсемии, 3- в периоде септикотоксемии.

Таким образом, при ЧС отмечается преобладание пострадавших с критическими и сверхкритическими термическими поражениями, что обусловливает высокий показатель летальности. Оказание помощи пострадавшим необходимо осуществлять с максимальным сокращением этапов медицинской эвакуации, с рациональной организацией медицинской сортировки. На базе Республиканских, областных, городских больниц необходимо создать возобновляемый запас перевязочных, медикаментозных, инфузионных и трансфузионных средств и раневых покрытий. Четкая организация, раннее и комплексное оказание специализированной помощи при массовых термических поражениях позволяет улучшить результаты лечения, снизить летальность.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ

Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю., Усманов Х.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

При сочетанной травме всегда имеются повреждения, для коррекции, которых необходимо проведение оперативных вмешательств, однако вопросы, касающиеся сроков, объема и условий выполнения последних все еще остаются спорными в каждом конкретном случае. Накопленный многолетний опыт лечения больных с политравамой в РНЦЭМП позволил нам распределить оперативные вмешательства, выполняемые в остром периоде травматической болезни, на: неотложные, срочные и отсроченные.

Неотложные оперативные вмешательства и манипуляции, направленные на восстановление жизненно важных функций организма, выполняемые пострадавшим с сочетанной травмой на фоне интенсивной терапии без предоперационной подготовки, включают:

— лапаротомию - при повреждениях паренхиматозных органов, сопровождающихся кровотечением и декомпенсированным шоком (окончательная остановка кровотечения, ушивание ран печени, селезенки, почки и поджелудочной железы, спленэктомия и нефроэктомия);

— торакотомию - при повреждениях сопровождающихся массивным внутриплевральном кровотечением;

— торокоскапию, дренирование плевральной полости - при пневмотораксе и гемотораксе;

трахеостомию - при травмах лицевого скелета, шеи, сопровождающихся асфиксией;

первичную хирургическую обработку - при ранах различных анатомических областей с повреждением магистральных сосудов и массивным наружным кровотечением, в т.ч. при открытых переломах, размозжениях и отрывах сегментов конечностей (окончательная остановка кровотечения - шов и перевязка сосудов, ампутация).

Срочные оперативные вмешательства и манипуляции выполняются пострадавшим с сочетанной травмой для предупреждения развития угрожающих жизни осложнений, в том числе при субкомпенсации центральной гемодинамики и внешнего дыхания, достигнутой инотропной поддержкой и ИВЛ в эту группу нами отнесены:

— диагностическая лапароскопия;

— лапаротомия - при повреждениях паренхиматозных и полых органов, диафрагмы, органов забрюшинного пространства, мочевого пузыря и уретры, не сопровождающихся массивным внутрибрюшным кровотечением и декомпенсированным шоком (ушивание ран печени, селезенки, почки, мочевого пузыря, поджелудочной железы, брыжейки, кишки, диафрагмы и эпицистостомия, резекция печени и кишки, спленэктомия, нефроэктомия), окончательная остановка кровотечения - шов и перевязка сосудов;

— торакоскопия, дренирование плевральной полости - при не угрожающих жизни гемотораксах и пневмотораксах;

— торакотомия - при повреждениях сосудов грудной стенки, легкого, не сопровождающихся массивным внутриплевральным кровотечением и компенсированным шоком (но с темпом кровопотери более 300 мл/ч на протяжении 3-4 часов наблюдения) и при разрывах легкого, сопровождающихся пневмо-, гемотораксом, не купируемыми активным дренированием плевральной полости;

— декомпрессивная трепанация черепа и устранение сдавления головного мозга;

— ламинэктомия с декомпрессией спинного мозга с последующей стабилизацией повреждения;

— Восстановление магистрального кровотока в артериях при их повреждениях (без наружного кровотечения), сопровождающихся нарастанием ишемии конечности;

— Первичная хирургическая обработка ран различных анатомических областей, ампутации сегментов конечностей при их отрыве, размозжении, необратимой ишемии и отсутствии массивного кровотечения.

— репозиция и стабилизация костей таза, первичный остеосинтез открытых переломов конечностей с использованием аппаратов внешней фиксации;

— Реконструктивно-восстановительные отсроченные оперативные вмешательства выполняются после компенсации жизненно важных функций организма;

— стабилизация тазового кольца и вертлужной впадины стержневым аппаратом клиники при нестабильных повреждениях;

— интрамедуллярный остеосинтез штифтами;

— экстрамедуллярный остеосинтез пластинами;

— ВКДО аппаратами внешней фиксации;

— стабилизирующие операции при повреждениях позвоночника

— торакотомия при неэффективности дренирования плевральной полости по поводу пневмоторакса (стойкий коллапс легкого);

— трахеостомия при длительной ИВЛ; для предупреждения гнойных эндотрахеальных осложнений;

— операции по поводу повреждения лицевого черепа - шинирование нижних и верхних челюстей, остеосинтез;

— релапаротомия - при развитии перитонита, эвентрации, спаечной кишечной непроходимости и др.

— вторичная хирургическая обработка ран, некрэктамия, вскрытие и дренирование абсцессов и флегмон.

Выбор метода лечения переломов конечностей в остром и раннем периоде травматической болезни зависит от состояния пострадавшего, локализации и характера перелома. Оперативные вмешательства выполняются последовательно, после устранения доминирующей патологии брюшной, грудной полостей, черепа. Комплекс хирургического лечения повреждений ОДА выполняется в первые трое суток с момента травмы, одновременно (двумя бригадами): остеосинтез всех повреждений, особенно бедра, голени и плеча. При стабильном состоянии пострадавших наиболее эффективным является погружной остеосинтез, при нестабильной гемодинамике и развитии осложнений предпочтение отдавали малоинвазивным методам остеосинтеза.

Таким образом, соблюдение принципов объема, сроков, последовательности и условий оказания хирургической помощи пострадавшим с сочетанной травмой позволит значительно улучшить результаты лечения.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Эргашев Р.Х., Жумаев М.Б., Шукуров Ш.Р., Хайдаров М.Х., Маманазаров А.Х.
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Во всех странах мира отмечается постоянный рост травматизма. Сочетанные травмы как наиболее тяжелый вид повреждения характеризуется высокой и не имеющей тенденции к снижению летальности, составляющей от 23,3-85%, длительной утратой трудоспособности и высоким уровнем инвалидности (от 25 до 80%), превышающей в 10 раз таковую при изолированных повреждениях.

Снижение объема циркулирующих крови (ОЦК) (вследствие внутреннего и наружного кровотечения), несоблюдение правил транспортировки и иммобилизации, неправильный выбор обезболивания и метода лечения в различных периодах травмы создают своеобразную повышенную готовность к травматическому шоку, возникающему на фоне нормальных показателей артериального давления, что позволяет в этих случаях подразумевать "скрытый шок", который при тяжёлых черепно-мозговых травмах (ЧМТ) может развиться в течение 2 недель и более. Как свидетельствуют данные литературы, операции на конечностях должны быть осуществлены на 2-3 сутки постшокового периода, так как при этом возможных осложнений будет меньше, чем при операциях, выполненных в состоянии травматического шока.

Проанализированы результаты лечения 189 больных, которые в 2000 - 2009 гг. находились в Нейрохирургическом отделении Сырдарьинского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

У всех 189 (100%) больных была черепно-мозговая травма, из них травмы позвоночника и спинного мозга - у 39 (21%), костей таза - 10 (5,5%), травмы конечностей - 86 (45,5%), травмы грудной клетки наблюдались в 37 (19,9%) случаев.

В условиях работы Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи мы выработали следующую тактика ведения пострадавших: на догоспитальном этапе объем медицинской помощи включал раннее выполнение лечебных мероприятий, направленных на остановку наружного кровотечения с наложением асептических повязок, иммобилизацию предполагаемых конечностей, обезболивание и своевременную правильную транспортировку больного, включая попутный транспорт. Госпитальный этап включал медицинскую помощь, начинающуюся с проведения противошоковых мероприятий, направленных на возмещение ОЦК, с дальнейшей коррекцией и восстановлением витальных функций организма, нормализацию иммунной системы и обмен веществ. В ходе проведения лечебных мероприятий выполнялись необходимые диагностические мероприятия с применением клинических, лабораторных, рентгенологических, электрофизиологических и других инструментальных методов исследования.

При выявлении критических состояний, возникающих вследствие травмы (асфиксия, кровотечение, повреждение внутренних органов), выполнялись оперативные вмешательства, последовательность которых определялась жизненными показаниями. На поврежденных конечностях выполнены малоинвазивные вмешательства.

При определении объема дальнейшего лечения и выбора оперативного пособия мы ориентировались на следующие показатели: АД выше 100 мм рт.ст.; центральное венозное давление -100 мм вод.ст.; пульс менее 100 в мин, диурез выше 50 мл в час.

Таким образом, своевременное проведение комплекса диагностических и лечебных мероприятий позволяет уменьшить число летальных исходов при сочетанных травмах в остром периоде.

ЗНАЧЕНИЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Эрметов А.Т., Холмирзаев Ф.Х., Юсупов А.М., Шарифбаев С.А.
Наманганский филиал РНЦЭМП

За последние десятилетия в связи с увеличением количества транспортных средств во всем мире неуклонно возрастает число пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ). В основном это лица молодого и среднего возраста, т.е. наиболее деятельная часть населения. К сожалению, бригады "скорой помощи" не всегда успевают своевременно прибыть на место происшествия. Не дожидаясь скорой помощи на попутной машине без оказания элементарной помощи пострадавших доставляют в центральную клиническую больницу или в ближайший стационар, усугубляя и без этого тяжелое положение. Причиной этого является "паническая шоковая" атмосфера на месте происшествия, а также неумение оказать элементарную помощь в данной ситуации окружающими.

Со времени организации нейрореанимационного отделения Наманганского филиала РЭНЦМП с 2003 по 2009 гг. с ЧМТ и сочетанными травмами поступили 1536 больных, из них 852 доставлены машиной скорой помощи, 684- самотеком. Специализированная медицинская помощь на догоспитальном этапе включала:

– иммобилизацию переломов, остановку наружного кровотечения и проведение противошоковой терапии;

– при наличии признаков клинической смерти проведение легочно-сердечной реанимации: искусственная вентиляция легких, наружный массаж сердца, при необходимости интубация трахеи.

При транспортировке с мест происшествия бригадой скорой помощи летальные исходы наступили у 55 (6,4 %) пациентов, а из числа поступивших самотеком - 111 (16,2 %). Таким образом , от быстроты и эффективности помощи пострадавшим на догоспитальном этапе зависит летальность не только в первые часы и сутки после травмы, но и в более отдаленном периоде.

На догоспитальном этапе должны проводиться только те мероприятия, которые легко выполнимы, просты и достаточно эффективны.

Все, что без ущерба для больного может быть отложено, должно выполняться только в стационаре.

Для предотвращения неблагоприятных исходов у больных с тяжелой сочетанной травмой на догоспитальном этапе предлагаем:

1) врачи специализированной бригады должны быть квалифицированными специалистами, обладать знаниями патофизиологических аспектов травматизма и навы-

ками оказания помощи пострадавшим в терминальном состоянии;

2) специализированная машина должна быть оснащена необходимой аппаратурой для проведения лечебных мероприятий с удобным их расположением и готовностью к немедленной работе;

3) в специализированных автошколах и общеобразовательных учебных заведениях необходимо углублять программы обучения по оказанию неотложной помощи методами элементарной реанимации в экстренных ситуациях.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МАССОВЫХ ТРАВМАХ В УСЛОВИЯХ ФИЛИАЛА И СУБФИЛИАЛОВ

Эрназаров Х., Шодмонов Б., Аллаев Д., Вохидов У.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

В последнее время увеличение на дорогах транспортных средств привело к росту травматизма, в том числе тяжелых массовых травм, а также увеличению числа пострадавших. В связи с этим организация и оказание экстренной помощи при массовом поступлении, пострадавших с сочетанными повреждениями в условиях субфилиала и филиала приобретает особую актуальность. При сочетанных травмах выздоровление, инвалидность или летальность зависят от тяжести перенесенной травмы, времени и пути доставки и оказания первой помощи, а также квалификации специалистов, оснащенности филиала и субфилиала.

Цель: анализ результатов организации и оказания экстренной мед. помощи при массовых травмах в условиях филиала и субфилиалов РНЦЭМП.

2 мая 2009 г. в Камашинский субфилиал, а в последующем в филиал РНЦЭМП поступили 25 (47,1,%) пострадавших в результате дорожно-транспортного происшествия (автобус Мерседес столкнулся со стоящим на обочине экскаватором). В тяжёлом состоянии было 9 (36%), в состоянии средней степени тяжести 10 (40%), легкой - 6 (24%). Умерли 28 (52,8%) из них на месте происшествия 26 (49%); по дороге в стационар - 2 (3,7%). Все пострадавшие были доставлены в течение первых часов с момента травмы скорой помощью (18 - 72%) или на попутной машине (7 - 28%). 16 (64%) человек были в возрасте от 18 до 49 лет, детей до 14 лет было 5 (20%), лиц старше 50 лет - 4 (16%). 9 (36%) тяжелые госпитализированы в реанимационное отделение, 10 (40%) в состоянии средней степени тяжести - в отделение ЭМП, 6 (24%) с травмами легкой степени - также в отделение ЭМП, откуда они были выписаны в тот же день. 11 (44%) пострадавших были переведены на реанимобиле в Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП в первые сутки после травмы.

При лечении больных с сочетанной травмой применяли оперативные и консервативные методы лечения. Всего оперированы 11 (44%) пострадавших, из них в субфилиале в первые шесть часов специализированными бригадами Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП 6 (24%). 3 (12%) из них произведена трепанация черепа, 2 (8%) - лапаротомия, ушивание разрыва печени, дренирование брюшной полости, 1 (4%) - диагностический лапароцентез. В Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП в первые сутки выполнено 3 (12%) оперативных вмешательств больным с повреждениями опорно-двигательного аппарата; на вторые 1 (4%) больного произведена стабилизация костей таза стержневым аппаратом; на четвёртые сутки совместно со специалистом РНЦЭМП 1 (4%) осуществлена трепанация черепа. На 20 сутки умерли 2 (8%) больных с тяжелыми сочетанными травмами в реанимационном отделении Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП. Интенсивная консервативная терапия производилась 15 (60%) больным.

Вывод. В условиях чрезвычайных ситуаций филиалы и субфилиалы должны быть извещены по телефону о массовом поступлении пострадавших в тяжелом состоянии. Специалисты должны быть готовы к приёму пострадавших; необходимо постоянно пополнять запасы необходимых медикаментов, перевязочных материалов, готовить операционные блоки, при необходимости подключить бригады постоянной готовности. Во время транспортировки больных необходимо обеспечить иммобилизацию конечности, проводить обезболивающую терапию. Своевременное оказание первой медицинской помощи позволит существенно уменьшить летальность и инвалидность больных.

ФАВҚУЛОТДА ҲОЛАТЛАРДА ШИКАСТЛАНГАНЛАРГА ШОШИЛИНЧ ТРАВМАТОЛОГИК ЁРДАМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Юлдашев З.Ш., Юсупов Н.Т., Уринов У.Б., Хаитбоев Б.М.
РШТЁИМ Фарғона филиали

Ривожланган давлатлардаги каби мамлакатимизнинг меҳнатга лаёқатли аҳолиси ўртасида шикастланишлар юқори кўрсаткичларни ташкил қилмоқда. Бу эса ўз навбатида оғир шикастланишларни 70-80% ҳолатда ўлим билан тугашига олиб келмоқда.

2008 йил Фарғона вилоятида юз берган фавқулотда ҳолатлар, яъни йўл транспорт ҳодисаси натижасида шикастланганларни таҳлил килиб чиқиб, қуйидаги натижаларни олдик:

РШТЁИМ Фарғона филиалида 2008 йили 734 та йўл транспорт ҳодисаси кайд қилинган бўлиб, шулардан 192 тасини (26,2%) 14 ёшгача болалар, 108 таси (14,7%) 14-17 ёшдагилар, 434 тасини (59,1 %) 18 ёш ва ундан катта ёшдаги беморлар ташкил қилган.

Шикастланишларнинг 113 тасида (15,4%) ўлим ҳолати кайд қилинган бўлиб, шулардан 58 таси (51,3%) воқеа жойида юз берган. Йўл транспорт ҳодисасининг деярли 50% транспорт қатнови кўп бўлган шаҳар ва туман марказларида юз берган.

734 та беморнинг деярли 80% (587 таси) биринчи тиббий ёрдам кўрсатилмай йўловчи автомашиналарда яқин атрофдаги тиббиёт муассасаларига олиб борилган. Шикастланганларнинг 15% (110 таси) тез тиббий ёрдам машиналарида шифохоналарга олиб келинган. Шикастланганларнинг 75% (550 таси) туман шошилинч тиббий ёрдам бўлимларига ётказилган. Туманларда травматолог мутахассислар етишмаслиги, беморлар аҳволи тўғри баҳоланмаганлиги ўлим ҳолатларини ошишига сабаб бўлган. Шифохонагача бўлган даврда биринчи тиббий ёрдам тўлиқ кўрсатилмай, йўловчи автомашиналарида олиб келинган 587 та беморнинг деярли 80% да (469 та) травматик шок ҳолати кузатилган. Бунга беморларнинг тўлиқ иммоблизация қилинмаганлиги, етарлича оғриқсизлантирилмаганлиги сабаб бўлган. Бу эса ўз навбатида шикастланишлардаги ўлим сонини ошишига олиб келган.

Хулоса қилиб айтганда, йўл транспорт ҳодисаси нати-

жасида шикастланганларга малакали тиббий ёрдамни тўғри ташкил қилиш ногиронлик ва ўлим сонини камайишига олиб келувчи асосий омиллардан бири ҳисобланади.

Хулоса. Йўл транспорт ходисаси натижасида шикастланганларга малакали тиббий ёрдамни тўғри ташкил қилиш учун қуйидагиларни тавсия этамиз:

— Туман шошилинч тиббий ёрдам субфилиалларини керакли тиббий жиҳозлар ва мутахассислар билан таъминлаш.Туман шошилинч тиббий ёрдам субфилиалларидаги хирург, реаниматологлар ҳамда тез тиббий ёрдам шифокорларига травматология мутахассилиги бўйича махсус семинарлар ташкил этиш. Имконият даражасида туман тез тиббий ёрдам хизматини замонавий диагностика жиҳозлари ва малакали мутахассислар билан таъминлаш.

ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ТИЗИМИ ФАОЛИЯТИНИНГ СУД-ТИББИЙ ЖИҲАТЛАРИ

Якубов Б.Т.

Тошкент тиббиёт академияси

Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишнинг асосий йўналишларидан бири аҳолига шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини яратиш ва аҳолининг давлат томонидан кафолатланган бу ёрдам тури билан таъминлашдир. Ислоҳотнинг туб маъноси ўз вақтида ва сифатли тиббий ёрдам кўрсатишдан иборат бўлиб, янги барпо этилган шошилинч тиббий ёрдам тизимини такомиллаштириш ҳозирги кунда долзарб масала ҳисобланади. Аҳолига малакали шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини янада яхшилаш учун кўрсатилаётган тиббий ёрдам нуқсонларини (ТЁН) ўрганиш муҳим аҳамиятга эга.

РШТЁИМ филиаллари ва бўлимлари фаолияти билан боғлиқ бўлган 2008-2009 йиллардаги комиссион суд-тиббий экспертиза (КСТЭ) материаллари бўйича ТЁНни таҳлил қилишдир.

Текшириш материаллари ва услублари. 2008-2009 йилларда суд-тиббий экспертиза муассасаларида РШТЁИМ филиаллари ва бўлимлари фаолияти билан боғлиқ бўлган 29 КСТЭ ўрганилди. Бунда суд-тиббий экспертиза Бош бюроси томонидан ишлаб чиқилган таснифдан фойдаланиб, ҳар бир нуқсоннинг моҳияти, вужудга келиш сабаблари ва уларнинг оқибатга таъсир даражаси бўйича таҳлил қилинди.

2008 йилда жами тиббий ҳодимларнинг касб ҳуқуқбузарликлари билан боғлиқ 302 ҳолат бўйича КСТЭ ўтказилган бўлиб, улардан 81 да 93 ТЁН аниқланган. Мазкур 81 ҳолатдан 12 таси шошилинч тиббий ёрдам тизими фаолиятига боғлиқ. 12 ҳолатда жами 15 ТЁН аниқланган. 2009 йилда жами тиббий ходимларнинг касб ҳуқуқбузарликлари билан боғлиқ 231 ҳолат бўйича КСТЭ ўтказилган бўлиб, улардан 73 да ТЁН аниқланган. Мазкур 73 ҳолатдан 17 таси шошилинч тиббий ёрдам тизими фаолиятига боғлиқ. 17 ҳолатда жами 25 ТЁН аниқланган. Таҳлил йиллари бўйича тиббий ёрдам нуқсонларининг аксариятига субфилиаллар шифокорлари томонидан йўл қўйилган.

Таҳлил натижаларига кўра ТЁН моҳияти бўйича 2008-2009 йиллар фарқланмаган бўлиб, аксариятини диагностик нуқсонлар ташкил этади. 2008 йилда диагностика ва даволаш нуқсонлари бир хил кўрсаткичга эга бўлган бўлса (46,7%), 2009 йилда диагностика нуқсонларининг нисбий улуши кескин ортиб кетган (64%) ва ушбу турдаги камчиликлардан асосий касалликнинг(жароҳатнинг) аниқланмаслиги кўрсатилган.

ТЁН сабаблари ичида субъектив сабаблар катта қисмини ташкил этган: 2008 йилда 80%, 2009 йилда 62%, булардан тиббий ходим малакасининг етарли эмаслиги катта қисмини ташкил этади. 2008 йилда ТЁН ташкилий сабаблари учрамаган бўлса, 2009 йилда 31% ни ташкил этган.

Нуқсоннинг оқибатга таъсири ўрганилганда қуйидагилар аниқланди: таҳлил йилларида 28 ТЁН бемор аҳволининг оғирлашишига олиб келган ва ўлимнинг келиб чиқишига мойиллик яратган (70%), 2 ҳолатда бевосита ўлимга олиб келган, 1 ҳолатда ногиронликка олиб келган, 5 ҳолатда даволаш муддати чўзилган ва фақатгина 2 ҳолатда оқибатга таъсир кўрсатмаган.

Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда, шошилинч тиббий ёрдам тизими фаолияти билан боғлиқ бўлган комиссион суд-тиббий экспертизаларнинг таҳлили шошилинч тиббий ёрдам тизими муассасалари фаолиятини яхшилаш ва такомиллаштиришда муҳим аҳамият касб этади.

II. Лечебно-диагностические стандарты, общие и частные вопросы травм

2.1. Стандарты диагностики и лечения сочетанных травм и политравм

ВЕДУЩИЕ ВОЗБУДИТЕЛИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПЕРЕЛОМАМИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ

Абдурахманов М.М., Саидов С.С., Раджабов М.М.
Бухарский филиал РНЦЭМП, Бухарский медицинский институт

Травматические раны всегда являются бактериально загрязненными. В группе возбудителей раневой инфекции лидерами остаются золотистый стафилококк, энтерококки, кишечная палочка, клебсиеллы и синегнойная палочка.

Цель работы: изучение десятилетней (с 2001 по 2009 гг.) динамики возбудителей раневой инфекции у пострадавших с травмами конечностей в сочетании с черепно-мозговыми травмами.

Использовали стандартные микробиологические методы, антибиотикочувствительность определяли диско-диффузионным методом.

Раневая микрофлора в 61-71% случаев была представлена монокультурами, из них в 21-27,5% проб обнаружен S.aureus. Среди ассоциаций преобладала двухкомпонентная миксинфекция S.aureus с E.coli, Klebsiella pneumoniae и P.aeruginosa. В 61-70% проб раневого отделяемого присутствовали стафилококки. Отмечено уменьшение частоты выделения S. aureus с 62,5% проб в 2001 г. до 37% в 2009 г. и увеличение частоты выделения Ps. aeruginosa с 8,3 до 23%. Частота выделения E. coli и Klebsiella pneumoniae колебалась в диапазоне 33-59%.

Число проб, содержащих клебсиеллы, сократилось с 25 до 5%. Наметилась тенденция к увеличению частоты обнаружения E. coli. Снизилась частота выделения синегнойной палочки с 35 до 9%. Выявлен высокий процент полирезистентных штаммов. На долю метицилинрезистентных стафилококков в 2001 г. приходилось не более 15% штаммов S.aureus, а в 2006 г. их число возросло до 62%. Высокий терапевтический потенциал на сегодняшний день сохраняют препараты "резервной группы": имипенем, меропенем, сульбактамные цефалоспорины, ванкомицин, нетромицин.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения постоянного микробиологического мониторинга возбудителей госпитальных инфекций в травматологических отделениях. Особо важна профилактика появления полирезистентных штаммов: применение антибактериальных препаратов строго в соответствии с данными мониторинга, подбор доз и режимов введения, летальных для микроорганизмов, использование комбинированной терапии, ротация антибиотиков, отказ от избыточно длительного лечения, применение комбинированной терапии, включающей иммунокорригирующие препараты.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Абдурахманов М.М.
Бухарский филиал РНЦЭМП, Бухарский медицинский институт

Повреждения магистральных сосудов требуют от хирурга экстренных мероприятий.

Цели лечения травмы сосудов: предварительная остановка кровотечения, своевременное восполнение кровопотери, оперативное вмешательство на самом сосуде и лечение сопутствующих повреждений мягких тканей, костей, нервов и сухожилий.

Цель нашей работы – поделиться с общими хирургами опытом оказания экстренной хирургической помощи больным с травмой сосудов в условиях общего хирургического отделения. За 30 лет (1979-2009) на лечении находились 168 больных с травмой сосудов. Ножевые ранения сосудов наблюдались у 72 (42,9%) больных, ранения острыми предметами – у 54 (32,1%), переломы костей с повреждениями сосудов – у 20 (11,9%), производственные травмы – у 8 (4,8%), вывихи костей с разрывами сосудов – у 6 (3,6%), ятрогенные повреждения – у 4 (2,4%), огнестрельные ранения – у 2 (1,2%), открытая травма тупым предметом с разрывом сосудов – у 2 (1,2%). Изолированные повреждения артерий были у 46 (27,3%), вен – у 48 (4,7%) больных. Одномоментная травма артерий и вен имела место у 22 (13%), повреждение сосудов, нервов и сухожилий – у 64 (38%) больных. У 168 больных было повреждено 232 сосуда.

Основой тактики при ранении сосудов, которой мы стремились придерживаться всегда, была ранняя восстановительная операция. Из 232 поврежденных сосудов только 12 (5,1%) были лигированы: локтевая артерия (2), большая подкожная вена (4), подколенная вена (2), глубокая бедренная артерия (2) и глубокая бедренная вена (2). Боковой сосудистый шов выполнен на 52 сосудах, циркулярный - на 146, аутовенозное протезирование на 22. К особо опасным и тяжелым повреждениям относим ранение магистральных забрюшинных сосудов. Восстановительные операции произведены 162 (96,4%) больным. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 142 (87,6%) больных. Неудовлетворительные результаты были у 11 (6,5%) пациентов. Ампутация конечности после реконструкции сосудов выполнена 4 (2,4 %) пациентам, умерли 5 (2,9%) больных от шока (3), перитонита (1), вследствие внезапной остановки сердца в послеоперационном периоде после восстановительной операции на общей сонной артерии (1).

Таким образом, наш опыт показывает, что квалифицированная помощь больным с повреждениями магистральных сосудов может оказываться в общехирургических отделениях больниц с приглашением ангиохирургов.

ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Алимова Х.П., Баходирова А.Н., Мусаев Т.С., Бабаджанова З.О.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Уход за тяжелыми больными с сочетанной травмой затруднен, так как часто они находятся в бессознательном состоянии. Возникает опасность развития пролежней, легочных осложнений, а повернуть больного на бок или уложить в нужное положение не представляется возможным из-за того, что он находится на системе скелетного вытяжения или в гипсовой повязке.

Работа основана на анализе результатов хирургического лечения переломов у 72 детей с сочетанными и множественными травмами опорно-двигательной системы (ОДС), которые в 2005-2008 гг. находились в отделениях травматологии, нейрохирургии и хирургии детского возраста Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Детей младшего школьного возраста (7-10 лет) было 37 (51,4%). Все больные в зависимости от срока проведения хирургического вмешательства на ОДС условно были разделены на 2 группы: 1-я группа – 53 (73,6%) больных, которым хирургические вмешательства выполнены в ранние сроки (до 3 суток), 2-я – 19 (26,4%) больных, которым оперативное лечение проведено в отсроченном порядке.

Для оценки результатов лечения нами проанализированы некоторые показатели. Так, у 13 (18,1%) больных развились вторичные осложнения в виде бронхопневмонии, из них у 8 (11,1%) остеосинтез костей был произведен в отсроченном порядке и у 5 (7%) в ранних сроках. Время пребывания больных в стационаре в среднем составляло 10,1 койко-дня: у больных, у которых операции на опорно-двигательной системе выполнены в ранние сроки, – 8,5, в отсроченном порядке – 14,5 дня. То есть применение раннего остеосинтеза при сочетанной травме позволило значительно сократить срок пребывания больного ребенка в стационаре.

Всем больным с пневмонией, кроме клинических исследований крови и рентгенограммы грудной клетки, проведено бактериологическое исследование мазка из зева и мокроты: у 5 (38%) выявлены Klebsiella pneumoniae, у 4 (31%) – Pseudomonas aeruginosa, у 4 (31%) – Staphylococcus aureus. У 5 больных при поступлении в стационар отмечались повышение температуры, кашель (внебольничная пневмония). У 8 симптомы проявились на 2-3 сутки пребывания в стационаре, что говорит о госпитальной инфекции. Всем больным с осложненной пневмонией с первых дней начата антибактериальная терапия (цефалоспорины I-II поколения) с учетом чувствительности микробного пейзажа, бронхолитики, дезинтоксикационная терапия.

Таким образом, положительный исход лечения сочетанных и множественных травм ОДС у детей во многом зависит от выбора лечебной тактики. Раннее хирургическое лечение позволило раньше активизировать больного, что способствовало профилактике осложнений (бронхолегочная патология) в течение периода медицинской реабилитации и сокращению сроков стационарного пребывания. Вместе с тем необоснованное применение травматичных способов остеосинтеза, причиняя дополнительную травму, может привести к нежелательному результату, усугубив состояние больного.

Выводы. 1. Ранняя стабилизация переломов у детей с сочетанными и множественными травмами способствует прерыванию патологической импульсации, оказывает противошоковый эффект, обеспечивает раннюю активизацию и профилактику застойных осложнений. 2. При выявлении бронхолегочных осложнений у детей с сочетанными и множественными травмами целесообразно раннее назначение адекватной антибактериальной терапии.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ АМПУТАЦИЯМИ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Асамов Р.Э., Минаев Т.Р., Ахмедов Р.А., Юлдашев А.А., Низов О.Н., Хакимов А.Б.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В настоящее время при оказании экстренной медицинской помощи все чаще приходится иметь дело с множественными, сочетанными и комбинированными поражениями конечностей. Излишне говорить, что это значительно затрудняет выполнение восстановительных операций и снижает процент удовлетворительных послеоперационных результатов.

Часто при поступлении больных в состояния тяжелого травматического и геморрагического шока, а также при наличии черепно-мозговой травмы, повреждений органов брюшной полости и/или грудной клетки восстановление поврежденных структур конечностей отходит на второй план. Однако имеющиеся жесткие временные рамки при декомпенсации кровообращения в сегменте конечности не позволяют откладывать операции по восстановлению кровотока на более отдаленный период. Возникает альтернатива сохранения жизни больного ценой потери конечности.

Решению в первую очередь этой, а также целого ряда других проблем и должны помочь разработанные лечебно-диагностические стандарты. Основная их цель на основании определения тяжести полученной травмы, общего состояния больного, оценки пригодности поврежденного сегмента конечности для восстановления - принятие окончательного решения как о целесообразности, так и об очередности проводимых лечебных мероприятий.

Определяющую роль играют условия доставки отчлененных сегментов конечностей, а также временные рамки, в которых это должно производиться, с учетом мероприятий по снижению риска развития необратимых ишемических изменений в тканях.

При поступлении в стационар в первую очередь необходима адекватная оценка поврежденного сегмента конечности. Это связано с тем, что в настоящее время практически не встречается так называемого "гильотинного" механизма травмы, а преобладают ампутации от раздавления, отрыва, скальпирования и их сочетания, а также достаточно часты комбинированные - механические + термические поражения. При этом, число сегментов, пригодных для реплантации, не превышает 20%.

Вторым вопросом является оценка перспективы восстановления функции восстановленного сегмента. Довольно часто, особенно при тракционных травмах, она остается весьма сомнительной. При множественных ампутациях паль-

цев с учетом состояния сегмента и культи необходимо определить возможность выполнения гетеротопических реплантаций для получения наилучшего функционального и эстетического результата.

В послеоперационном периоде даже при удачно выполненных операциях возможно развитие осложнений, связанных с неадекватными медикаментозными назначениями. Так, после реплантации необходимо постоянное введение антикоагулянтов, спазмолитиков, реологических препаратов для снятия периферического спазма, профилактики тромбоза и улучшения микроциркуляции. Это входит в прямое противоречие с терапий, проводимой при тяжелых травмах, сопровождающихся шоком и кровопотерей, введение гемостатиков, гормонов и вазоконстрикторов для повышения артериального давления, что ведет к централизации кровотока, закрытию периферии и резкому повышению риска тромбоза анастомозов.

Разработанные в центре лечебно-диагностические стандарты основаны как на современных литературных данных, так и на собственном, почти 10-летнем опыте работы в республиканской системе экстренной медицины. Использование этих стандартов, а также имеющегося в распоряжении центра оснащения и оборудования позволяет успешно решать поставленные перед ним задачи.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СОСУДОВ

Асамов Р.Э., Хамидов Б.П., Шукуров Б.И., Махмудов Б.Й.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Систематизированы подходы к хирургическому лечению сочетанных повреждений магистральных сосудов конечностей. Из 152 больных, поступивших в хирургическую клинику РНЦЭМП с повреждениями магистральных сосудов, у 98 (64,5%) диагностирован сочетанный характер травмы. Средний возраст пострадавших – 31,7±9,5 года, 79 (80,6%) больных были трудоспособного возраста (от 21 года до 60 лет).

У 76 больных были колото-резаные ранения. Тупая травма сосуда констатирована у 13 больных, рваные раны – у 4, колотые – у 3, огнестрельные – у 2. 36 пострадавших поступили в состоянии алкогольного опьянения различной степени, что вызывало лишнюю напряженность в работе медицинского персонала.

Наиболее тяжелую категорию представляли лица, доставленные в состоянии шока (65). Сочетанному повреждению наиболее часто были подвержены магистральные сосуды верхних конечностей (в том числе подключичные сосуды) (66), заметно реже – нижних конечностей (19). Наиболее жизнеугрожающими и "коварными" были ранения и разрывы крупных кровеносных сосудов брюшной полости, когда методы догоспитальной остановки кровотечения абсолютно неприменимы, а на госпитальном этапе источник профузной внутренней геморрагии выявляется только интраоперационно и, как правило, требует вмешательства узкого специалиста - сосудистого хирурга. Такие ситуации, обусловленные повреждениями подвздошных артерий (6) и нижней полой вены (3), мы наблюдали у 9 пострадавших. У 6 больных с повреждениями подвздошных сосудов и артерий малого таза имела место атипичная локализация "входных" ворот ранения в верхней трети бедра и ягодичной области. Ранения крупных сосудов шеи (3) и ягодицы (1) наблюдались в единичных случаях.

Наиболее часто мы имели дело с сочетанными повреждениями артерий и вен - у 75. Одновременное повреждение сосудов и нервов наблюдали у 61 пациента. У 10 диагностированы переломы трубчатых костей с повреждением близлежащих магистральных сосудов и нервов. Сочетанное повреждение нижней полой вены и внутренних органов брюшной полости выявлено у 3 пострадавших.

При выборе тактики хирургического лечения сочетанных повреждений магистральных сосудов предпочтение отдавали одномоментным вмешательствам. Так, при одновременном повреждении артерий и костей работало две бригады – ангиохирурги и травматологи. Если повреждение артерии диагностировано до операции, то первым этапом выполняли ревизию сосудистого пучка с мобилизацией его дистальнее и проксимальнее предполагаемой зоны травмы сосуда, что обеспечивало контролируемый гемостаз на последующих этапах вмешательства. Далее бригада травматологов выполняла различные виды остеосинтеза, освобождая, тем самым, поврежденный участок сосуда от сдавления костными отломками и создавая благоприятные анатомические условия для его реконструкции. При этом бригада сосудистых хирургов использовала различные технические приемы по восстановлению целостности и проходимости сосудов.

Ровно у половины пострадавших (49) нам удалось восстановить артериальное кровоснабжение поврежденного сегмента наложением анастомоза "конец в конец". Примерно у одной трети пациентов (27) артериальное кровотечение остановлено с помощью бокового шва. У 5 больных адекватное кровоснабжение конечности обеспечено использованием аутовенозного шунтирования соответствующей артерии. У 6 пациентов проходимость магистрального сосуда восстановлена выполнением артериолиза. Еще у 5 больных гемостаз достигнут лигатурными операциями без особого ущерба для кровообращения травмированной конечности. Кровотечение из магистральных вен, лигирование которых сопряжено с опасностью грубых гемодинамических расстройств соответствующего бассейна, остановлено наложением бокового шва. У 1 больного вмешательство дополнено тромбэктомией. У 2 пациентов в условиях обширных размозженных тканей, к сожалению, нам не удалось восстановить адекватное кровоснабжение конечности - пришлось выполнить ампутацию.

В случаях сочетанного повреждения магистральных сосудов с нервными стволами (61) нам удалось наложить эпиневральный шов у 47 больных, еще у 2 ограничились невролизом. У остальных 12 (19,7%) пациентов реконструкция нервных структур не представлялась технически выполнимой.

На завершающем этапе операции у 2 больных выполнена местная (1) и свободная (1) кожная пластика.

В послеоперационном периоде тромбоза восстановленных магистральных сосудов мы не наблюдали. Из 98 больных умерли 7 (7,1%), все они поступили в состоянии шока тяжелой и крайне тяжелой степени. Причем у 3 имело место позднее обнаружение пострадавшего. Все умершие были доставлены в клинику с продолжающимся кровотечением: у 3 из-за неадекватно наложенного жгута или повязки, у 4 имело место внутреннее кровотечение.

Таким образом, при хирургическом лечении пострадавших с сочетанными повреждениями магистральных сосудов необходимо стремиться к выполнению экстренных одномоментных восстановительных операций, что позволит минимизировать частоту ампутаций конечностей. Другим немаловажным мероприятием по улучшению результатов хирургического лечения подобного рода травм является оптимизация медицинской помощи на догоспитальном этапе эвакуации, совершенствование образовательных программ по методам временной остановки кровотечения и проведению первичных противошоковых мероприятий.

К ВОПРОСУ О ПРОВЕДЕНИИ РЕГИОНАРНОЙ ПЕРФУЗИИ ПРИ РЕПЛАНТАЦИЯХ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ахмедов Р.А., Минаев Т.Р., Асамов Р.Э., Юлдашев А.А., Низов О.Н., Хакимов А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Восстановление при реплантациях кровотока в сегментах конечностей, которые до этого времени длительное время находились в состоянии аноксии, чревато развитием так называемого "реперфузионного синдрома", или синдрома "включения", что грозит тяжелыми, а нередко фатальными последствиями.

Это связано, в первую очередь, с попаданием в кровь большого количества мелких тромбов, а также недоокисленных продуктов метаболизма, приводящих к общей интоксикации. Далее происходит механическое разрушение мышечной ткани сегмента, включенного в кровоток, с освобождением большого количества токсических продуктов и, прежде всего, миоглобина. Последний обладает определенным токсическим действием, вызывающим некроз канальцевого эпителия, и нарушает фильтрационную способность канальцевого аппарата почек, что определяет развитие у больного острой почечной недостаточности. Тяжесть интоксикации у пострадавшего усугубляет поступление в кровь других токсических веществ: калия, гистамина, производных аденозитрифосфата, продуктов аутолитического распада белков, адениловой кислоты и аденозина, креатина, фосфора, что приводит к развитию полиорганной недостаточности.

Эта симптоматика развивается, как правило, если время тепловой аноксии сегмента превышает 6 часов. Исходя из этого, профилактика "реперфузионного", или "постреплантационного" синдрома должна быть направлена в первую очередь на сокращение времени аноксии, а во вторую, - на создание гипотермии в ампутированном сегменте конечности до восстановления в нем кровотока.

Конечно, даже при сроках холодовой ишемии 4-5 часов в тканях накапливается достаточное количество недоокисленных продуктов метаболизма, поэтому в начальный период реплантологии выполнение так называемой регионарной перфузии ампутированного сегмента конечности считалось обязательной процедурой. Она проводилась в течение 1-2 часов многокомпонентным раствором, содержащим гепарин, кристаллоиды, 5% глюкозу в сочетании со спазмолитиками и дезагрегантами. Это позволяло удалить тромбы, добиться сосудорасширяющего эффекта, уменьшить метаболический ацидоз тканей и обеспечить временную фармакологическую защиту от повреждающего действия гипоксии.

В последующем, по мере накопления опыта, многие исследователи (Петровский Б.В., Крылов В.С., Степанов Г.А., Датиашвили Р.О., Белоусов А.Е.) отказались от выполнения регионарной перфузии как профилактической меры. Это объяснялось целым рядом причин. Во-первых, канюлирование сосудов сегмента занимает определенное время и ведет к повреждению сосудистой стенки и, в первую очередь, интимы. Сама перфузия также занимает значительное время, усиливает межклеточный отек и усугубляет ишемию. При больших сроках ишемии и значительных мышечных массивах в ампутированном сегменте перфузия сама по себе не способна предотвратить распад мышечной ткани и последующую миоглобинемию.

Исходя из этого, общепринятой стала следующая тактика. Четко определить в каждом конкретном случае крайние временные сроки, в которые еще возможно выполнение реплантации без развития реперфузионных осложнений. После наложения артериальных сосудистых анастомозов выполнить пуск кровотока и в течение 2-3 минут производить перфузию сегмента собственной кровью, вымывая из русла мелкие тромбы и продукты метаболизма и сливая использованную кровь через еще не восстановленные вены. Объем кровопотери для крупных сегментов при этом составляет не более 100-150 мл. Процедура является обязательной при макрореплантациях – кисть, предплечье, плечо и т.д. – и может быть опущена при реплантациях пальцах, так как в них отсутствует мышечная ткань.

В РНЦЭМП мы провели 8 успешных реплантаций крупных сегментов конечностей у 6 больных мужского и 2 женского пола в возрасте от 12 до 32 лет. 4 из них произведены полные ампутации плеча на уровне ср-н/3. У остальных 4 были неполные ампутации: у 1 – на уровне н/3 плеча, у 3 – на уровне ср-н/3 предплечья, но с полной декомпенсацией кровообращения в сегментах.

Механизм повреждения был тракционным у 5, от раздавливания – у 3. Сроки от момента получения травмы до поступления в клинику составляли от 1 до 2 часов. Время от начала операции до пуска кровотока ни в одном случае не превышало 3 часов. Реплантации выполнялись по общепринятой методике без предварительной перфузии. У 3 больных с полными ампутациями плеча до и во время операции до пуска кровотока проводилась локальная гипотермия сегментов обкладыванием их грелками, наполненными холодной водой со льдом. У всех пациентов послеоперационное течение было гладким. Ни клинических, ни биохимических признаков репефузионного синдрома не отмечалось.

Выводы. 1.При небольших сроках аноксии нет необходимости выполнения традиционной регионарной перфузии ампутированного сегмента. 2. Основной упор нужно делать на сокращение сроков доставки больных в специализированное отделение и выполнение локальной гипотермии. 3. При производстве макрореплантаций до выполнения венозных анастомозов необходимым и достаточным является перфузия сегмента собственной кровью в течение 2-3 минут.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Ахмедов Р.А., Низов О.Н., Машарипов Ф.А, Юлдашев А.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Сочетанные ранения сосудов и нервов составляют 17,8%, костно-сосудистые травмы - 18,6%, а повреждения всех этих структур имели место в 7,9 % наблюдений. При несвоевременном и неадекватном проведении лечения последствия сочетанных повреждений чрезвычайно тяжело отражаются на функции верхних конечностей.

Всего в 2001-2009 гг. в отделении хирургии сосудов и микрохирургии получили лечение 119 больных с сочетанным повреждением плечевой артерии и близлежащих анатомических структур. Пациентов детского возраста было 17 (14,3%): 16 (94,1%) мальчиков и 1 (5,9%) девочка. Возраст детей варьировал от 3 до 12 лет, в среднем 7,7±1,5 лет. Наиболее часто пациенты обращались с костно-сосудистой травмой – 13 (76,5%).

Необходимо отметить, что наибольшее число пациентов (n=12) с ишемией руки и неврологическим дефицитом были с интерпозицией сосудисто-нервного пучка при чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости. Еще у 2 детей были диагностированы костно-сосудистые травмы, у остальных причиной повреждений анатомических структур плеча были резаные, колото-резаные и рвано-скальпированные раны с сохранением целостности костных структур руки.

Все пациенты, кроме детей с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости с интерпозицией сосудисто-нервного пучка, обращались к нам в первые 3 часа от получения травмы. При этом в состоянии геморрагического шока I-II ст. были доставлены в клинику 5 (47,9%) детей. 3 (17,6%) детей были доставлены к нам с уже остановленным (лигирование артерии или тугая давящая повязка) кровотечением.

Пациенты с интерпозицией сосудисто-нервного пучка осматривались нами в отделении детской травматологии. Основной причиной было отсутствие пульсации на лучевой или локтевой артерии при пальпации запястья с признаками выпадения функций локтевого или срединного нерва. Для подтверждения диагноза дополнительно выполняли инструментальные методы: пульсоксиметрию и цветное дуплексное сканирование (ЦДС). При пульсоксиметрии показатели сатурации находились на уровне 86-92%, амплитуда пульсовой кривой резко уменьшалась и отсутствовала диастолическая составляющая. На ЦДС при лоцировании артерий на проекции запястья отмечалась картина субкомпенсированного или декомпенсированного коллатерального кровотока, скорость кровотока резко снижалась.

Все больные были оперированы. 8 из них выполнялась ликвидация интерпозиции сосудисто-нервного пучка с артериолизом плечевой артерии и невролизом одного из нервов в локтевом сгибе. 1 выполнена тромбэктомия с наложением бокового шва плечевой артерии. У 2-х пациентов из-за выраженного диастаза между концами артерии проведена аутовенозная вставка, 1 – реплантация на уровне н\3 плеча. Кроме полного восстановления магистрального кровообращения в сегменте, первично восстанавливались все поврежденные анатомические структуры руки. Все больные в послеоперационном периоде получали стандартную консервативную терапию. Раны зажили первично. Больные выписаны с восстановленным кровоснабжением в руке. В последующем 2 больным дополнительно потребовались корригирующие операции. В сроки наблюдения 1-3 года у всех детей отмечено полное восстановление функций руки.

Таким образом, своевременное и адекватное первичное восстановление кровообращения, а также поврежденных анатомических структур руки дает возможность получить удовлетворительные и хорошие результаты у пациентов детского возраста.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СОСУДОВ "ТРУДНОЙ" ЛОКАЛИЗАЦИИ

Бахритдинов Ф.Ш., Норкулов А.А., Рахимов Б.А.
Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Цель: улучшить результаты хирургического лечения повреждений сосудов "трудной" локализации.

В 2000-2009 гг. в отделении хирургии сосудов РСЦХ им. акад. В.Вахидова, а также его выездной сосудистой бригадой оперированы 102 пациента с различными ранениями магистральных сосудов. Ранение грудной аорты было у 1 (0,9%), подключичной артерии – у 18 (19,1%), сонных артерий – у 17 (15,4%), позвоночной артерии – у 6 (5,8%), брюшной аорты и ее ветвей – у 10 (5,8%), ягодичной и артерии – у 6 (5,8%), повреждение бифуркации артерий – у 19 (18,3%), подключичной вены – у 14 (13,5%), нижней полой вены – у 11 (5,8%) случаях. Колото-резаные ранения отмечались у 80 (76,9%), вследствие дорожно-транспортных происшествий - у 4 (3,8%), ятрогенные травмы - у 14 (18,2%), огнестрельные ранения - у 4 (0,97%).

Все больные оперированы в экстренном порядке. Хирургические вмешательства выполняли параллельно с противошоковыми мероприятиями. При повреждении артерий трудной локализации и отсутствии кровопотери применяли миниинвазивные методы остановки кровотечения (29). Выполняли экстренную ангиографию, после определения участка повреждения артерий устанавливали катетер Грюнцига в эту область, останавливали кровотечение, тем самым уменьшая длительность и травматичность предстоящего хирургического вмешательства.

Выполнены следующие операции: боковой шов аорты, артерий или вен, протезирование артерий протезом или аутовеной, анастомоз конец в конец, экстраанатомическое шунтирование, перевязка артерий. При огнестрельных повреждениях сосудов выполняли экстраанатомическое шунтирование во избежание последующего нагноения раны со всеми вытекающими осложнениями. При повреждении глубокой артерии бедра и ягодичной артерии выполняли перевязку этой артерии на протяжении с устья с последующей остановкой кровотечения в области ранения.

Хорошие и удовлетворительные результаты были получены у 92,7% пострадавших. Наилучшие результаты отмечались у пациентов, у которых применены миниинвазивные методы. Таким образом, своевременное оказание ангиохирургической помощи с применением миниинвазивных технологий позволяет сохранить не только конечность, но и жизнь больного.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Валиев Э.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Профилактика и лечение осложнений общего и местного характера у больных с сочетанными травмами является одной из основных проблем. Благополучный исход лечения переломов конечностей при политравме определяют состояние репаративной регенерации и наличие инфекционных осложнений.

В 2001-2009 гг. в РНЦЭМП на лечении находились 2376 больных с политравмой. Лица мужского пола составили 68,8%, молодого трудоспособного возраста (21-50 лет) - 67,4 %. У 67,7% была дорожно-транспортная травма, у 19,7% кататравма (падение с высоты).

В зависимости от доминирующей патологии больные были разделены на три группы: 19,2% пострадавших с сочетанными повреждениями внутренних органов и опорно-двигательного аппарата (ОДА); 68,2% - с сочетанными повреждениями черепа и ОДА; 12,6% - с множественными повреждениями ОДА. Наибольшее количество повреждений ОДА приходились на крупные сегменты конечностей: переломы костей голени - 24,7%, бедра - 17,6%, таза - 12,2%. Простые виды повреждений типа А отмечались у 56%, сложные типа В и С - у 44,0% пострадавших.

Вероятность возникновения осложнений в процессе лечения больных с сочетанной травмой ОДА во многом определяли характер и вид травмы. Развившиеся осложнения являлись неизбежным результатом при выведении этого тяжелого контингента больных из критического состояния. Инфекционные осложнения рассматривали отдельно в группах закрытых и открытых переломов. Мы считаем важным проследить связь развития инфекционных осложнений с локализацией переломов и способом остеосинтеза.

При закрытых множественных переломах среди оперированных в первые трое суток после травмы различные осложнения наблюдались у 13,8%, причем остеомиелит осложнил течение послеоперационного периода только у 3,8% больных.

Наибольшее число осложнений отмечено при внеочаговом компрессионно-дистракционном остеосинтезе (ВКДО) открытых переломов при сочетанной травме - у 26,3%, а остеомиелит - у 7,0%. При интрамедуллярном остеосинтезе открытых сочетанных переломов он наблюдался в 3,5% пациентов. Преобладающей локализацией при развитии остеомиелита были переломы голени.

Мы можем объяснить факт более частого развития различных инфекционных осложнений (в том числе и посттравматического остеомиелита) при применении аппаратов наружной фиксации только тем, что этот способ использовался при наиболее тяжелых (чаще открытых) переломах костей конечностей.

Сравнение частоты инфекционных осложнений при раннем и позднем остеосинтезе показало, что во втором случае их было относительно меньше (7,4% нагноение ран, 4,5% остеомиелит). Мы объяснили это тем, что при выполнении отсроченных оперативных вмешательств была возможность тщательного планирования операций, которые выполняли после стихания воспалительных процессов в зоне повреждения.

Далее мы остановимся на случаях остеомиелита и нарушениях процессов костной регенерации в отдаленные (6 мес. и более) сроки после травмы. Различные осложнения выявлены у 23,9% обследованных.

Посттравматический остеомиелит при раннем и отсроченном остеосинтезе развивался с одинаковой частотой (соответственно 4,2% и 5,6%). Частота нарушения процесса консолидации переломов (образование ложного сустава, замедленная консолидация и неправильное сращение переломов) при позднем и раннем остеосинтезе также существенного различия не имела. При раннем остеосинтезе контрактуры в суставах оперированных конечностей наблюдались у 17,9%, а при позднем остеосинтезе - у 41,8% больных. Эти данные, на наш взгляд, свидетельствуют о несомненных преимуществах раннего стабильно-функционального остеосинтеза множественных и сочетанных переломов длинных костей.

При открытых переломах нарушения консолидации встречались в 3,5 раза чаще, чем при закрытых переломах. Нередко причины нарушений костной регенерации в случаях, когда достигнута ранняя и полная репозиция и обеспечена стабильная фиксация перелома на весь период времени, необходимого для сращения, часто остаются неизвестными.

Практически у всех пострадавших с тяжелой сочетанной травмой имеются общие и местные осложнения, которые определяют тактику и методы лечения повреждений, а при недостаточной диагностике и профилактике ведут к усугублению тяжести состояния пострадавших.

Изучение ошибок и осложнений при ведении данного контингента больных показало, что тактика лечения повреждений ОДА у больных с сочетанной травмой, обеспечивающая раннее восстановление всех повреждений, является более целесообразной, чем выжидательная тактика, что подтверждается снижением количества осложнений.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Гринь А.А., Крылов В.В., Николаев Н.Н.

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Целью работы явилось определение тактики лечения при повреждениях позвоночника и спинного мозга у больных с сочетанной травмой. В структуре позвоночно-снинальной травмы сочетанные повреждения составляют до 50%.

За период с 01.01.2006 г. по 31.12.2009 г. в НИИ СП им. Н.В.Склифосовского на лечении находились 127 пациентов с сочетанной позвоночно-спинальной травмой (СПСТ), из них 113 нуждались в операции на позвоночнике и спинном мозге. Оперированы 98 пациентов. Диагностический алгоритм включал общий и неврологический осмотры, рентгенографию, миелографию и КТ позвоночника.

В экстренном порядке оперирован 71 больной, в отсроченном и промежуточном периодах - 27 пострадавших. Современные фиксаторы использованы у 61 пациента.

Хирургическую тактику у больных с СПСТ определяли после оценки общего состояния и характера повреждений. Показаниями к экстренной операции было наличие компрессии спинного мозга и его корешков и (или) нестабильный перелом позвоночника. Явления нестабильного перелома без неврологических расстройств позволяли производить операции после полной стабилизации состояния больного. Тактику лечения и объем операции определяли с учетом сочетанной патологии (повреждения органов грудной и брюшной полостей, переломов костей, развитие шока).

Противопоказанием к операции на позвоночнике было крайне тяжелое состояние больного: нестабильность гемодинамики, кома, анемия (Нв менее 70 г/л), почечная и/или печеночная недостаточность, жировая эмболия, пневмония, нефиксированные переломы конечностей (при операциях задним доступом).

Летальные исходы (18,3%) были обусловлены тяжелой травмой грудной клетки с ушибом легкого, сердца, переломами костей таза, бедра, тяжелой черепно-мозговой травмой и присоединяющимися гнойно-септическими осложнениями.

Заключение. Проведение одномоментных или последовательных операций на спинном мозге и позвоночнике с его фиксацией в сроки до 72 часов позволяет производить раннюю активизацию больных и тем самым снизить летальность вследствие вторичных гнойно-септических осложнений и явлений эмболии

СПОСОБЫ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ РЕПЛАНТАЦИЯХ КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Дадабаев Х.Р., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Юсупов Н.Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Способы фиксации ампутатов в микрохирургии, в том числе интрамедуллярный остеосинтез стержнями, штифтами, пластинами, и другие методы внутреннего остеосинтеза при травматических ампутациях сегментов конечностей, имеют ряд существенных недостатков, ограничивающих функциональную реабилитацию.

Недостаточная стабильность костных отломков, фиксированных интрамедуллярным остеосинтезом, как правило, требует дополнительной гипсовой иммобилизации, что в значительной степени ограничивает уход за послеоперационной раной, задерживает функциональную разработку конечности и тем самым ухудшает результаты операций.

За истекшие 10 лет в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП реплантации крупных сегментов конечностей выполнены 39 больным: верхних - у 24, нижних - у 15. Мужчин было 32 (82,1%), женщин - 7 (17,9%). В том числе 6 (15,4%) детей. 88% пострадавших были в возрасте от 15 до 53 лет. Преобладали наиболее тяжелые виды травм: повреждения движущимися механизмами станков - у 29 (74,4%) больных, тракционное отчленение - у 5 (12,8%), рельсовая травма - у 3 (7,7%), размозжение и раздавливание - у 2 (5,1%) пострадавших.

Реплантации плеча выполнены у 6 (15,4%), предплечья - у 10 (25,6%), кисти - у 8 (20,5%), голени - у 9 (23,1%), стопы - у 6 (15,4%) пациентов.

Во время операции проводили адекватную первичную хирургическую обработку ран культи и ампутата, маркировку анатомических структур под оптическим увеличением, укорочение костей на 3-4 см для оптимального восстановления сосудов, нервных стволов, сухожильно-мышечного аппарата.

Основными требованиями к проводимому остеосинтезу были краткие сроки выполнения, стабильность фиксации, минимальная травматичность и инвазивность. Многое зависело от общего состояния пострадавшего, длительности аноксии, степени повреждения мягких тканей и характера перелома.

Остеосинтез выполняли в два этапа: предварительный и окончательный. При минимальных сроках ишемии производили интрамедуллярный остеосинтез спицами или штифтами, что занимало 15-20 минут, восстанавливали сухожильно-мышечный аппарат, периферические нервные стволы, магистральный кровоток и лишь в конце операции выполняли окончательную фиксацию костей аппаратом Илизарова в режиме компрессии.

При длительных сроках ишемии ампутата, раздавленном механизме травмы, наличии трудной при выполнении радикальной хирургической обработки производили предварительный временный интрамедуллярный остеосинтез, затем микрохирургический этап, а окончательную стабильность костей осуществляли аппаратом внешней фиксации через 3-5 недель после реплантации.

Использование аппаратов внешней фиксации обеспечивало стабильную фиксацию и визуальное наблюдение и уход за раной, выполнение некрэктомий и замещение дефектов кожи, снизило риск тромбоза анастомозов и гнойно-септических осложнений.

Исходы реплантаций крупных сегментов конечностей до 2 лет прослежены у всех 39 больных. Приживление сегмента достигнуто у 29 из 39 (74,4%). К отторжению сегментов привели тромбоз сосудистых анастомозов (6), нагноение ран (2), технические ошибки (2).

Из 29 пациентов с приживленными сегментами конечностей у 15 отмечено полное сращение костных отломков и отсутствие контрактур в суставах. Эти результаты остеосинтеза признаны хорошими.

У 10 постадавших были удовлетворительные результаты проводимого 2-этапного остеосинтеза - умеренно выраженные контрактуры суставов, не выраженные нейротрофические расстройства.

У 4 пациентов имелись ложные суставы, стойкие постфиксационные и посттравматические контрактуры, а также выраженные нейротрофические расстройства. Такие результаты остеосинтеза признаны неудовлетворительными.

Результаты лечения больных нами расценены как положительные, так как проведенные операции и применение 2-этапного метода остеосинтеза позволили не только сохранить конечность, но и уменьшить число послеоперационных осложнений.

Таким образом, преимуществами данной методики являются:

1) обеспечение визуального контроля за послеоперационной раной и жизнеспособностью реплантированного сегмента;
2) снижение до минимума риска послеоперационных тромбозов и гнойно-воспалительных процессов;
3) обеспечение высокой надежности остеосинтеза;
4) "раскрепощение" конечности для начала ранней функциональной нагрузки.

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Золотова Н.Н.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

В современных условиях, характеризующихся одномоментным поступлением большого числа пострадавших, значительная часть их будет иметь сочетанные повреждения. Наличие диспропорции между числом пострадавших и возможностью оказания медицинской помощи потребовало создания концептуальной модели на этапах лечения. С учетом оценки общего состояния, характера повреждений и возникших осложнений и прогнозирования исходов все пострадавшие (214) были разделены на 5 групп: 1-я группа – пострадавшие с крайне тяжелой черепно-мозговой травмой (ушиб головного мозга тяжелой степени и со сдавлением) и крайне тяжелыми повреждениями костей конечностей, пострадавшие, находящиеся в агональном состоянии вследствие травм, несовместимых с жизнью. Прогноз в большинстве случаев неблагоприятный. 2-я группа – пострадавшие с тяжелой черепно-мозговой травмой (ушиб головного мозга тяжелой и средней степени) и тяжелыми повреждениями костей конечностей, поступившие в состоянии травматического шока и нуждающиеся в помощи по неотложным жизненным показаниям. Прогноз может быть благоприятным при своевременном оказании медицинской помощи. 3-я группа – пострадавшие с тяжелой черепно-мозговой травмой (ушиб головного мозга средней степени) и нетяжелыми повреждениями костей конечностей, не представляющими непосредственной угрозы для жизни, за исключением признаков нарастающего сдавления головного мозга. 4-я группа – пострадавшие с нетяжелой черепно-мозговой травмой (сотрясение и ушиб головного мозга легкой степени) и тяжелыми повреждениями костей конечностей, находящиеся в состоянии средней тяжести с нерезко выраженными функциональными расстройствами. 5-я группа – пострадавшие с нетяжелой черепно-мозговой травмой и нетяжелыми повреждениями костей конечностей, находящиеся в удовлетворительном состоянии. В зависимости от тяжести состояния больные госпитализируются в специализированные отделения. Сразу после выведения больного из шокового состояния решается вопрос об оперативном вмешательстве на черепе и костях конечностей. Восстановительная терапия, начатая в стационаре, продолжается после выписки в поликлиниках. Последний этап - оценка исхода (хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные результаты, временная или постоянная инвалидность).

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТОВ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ В ЭКСТРЕННОЙ СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ И МИКРОХИРУРГИИ

Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Юсупов Н.Т., Дадабаев Х.Р.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Отделение экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи функционирует с марта 2000 года. За 10 лет нами выполнено свыше 1500 операций, в которых использован тот или иной способ остеосинтеза. В 29 случаях использован метод чрескостного остеосинтеза с применением аппарата Илизарова.

Данный метод остеосинтеза применялся нами у пациентов:

с травмами конечностей с обширными дефектами покровных тканей;

с тяжелыми травмами конечностей с переломом костей, повреждением сосудов и дефектом покровных тканей;

с травматическими отчленениями сегментов верхних и нижних конечностей вторым этапом остеосинтеза.

Оперативные вмешательства с использованием аппарата внешней фиксации выполнялись в следующей последовательности:

первичная хирургическая обработка раны с иссечением нежизнеспособных тканей, удалением сгустков крови;

ревизия, выделение и маркировка поврежденных анатомических структур под оптическим увеличением с использованием микрохирургического инструментария и прецизионной техники;

временный остеосинтез с помощью спиц или штифтов;

восстановление поврежденных анатомических структур;

фасциотомия для профилактики туннельного синдрома;

дренирование ран по Редону;

наложение аппарата внешней фиксации.

В послеоперационном периоде для профилактики посттравматического отека конечности придавали возвышенное положение, назначали антикоагулянтную и антибактериальную терапию.

Нами разработаны аппараты внешней фиксации при реплантациях пальцев кисти (рац.предложения №№ 31, 34).

Использование аппаратов внешней фиксации:

1) обеспечило стабильность остеосинтеза;

2) облегчило уход за послеоперационной раной;

3) позволило выполнить этапные хирургические обработки ран и оптимально подготовить рану к кожнопластическим операциям, а также вести контроль за пересаженными кожными лоскутами;

4) позволило начать раннюю нагрузку на поврежденную конечность и активизировать больного.

Метод остеосинтеза является простым и малоинвазивным, качественно улучшает результаты лечения больных с тяжелыми травмами конечностей.

Применение аппаратов внешней фиксации при тяжелых травмах конечностей с повреждениями сосудов, обширными дефектами тканей, травматическими отчленениями сегментов конечностей позволяет не только сохранить конечность, но и восстановить ее функцию.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ГРУДИ

Исхаков Б.Р., Жалилов Э.Т., Джурабоев А.М.
Наманганский филиал РНЦЭМП

В 2002-2009 гг. нами выполнена лечебно-диагностическая видеоторакоскопия 98 пострадавшим с травмами груди в возрасте от 14 до 68 лет, из них 72 (73,5%) мужчины и 26 (26,5%) женщин.

Показанием к экстренной видеоторакоскопии служили малые и средние гемопневмотораксы. Изолированное повреждение грудной клетки выявлено у 30 (30,6%) пострадавших, у 36 (36,7%) больных закрытая травма груди сочеталась с черепно-мозговой травмой различной степени, у 11 (3,3%) – с повреждением органов брюшной полости, у 18 (18,4%) – с переломами костей конечностей, у 3 (3%) – с осложненным переломом грудопоясничных позвонков.

У 18 (18,4%) больных с множественными переломами ребер, осложненными кровотечением из межреберных сосудов, гемостаз достигнут клипированием межреберных сосудов (4) и биполярной диатермокоагуляцией (14). У 12 (12,2%) больных с повреждением висцеральной плевры и небольшими разрывами паренхимы легких гемостаз обеспечило наложение 2-3 эндошвов. Поверхностный разрыв плевры без признаков активного кровотечения наблюдался у 21 (21,4%) больного. Переломы ребер без повреждения плевры диагностированы у 11 (11,2%) пострадавших. Ушиб и гематома легких отмечены у 19 (19,4%), органов средостения – у 7 (7,1%) больных. Во всех случаях плевральная полость дренирована.

Причиной конверсии (переход к торакотомии) у 10 (10,2%) пострадавших явился разрыв легких с продолжающимся кровотечением.

Интраоперационное осложнение в виде кровотечения из межреберных вен в месте введения торакопорта наблюдалось у 1 пациента, у которого гемостаз достигнут биполярной диатермокоагуляцией. Умерли 4 (4,1%) больных от причин, не связанных с торакоскопией (открытая черепно-мозговая травма + переломы ребер и тяжелая сочетанная травма, ушиб легкого и органов средостения + перелом грудопоясничного отдела позвоночника).

Таким образом, применение видеоторакоскопии в ургентной торакальной хирургии позволило уменьшить процент диагностических ошибок и сократить время установления диагноза. Использование видеоторакоскопии при политравмах меняет тактику лечения пациентов и в большинство случаев является альтернативой торакотомии.

ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Каримов Б.Р., Утешев М.Ш.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Лечебная тактика при множественной сочетанной травме, которую многие авторы объединяют понятием "политравма", остается наиболее сложным и до не конца решенным вопросом современной хирургии.

В настоящее время отмечается постоянный рост числа пострадавших с сочетанной травмой, у которых диагностируются множественные переломы ребер, грудины и костей верхних конечностей, а также повреждения внутренних органов грудной клетки. По сводным данным, частота переломов ребер при сочетанной травме груди колеблется от 35 до 92%, переломы костей плечевого пояса встречается у 12,5%.

Несмотря на совершенствование методов лечения политравм, летальность, число осложнений и инвалидность не имеют тенденции к снижению. При сочетанных травмах груди число плевролегочных осложнений возрастает еще больше и достигает, по мнению ряда авторов, 12%-86,4%, а инвалидность наступает у 4,3-47%.

В отделение травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2002-2008 гг. поступили 160 пострадавших с сочетанной травмой груди, у 116 из них имелись повреждения верхних конечностей. Мужчин было 109, женщин – 51. Наиболее частой причиной травм были дорожно-транспортные происшествия (96) и падение с высоты (37).

К определению срока и объема стабилизации костных отломков мы подходили дифференцированно, учитывая характер повреждения, тяжесть шока и эффективность проводимых противошоковых мероприятий. Все больные были разделены на 3 группы.

1-ю группу составили 35 больных с сочетанными травмами грудной клетки, осложненными пневмо-гемотораксом, а также с открытыми переломами плеча, которым сразу при поступлении выполнялись операции по поводу повреждений внутренних органов. Остеосинтез костей плечевого пояса выполнялся в первые сутки, по завершению операций по поводу доминирующей патологии, использовались наиболее малотравматичные оперативные методы – фиксация стержневым или спицевыми конструкциями. Ранний остеосинтез переломов костей верхних конечностей облегчает уход и позволяет рано активизировать пациентов и, уменьшая болевую импульсацию, является мощным противошоковым фактором. В этой группе осложнения отмечались у 13 пациентов: у 9 нагноение вокруг спиц и стержней, у 4 несращение переломов.

Во 2-ю группу включен 61 больной, оперированный в отсроченном порядке (спустя троя суток), с переломами ребер без плевролегочных осложнений. В первые сутки при необходимости выполнялись первичная хирургическая обработка ран, наложение гипсовых повязок (при переломах предплечья), а по стабилизации состояния, учитывая нормальный соматический статус больного, открытый остеосинтез перелома с фиксацией пластинами или интрамедуллярными штифтами.

В 3-ю группу вошли 64 больных, пролеченные консервативно. Лечение заключалось в наложении облегченных гипсовых и косыночных повязок (при одиночных переломах ребер, отсутствии плевролегочных осложнений и незначительном смещении отломков) на срок необходимый для консолидации костей.

Летальные исходы наступили у 17 человек. В остром периоде травматической болезни от кровопотери и шока, несовместимых с жизнью, погибли 8 пострадавших 1-й группы. В позднем периоде травматической болезни от присоединившихся плевролегочных осложнений умерли 9 пациентов 2-й и 3-й групп.

Таким образом, лечение пострадавших с сочетанной травмой груди и верхних конечностей заключаются в активной хирургической тактике в отношении не только повреждений органов грудной клетки, но и переломов костей конечностей с применением стабильных и малотравматичных методов остеосинтеза. Выполнение раннего остеосинтеза при данном виде повреждений является мощным противошоковым фактором, улучшающим общее состояние больного и позволяющим активизировать его в раннем послеоперационном периоде.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Каримов З.З., Норкулов А.А., Рахимов Б.А.
Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова

Цель исследования: улучшение результатов ангиохирургической помощи пострадавшим с травмой магистральных сосудов конечностей.

В отделении хирургии сосудов и выездной сосудистой бригадой РСЦХ им. акад. В.Вахидова в 2002-2007 гг. была оказана специализированная помощь 62 пациентам с травмами сосудов конечностей. У 58,1% пострадавших повреждения локализовались на магистральных сосудах верхних, у 41,9% - нижних конечностей. Колото-резаные раны отмечались у 54, рвано-ушибленные – у 8 пациентов. Специализированная помощь в 74% наблюдений была оказана в первые 6 часов, 16% – в последующие 6-12 часов, остальным 10% – в более поздние сроки. Выполняли аутовенозное протезирование и экстраанатомическое шунтирование, боковой или циркулярные швы и остановку кровотечения перевязкой артерий и вены. Хирургическая тактика зависела от общего состояния пострадавшего, показателей центральной гемодинамики и характера травмы. При отсутствии кровотечения выполняли селективную ангиографию, по возможности для её остановки на область повреждения устанавливали катетер Грюцинга. При отсутствии такой возможности во время операции выделяли дистальный отдел поврежденной артерии, выше повреждения проводили катетер Фогарти, останавливали кровотечение с последующей восстановлением целости поврежденного сосуда.

Положительный результат получен у 94,2% пациентов. У 5,8% больных травма закончилась потерей конечности или летальным исходом, что связано с инфекцией с последующим аррозивным кровотечением или тромбозом восставленных артерий.

Выводы. Пациенты с повреждениями магистральных сосудов конечностей представляют собой тяжелую группу. Лечение целесообразно проводить в условиях специализированных учреждений. При невозможности транспортировки больного оказание хирургической помощи должно осуществляться выездной сосудистой бригадой с применением миниинвазивных технологий. Результаты лечения повреждений магистральных сосудов зависят от своевременного оказания ангиохирургической помощи и реанимационных противошоковых мероприятий до приезда сосудистой бригады.

ЛЕЧЕНИЕ ОТЁЧНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Мамедов Б.К., Муминов М.Д., Зокиров Т.Ш.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Профилактика и лечение посттравматических отёков мягких тканей, сопровождающихся локальными расстройствами кровоснабжения и болевым синдромом, а также тяжёлых нарушений венозного кровоснабжения верхних и нижних конечностей при острой травме является актуальной проблемой детской нейрохирургии. Для профилактики и лечения отечно-болевого (компартмент) синдрома существует широкий арсенал лекарственных средств.

Цель работы: изучение эффективности препарата L-лизина эсцината в лечении и профилактике компартмент-синдрома при комплексном лечении пациентов детского возраста с сочетанной черепно-мозговой травмой (ЧМТ) в остром периоде.

В отделении детской реанимации нашего филиала на лечении находился 21 пациент с сочетанной (повреждения опорно-двигательного аппарата) ЧМТ в возрасте от 3 до 14 лет. Для сравнительного изучения пациенты были разделены на 2 группы: основная – 9 пациентов, которые получали стандартную терапию в сочетании с L-лизином эсцината с момента полученной травмы (2,5 мл на 0,9%-50,0 мл NaCl в/в капельно), и контрольная – 12 пациентов, которые получали стандартную терапию без L-лизина эсцината.

Критериями оценки эффективности препарата был регресс интенсивности отечно-болевого синдрома, который мы оценивали в баллах по пятибалльной шкале, и специальные пробы (брахио-лодыжечный индекс). Нормальное соотношение брахио-лодыжечного индекса равнялось 1:2. Кроме того, определяли степень отечности тканей (разность окружности) на больной и здоровой конечностях. Полученные результаты свидетельствовали о значительном раннем регрессе компартмент-синдрома у пациентов основной группы. Следует отметить, что препарат хорошо переносится детьми и не вызывает побочных реакций.

Таким образом, нашими клиническими исследованиями доказано, что применение L-лизина эсцината приводит к надёжному купированию компартмент-синдрома у пациентов детского возраста с сочетанной ЧМТ, что диктует необходимость включения его в список препаратов, составляющих стандартную терапию этой категории пациентов.

СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Акбаров А.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Диагностика и лечение травматических повреждений сухожилий сгибателей кисти и пальцев является одним из самых сложных разделов хирургии кисти (Штутин О.А., 1998; Колонтай Ю.Ю. и др. 1983). Среди общепрактикующих врачей шов сухожилия считается обычной операцией, однако результаты его не удовлетворительны. Это объясняется сложностью анатомо-топографических взаимоотношений сухожилия и его скользящего аппарата, частым сочетанием повреждений нервных стволов и травматичностью операции.

Цель исследования – оценка результатов лечения и разработка стандартов диагностики и лечебных мероприятий при травматических повреждениях сухожилий сгибателей кисти и пальцев.

За истекшие 10 лет нами выполнено 1850 первичных швов сухожилий сгибателей у 1370 больных. Мужчин было 1020 (74,5%) женщин - 350 (25,5%), из них детей 365 (26,6%). Повреждения сухожилий сгибателей на уровне предплечья встречались у 15%, лучезапястного сустава - у 25%, ладони - у 28%, пальцев - у 32%. Повреждения сухожилий сгибателей при травматических отчленениях сегментов верхней конечности в данную группу включены не были.

По нашим наблюдениям, наиболее частым травмирующим агентом являлось стекло, причём в этих случаях характерны повреждения нескольких сухожилий, а нередко - сосудов и нервов. На следующем месте по частоте - ранения ножом и пилой. Повреждения циркулярной пилой были наиболее сложными травмами кисти и, как правило, сочетались с дефектами мягких тканей, сухожилий, нарушением периферического кровообращения и переломами костей. Все это значительно осложняло задачу хирурга.

При повреждениях у места прикрепления сухожилий в области дистальных фаланг применяли шов Пульвертафта в нашей модификации с выводом и погружной фиксацией шва на подушечке пальца, в "критической" зоне", в области кисти, карпального канала и в области предплечья - шов Кюнео-Кляйнерта (в дополнении с микрохирургическим обивным швом). При отсутствии достаточных условий для восстановления сухожилий (повреждение в сложной зоне, загрязненная рана) нами успешно использовалась методика Е. Панева-Холевича, когда ушивались между собой проксимальные концы поверхностного и глубокого сгибателя, затем в плановом порядке проводилось переключение и шов сухожилий (иссекалось сухожилие поверхностного сгибателя и ушивалось с дистальным концом сухожилия глубокого сгибателя пальца). В особых случаях (отсутствие опытного специалиста или ассистента во время ночного дежурства, усталость хирурга) при условии компенсированного кровообращения в кисти нами использован метод Ш.Ш. Хамраева, когда на рану с повреждением сухожилий сгибателей после промывания антисептиками и орошения антибиотиками накладывали асептическую повязку, а восстановление поврежденных структур выполняли утром. Данная методика позволяла уменьшить число неудовлетворительных результатов лечения.

Сухожильные швы на протяжении проксимальных фаланг дополнялись аутопластикой кольцевидных связок из иссеченной части сухожилий, в зоне карпального канала обязательно выполняли вскрытие карпальной связки для профилактики тоннельного синдрома в послеоперационном периоде.

Наиболее сложной задачей является восстановление сухожилий сгибателей при тяжёлых сочетанных травмах кисти, причиной которых чаще бывают повреждения от воздействия циркулярной пилы, движущимися механизмами станков. В этих случаях первичный шов сухожилий сочетался с остеосинтезом фаланг и пястных костей, сосудистым швом локтевой и лучевой артерий, эпи-перинервальным швом нервных стволов, ладонных ветвей и пальцевых нервов. При обширных дефектах покровных тканей сухожильный шов дополнялся несвободной аутодермопластикой на питающей ножке с отдалённых участков кожи или лучевым лоскутом на сосудистой ножке.

Из ранних послеоперационных осложнений у 5% больных отмечались нагноения ран и краевой некроз кожи в зоне повреждения, у 2% - несостоятельность сухожильного шва.

Результаты лечения оценивали на основе классификации В.М.Розова. Отдалённые результаты изучены у 70% больных. Хорошие результаты получены у 78%, удовлетворительные - у 20%, неудовлетворительные - у 2% больных.

Таким образом, помощь больным с повреждением сухожилий сгибателей кисти и пальцев, по нашему мнению, должна оказываться в специализированных отделениях, с использованием оптического увеличения и прецизионной техники, что позволит добиться удовлетворительных функциональных результатов.

РЕПЛАНТАЦИИ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Минаев Т.Р., Ахмедов Р.А., Юлдашев А.А., Низов О.Н., Хакимов А.Б.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В настоящее время растет число открытых повреждений конечностей, полученных при работе на промышленном и сельскохозяйственном оборудовании, в результате дорожно-транспортных происшествий, стихийных бедствий, военных конфликтов и т.д. Вместе с ростом абсолютного числа травматических повреждений изменился и их характер. Все чаще приходится иметь дело с множественными, сочетанными и комбинированными поражениями. Излишне говорить, что это значительно затрудняет выполнение восстановительных операций и снижает процент удовлетворительных послеоперационных результатов.

Необходимо также отметить, что достаточно часто локальные проблемы – восстановление поврежденных структур конечностей – отходят на второй план, когда больные поступают в состояния тяжелого травматического и геморрагического шока, а также при наличии черепно-мозговой травмы, повреждений органов брюшной полости и/или грудной клетки. В таких случаях борьба в первую очередь идет за сохранение жизни, что отодвигает реконструктивные вмешательства на конечностях на более отдаленный период. Однако имеющиеся жесткие временные рамки при декомпенсации кровообращения в сегменте конечности не позволяют откладывать операции по восстановлению кровообращения, в связи с чем по жизненным показаниям единственно возможной остается выполнение первичной ампутации.

В послеоперационном периоде даже при удачно выполненных операциях возможно развитие осложнений, связанных с неадекватными медикаментозными назначениями. Так,

после реплантации необходимо постоянное введение антикоагулянтов, спазмолитиков, реологических препаратов - для снятия периферического спазма, профилактики тромбоза и улучшения микроциркуляции. Это входит в прямое противоречие с терапий, проводимой при тяжелых травмах, сопровождающихся шоком и кровопотерей, - введение гемостатиков, гормонов и вазоконстрикторов для повышения артериального давления, что ведет к централизации кровотока, закрытию периферии и резкому повышению риска тромбоза анастомозов.

При изолированных травмах - ампутациях небольших сегментов, в частности одного - двух пальцев, число сегментов, пригодных для реплантации, не превышает 20%. В первую очередь это связано с тем, что в настоящее время практически не встречается так называемый "гильотинный" механизм травмы, а преобладают ампутации от раздавления, отрыва, скальпирования и их сочетания. Достаточно часто приходится иметь дело с комбинированными - механическими + термическими (ожоговыми) поражениями.

До сих пор при травматических ампутациях дискутируется вопрос: пытаться ли реплантировать любой пригодный ампутированный сегмент, основываясь на утверждении, что лучше пусть будет, хоть и неработающая, но своя рука (нога, палец), чем вовсе без нее. Или реплантировать только те сегменты (их гораздо меньше), которые наиболее перспективны в плане восстановления функции.

При множественных ампутациях пальцев, не всегда ясно, или следовать ли в первую очередь желанию пациента – реплантировать палец только на свое место или, учитывая состояния сегмента и культи, выполнять гетеротопические реплантации для получения наилучшего функционального и эстетического результата.

На исходы микрохирургических операций при травмах влияет послеоперационная реабилитация, которая, главным образом, и определяет отдаленные функциональные результаты.

ИЛИЗАРОВ АППАРАТИ БИЛАН ОСТЕОСИНТЕЗ ҚИЛИНИШИ ЖАРАЁНИДА АРТЕРИЯ ҚОН ТОМИРИ ШИКАСТЛАНГАНДА ЖАРРОҲЛИК АЛГОРИТМИ

Муҳаммадиев А.Б., Деҳконов К.М., Содиқов И.Х.
РШТЁИМ Фарғона филиали

Травматология ва ортопедияда қўл-оёқнинг турли соҳаларидан Илизаров сихи ёки бошқа фиксацияловчи элементларни ўтказиш натижасида у ёки бу қон томирини тўғридан-тўғри шикастлантириш ёки томирни узоқ босиб туриши таъсирида унинг деворини аррозиясига олиб келиш хавфи юзага келиши мумкин. Албатта ҳар қандай травматолог остеосинтез вақтида магистрал қон томир ва нерв тутамларининг топографик жойлашувини ҳисобга олади, бироқ жароҳат ёки илгари ўтказилган хирургик операциялар натижасида анатомия бузилиши мумкин. Шу сабабли, афсуски, ҳатто бизнинг клиникамизда ҳам сихларни ўтказиш вақтида ва беморни даволаш даврида артерияларнинг зарарланиши кузатилди.

Ортопедик-травматологик беморларни Илизаров аппарати билан остеосинтезда кўп йиллик тажрибалар асосида биз қуйидаги тўхтамга келдик: соннинг юқори учлигидан спица ўтказилаётганда қон томир энг кўп шикастланади — бу хирургнинг техник хатоси эмас, балки бу артерия қон томирлари архитектоникасининг вариабеллигига боғлик бўлиб, сон чуқур артериясининг 2-3 қатор тармоқлари шикастланади, агар қон профуз характерда бўлмаса, бунда тезлик билан бажарилган диагностика ва даволашда ангиография ҳал қилувчи ахамиятга эга.

Ангиография аррозив ёки қон-томир шикастланган соҳада ўтказилади. Агар артериограммада аневризма соҳаси аниқланмаса, бу маълумотлар ҳаммаси унча катта бўлмаган вена тармоғининг шикастланиши бўлиб, қон кетиш консерватив муолижалардан сўнг тўхтайди, яъни босиб турувчи боғлам қўйилса етарли. Агар артериограммада у ёки бу ўлчамдаги контраст экстравазацияси аниқланса, бу шубҳасиз артерия шикастланишидир. Бу ҳолатда тактика янада активроқ бўлади, акс ҳолда қуйқанинг ретракцияси ва организацияси сабабли аневризма бўшлиғидаги босим камайиб, артериал қон кетиш қайталаниши мумкин. Бундай рецидивлар ташқи қайталанувчи қон кетиш бўлиб, бемор аҳволининг кескин ёмонлашишига олиб келади, шунинг учун 1-чи қон кетишда қуйидаги чора-тадбирларни амалга ошириш зарур:

1. Теридаги жарроҳатни асептик ёпиш.
2. Қон кетаётган соҳага босиб турувчи боғлам қўйиш, оёқдаги шишларни кузатиш, гемодинамика кўрсаткичлари ва қон клиник кўрсаткичларини кузатиш.
3. Айланиб юрувчи қон ҳажмини тўлдириш.
4. Ангиография.
5. Ангиография таҳлилига қараб, консерватив ёки оператив даволаш усулини танлаш.

ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЗМОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ НА ТЕЧЕНИИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

Насимов С. Т., Тухтабеков З.Л.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из основных причин расстройства здоровья и смертности. Важным фактором, определяющим вид, тип, характер, тяжесть и исход ЧМТ, является механизм повреждения.

Цель исследования: изучить особенности механизмов травмы и проследить их взаимосвязь травмы с видами повреждения мозга и исходами у детей в возрасте от 1 до 14 лет с изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмой.

В нашу клинику в 2009 г. были госпитализированы 1816 детей с очаговыми и диффузными повреждениями головного мозга. Стандартный протокол исследований включал анализ анамнестических данных, оценку клинических показателей в динамике, результатов рентгенографических исследований, Эхо-ЭС, ЭЭГ и КТ.

Дети были в возрасте от 3 до 9 лет. 76,4 % составляли мальчики. Преобладающим механизмом при легкой черепно-мозговой травме являлось падение с высоты роста и удары головой (63,4%). При ЧМТ средней тяжести механизмы травмы распределились равномерно за счет увеличения автодорожной травмы и уменьшения падений с высоты роста,

ударов головой. У детей с тяжелой ЧМТ преобладала дорожно-транспортная травма: у 67% детей, которые находились в коме более суток. Среди детей с тяжелой и среднетяжелой ЧМТ, полученной в результате ДТП, у 84% отмечались хорошие исходы.У 0,3% - глубокая инвалидизация, у 1,3% - летальный исход. При падении с большой высоты хороших исходов было 92,5%, умерли 5,8%. При падении с высоты роста и ударе по голове хорошие исходы были у 99%.

На основании данных клиники все больные были разделены на три основные группы: с легкой ЧМТ – 1152, с очаговыми повреждениями – 521. В отдельную группу выделены 143 больных с внутричерепными гематомами (ВЧГ), потребовавшие хирургического вмешательства. У 5,9% детей с ушибами головного мозга с оценкой по шкале комы Глазго (ШКГ) 13-15 баллов на КТ головного мозга выявлены явления компрессии. ШКГ 9-12 баллов выявлены у 20% , а ШКГ 3-8 баллов – у 33%. 31% оперированы, 2% – не оперированы. Отмечена связь между механизмом травмы и сочетанием повреждения. У больных с тяжелой ЧМТ при наезде автомобиля достоверно чаще отмечались повреждения нижних конечностей (24%) и таза (5,6%), а также повреждения грудной клетки (1,76%). Сочетание тяжелой ЧМТ с травмой лицевого скелета чаще отмечалось при ДТП, если ребенок находился внутри автомобиля. Изолированная закрытая ЧМТ встречалась у 63,4% детей с сотрясением головного мозга. С утяжелением ЧМТ возрастала частота сочетанной и открытой травмы, достигая среди детей с ТЧМТ и длительным коматозным состоянием 64%. Среди сочетанных повреждений у детей с легкой травмой преобладали нетяжелые черепно-лицевые травмы и нетяжелые переломы конечностей (26%). При тяжелой сочетанной ЧМТ чаще наблюдались тяжелые внечерепные множественные повреждения и повреждения таза и нижних конечностей (28%). Переломы свода черепа среди больных с тяжелой и среднетяжелой ЧМТ и с диффузными повреждениями были в два раза реже (44%) чем при очаговых повреждениях и внутричерепных гематомах (84%). Переломы основания черепа также реже отмечались при диффузных повреждениях головного мозга.

Опираясь на собственный клинический опыт, подкрепленный данными научных исследований можно отметить, что механизм травмы определяет тяжесть состояния больного и оказывает непосредственное влияние на течение травматической болезни головного мозга. Стандартизация диагностики и лечения больных с тяжелой и сочетанной черепно-мозговой травмой значительно повышает эффективность работы врача экстренной помощи и приводит к снижению летальных исходов у данной категории больных.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ОБШИРНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ КИСТИ

Низов О.Н., Минаев Т.Р., Ахмедов Р.А., Юлдашев А.А., Хакимов А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Травматические повреждения кисти зачастую сопровождаются образованием обширных и глубоких дефектов кожи и подкожной клетчатки, нередко с обнажением и повреждением подлежащих структур. Своевременное закрытие таких дефектов во многом определяет не только восстановление функции, но и сохранение самой кисти как органа.

За период с 2001 по 2009 гг. в отделении хирургии сосудов и микрохирургии РНЭМП на лечении находились 45 больных с обширными травматическими дефектами кожи и мягких тканей кисти. Мужчин было 37 (82,2%), женщин - 8 (17,8%), в том числе детей до 14 лет - 5 (11,1%). У 13 (28,9%) больных имели место повреждения электропилой, у 9 (20%) - от раздавливания, у 7 (15,6%) - тракционные повреждения, у 12 (26,7%) - скальпированные, у 4 (8,9%) - взрывные. Основное значение имел характер дефекта. Так, у 19 (42,2%) пациентов дном дефекта являлись подкожная клетчатка и неповрежденные мышцы и сухожилия. У 15 (78,9%) больных этой группы использовалась методика закрытия свободны ми полнослойными аутокожными трансплантатами, у 4 (21,1%) - комбинированная кожная пластика перемещёнными лоскутами. Загрязнение раны не являлось абсолютным противопоказанием к пластике, однако проводились тщательное очищение и санация раны с иссечением всех видимых нежизнеспособных тканей, часто с применением оптического увеличения. Площадь дефекта значения не имела. У 15 (78,9%) пациентов отмечалось полное приживление аутотрансплантата, у 4 (21,1%) наступил краевой некроз лоскута с частичным его отторжением.

У 26 (57,8%) пациентов дном дефектов служили обнаженные поврежденные структуры (сухожилия, сосуды, нервы, кости), что делало практически невозможным проведение свободной кожной пластики. У 10 (38,5%) больных была выполнена пластика лоскутами на питающей ножке с передней стенки живота, у 8 (30,8%) - комбинированная кожная пластика перемещенными лоскутами, у 8 (30,8%) - пластика лучевым лоскутом на реверсированном кровотоке. При пластике лоскутами с передней стенки живота краевой некроз лоскута с частичным отторжением развился у 1 (10%), при пластике перемещенными лоскутами - у 3 (37,5%), при пластике лучевыми лоскутами осложнений не наблюдалось. Последнюю методику следует выделить особо. Несомненными преимуществами её являются:

- отсутствие необходимости длительной фиксации кисти к животу, что облегчает санацию раны в послеоперационном периоде и позволяет начать ранние активные движения рукой с первых дней после операции;

- отпадает необходимость выполнения второго этапа операции - отделения кисти от передней стенки живота;

- возможно одномоментно как замещение кожно-мягкотканного дефекта, так и восстановление сухожильно-костно-суставного аппарата и поврежденных сосудов и нервов.

Между тем, данная методика, несомненно, требует значительных затрат врачебного труда и времени (длительность операции в зависимости от тяжести повреждения до 5 - 7 часов). Кроме того, неизбежно образование кожного дефекта предплечья, требующего замещения свободным аутокожным трансплантатом.

Выводы. 1. При обширных травматических мягкотканных дефектах кисти следует стремиться к их первичному одномоментному закрытию. 2. Методикой выбора при закрытии дефектов, имеющих дном обнаженные структуры, является пластика лоскутами с осевым кровообращением. 3. Применение для таких целей лучевого лоскута на реверсированном кровотоке имеет преимущество перед пластикой лоскутами на временной питающей ножке в плане возможности восстановления поврежденных структур, облегчения последующего ухода за ранами и возможности ранней активизации конечности. 4. Пластика лучевым лоскутом требует хорошего знания анатомии, владения навыками микрохирургической техники и значительных затрат врачебного труда.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Порсахонов Р.Г., Ахмедов Р.А., Абдуллаев Ш.М.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Результаты хирургической помощи больным с травматическими повреждениями магистральных сосудов конечностей зависят от правильной организации работы.

Отделение экстренной хирургии Джизакского филиала РНЦЭМП имеет опыт лечения 17 больных в возрасте от 14 до 56 лет (27,9+2,1 года) с повреждениями магистральных сосудов верхних и нижних конечностей, из них 16 мужчин и 1 женщина.

Повреждение магистральных сосудов руки было диагностировано у 10, ноги - у 7 пострадавших. Повреждение плечевой артерии отмечалось у 8, артерий предплечья - у 2, бедренной артерии - у 6, подколенной - у 1 пациента. Наиболее часто наблюдались колото-резаные и резаные виды ранений - у 12. У всех больных главным симптомом была острая ишемия конечности IIa-IIIa степени по классификации Савельева. У 3 пострадавших травмы носили костно-сосудистый характер, у 3 диагностировано сочетанное повреждение периферических нервов. Геморрагический шок I-II степени отмечался у 14 больных.

Все больные были оперированы в первые часы после поступления в клинику. У 8 из них отмечалось полное пересечение магистральной артерии с небольшим диастазом концов сосудов. Этим больным наложен первичный сосудистый шов (анастомоз конец в конец). Для восстановления поврежденных магистральных сосудов применяли первичный циркулярный сосудистый шов по Мешалкину. Среди больных этой группы только у 1 отмечался тромбоз анастомоза бедренной артерии, связанный с нестабильной низкой гемодинамикой во время наложения сосудистого шва. После стабилизации состояния, через 4 часа больной оперирован повторно, кровообращение ноги восстановлено.

У 6 пострадавших в связи с выраженным диастазом концов артерии (размозжение концов, продольные и множественные дефекты стенки) применена вставка из аутовены: у 2 - по поводу проникающего ранения бедренной артерии, у 2-при частичном повреждении сосуда с образованием посттравматической ложной аневризмы бедренной артерии при тупых травмах бедра, у 1 - по поводу изолированного ранения плечевой артерии, еще у 1 - при костно-сосудистом повреждении плечевой артерии, еще у 1 - срединного нерва. Кровообращение во всех случаях было полностью восстановлено. У 2 из этих больных в послеоперационном периоде наблюдалось поверхностное нагноение раны, которое было излечено консервативными мероприятиями. Развитие нагноений и некрозов тканей при костно-сосудистых повреждениях обусловлено травматизацией мягких тканей, а следовательно, сети коллатеральных сосудов. Во всех случаях костно-сосудистых повреждений после стабилизации костных отломков артериальное и венозное кровообращение было восстановлено путем наложения сосудистых швов. В одном случае в связи с длительной ишемией операция завершена декомпрессионной фасциотомией.

Показаниями к фасциотомии служили ишемия конечности более 6 часов, сочетанные костно-сосудистые и артериовенозные повреждения, а также в случаях сомнений в жизнеспособности конечностей. У 2 из больных этой группы наблюдалось поверхностное нагноение ран.

В послеоперационном периоде больным назначали антикоагулянты, антибиотики, дезагрегантные и сосудорасширяющие препараты. Все больные выписаны с полным восстановлением кровообращения в конечности.

Таким образом, своевременная диагностика повреждений магистральных сосудов конечностей и хирургическое лечение с применением первичного сосудистого шва дает возможность сохранить конечности и быстро восстановить трудоспособность больных.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Раззаков А.А., Салимов Н.Ф., Сироджов К.Х., Батыров Ф.А.
Кафедра травматологии и ортопедии ТГМУ и ТИППМК, г. Душанбе

Политравма, которая отличается сложностью и многогранностью, остается актуальной проблемой хирургии.

Проанализированы результаты диагностики и лечения 165 пострадавших с политравмой путем создания базы данных с применением методики мультифакториального анализа. В качестве группы сравнения использованы результаты традиционной диагностики и лечения 156 пациентов с аналогичными повреждениями.

Предложены и реализованы в практику новые концептуальные подходы к изучению, диагностике и лечению острого периода политравмы, ключевыми звеньями которыми являлись:

- применение единой и унифицированной терминологии и методик при определении основных понятий политравмы, степени тяжести состояния больных и повреждений;

- систематизация и унификация всех применяемых в лечебно-диагностическом процессе параметров и создание на этой основе формализованной истории болезни;

- создание базы данных с целью математической обработки данных, в том числе с применением методов мультифакториального анализа;

- ранняя диагностика жировой глобулемии с помощью экспресс-метода Корнилова и разработанного в клинике метода диагностики с применением молекулярной инфракрасной спектроскопии;

- изучение сроков регресса клинико-лабораторных проявлений жировой глобулемии под влиянием различных схем медикаментозной терапии и методов остеосинтеза переломов;

- разработка оптимальных методов и схем раннего остеосинтеза с учетом особенностей течения различных вариантов политравмы, в том числе малоинвазивных (чрескожная фиксация) методов и с широким применением функционально-стабильного и компрессионно-дистракционного остеосинтеза в различных вариантах с помощью аппаратов Илизарова, Волкова-Оганесяна и стержневых аппаратов;

- применение рациональной системы профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений при политравме, в том числе с внедрением современных методов идентификации микрофлоры (определение анаэробов, ПЦР-анализ и др.);

- проведение лечебно-диагностических мероприятий с учетом степени остеопороза в костях и современная коррекция выявленных изменений с применением количественной оценки плотности костей с помощью методики рентгеновской денситометрии;

- превентивное лечение тромбофлебита, тромбоэмболии и других осложнений политравмы, связанных с изменениями в свертывающей и сосудистой системе;

- своевременная профилактика и лечение травматических и функциональных изменений в мочеполовой системе, в том числе с применением метода электростимуляции стенок мочевого пузыря;

- широкое применение современных неинвазивных и малотравматичных методов диагностики повреждений различных органов и систем при политравме (УЗИ, компьютерная томография, эхоэнцефалография, лапароскопия, лапароцентез, торакоцентез, пункция суставов и др.);

- изучение показателей клеточного и гуморального иммунитета и широкое применение по их результатам методики лимфотропного введения антибиотиков и иммуномодуляторов при политравме;

-применение бензойной мази на гидрофильной основе в комплексной профилактике и лечении гнойно-воспалительных осложнений политравмы;

- комплексное динамическое исследование показателей гомеостаза и их коррекция в остром периоде политравмы;

- разработка и внедрение компьютерных технологий с применением идеологии искусственного интеллекта при определении оптимальной тактики диагностики и лечения острого периода политравмы.

При сравнительном анализе результатов и исходов политравмы установлено, что в целом удельный вес неудовлетворительных результатов в основной группе на 6,8% ниже чем в группе сравнения (соответственно 6,7 и 13,5%), летальность - 4,8 и 5,1%. В основной группе применение предложенных подходов также способствовало снижению частоты остеомиелита на 3,4% (соответственно 3,0 и 6,4%), нагноения ран - на 9,8% (соответственно 10,3 и 20,1%), ложных суставов - на 9,9% (соответственно 3,6 и 13,5%), посттравматических деформаций - на 8,6% (соответственно 5,5 и 14,1%)

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Рахимов Б.С., Косимов З.Н., Насретдинов З.Т., Аккузиев И.К., Абдужаббаров А.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Участились случаи политравмы, осложнённой шоком и кровотечением. Правильная интерпретация клинических проявлений позволяет дифференцированно подойти к выбору объёма и последовательности хирургической тактики.

Нами проанализированы результаты лечения 45 пострадавших с закрытой травмой брюшной полости и грудной клетки. У 17 был установлен ушиб передней брюшной стенки и закрытый перелом трубчатых костей, у 14 имело место изолированное повреждение органов брюшной полости, в том числе у 5 - повреждение селезёнки, у 2 - повреждение печени, у 7 - повреждение почек.

У 5 больных отмечалось сочетанное повреждение костей таза и перепончатой части мочеиспускательного канала. У 1 больного был множественный перелом рёбер и повреждение лёгкого, осложнённое гемотораксом. У 8 больных была политравма – перелом костей, черепно-мозговая травма и повреждения органов брюшной полости: разрыв полых органов у 5, повреждения селезёнки и левой почки у 1, и повреждения печени у 2.

Таким образом, 31 из 45 больных имели место сочетанные или политравмы. Обследование больных с сочетанной и политравмой осуществляли комплексно. Все исследования проводились параллельно. Лечебная тактика строилась на основании полученной информации: противошоковые меры – интенсивная инфузионная терапия, новокаиновая блокада повреждённой зоны, временная иммобилизация. В дальнейшем, установив окончательный диагноз, проводили экстренную операцию на органах брюшной полости или грудной клетки, направленные на остановку кровотечения, ликвидацию дефекта со стороны полых органов и дренирование.

Таким образом, у 23 из 45 больных имело место повреждение со стороны органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Из этих больных в экстренном порядке оперированы 19: спленэктомия произведена у 6, ушивание печени - у 4, ушивание почек- у 2, ушивание разрыва кишечника- у 5, торакотомия - у 1, восстановление целостности перепончатой части уретры- у 1.

Таким образом, основными факторами, влияющими на исход лечения детей с сочетанными и политравмами, являются правильная организация последовательности лечебных мер, сроки и характер оперативного вмешательства, степень выраженности шока и величина кровопотери.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРФТОРАНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ

Сабиров Д.С., Юлдашев Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Особенность сочетанной механической травмы состоит в том, что в патологический процесс вовлекаются все функциональные системы организма. Из-за анатомических и физиологических особенностей легкие являются одним из наиболее уязвимых органов при любом критическом состоянии, и в частности при травматическом шоке. У 30-50% пострадавших с шокогенной травмой, переживших период продолжительных нарушений системной гемодинамики и непосредственно не связанных с травмой органов внешнего дыхания, развивается респираторный дистресс-синдром взрослых (РДСВ), сопровождающийся летальностью в 50-70% случаев.

Перфторуглеродные соединения (препарат Перфторан) впервые стали применять РНЦЭМП в 2005 г.

Цель нашего исследования - оценка эффективности перфторана в комплексной терапии у больных, перенесших травматический шок.

Проанализированы результаты обследования и лечения 45 больных, поступивших в РНЦЭМП с сочетанной травмой с различными повреждениями анатомических областей, шоком II-III ст. в возрасте от 16 до 60 лет, из них мужчин - 35, женщин - 10.

Все больные госпитализированы в шоковую палату при-

емного отделение РНЦЭМП в тяжелом состоянии, с нарушением сознания от сопора до глубокого оглушения, с оценкой по шкале ком Глазго 9 баллов и выше, травматическом шоке II-III ст., проявлениями острой дыхательной недостаточности (ОДН) II-III ст. по смешанному типу. Больные с момента поступления были интубированы и переводились на искусственную вентиляцию легких в режиме IPPV (Intermittent positive pressure ventilation).

Проводились КТ головного мозга, рентгенография черепа, грудной клетки, поврежденных конечностей Центральная гемодинамика исследовалась ультразвуковым аппаратом MT23 - S3 фирмы Hitachi", определялись КСР, КДР с последующей программной обработкой, ЧСС, АД (АДс, АДд, срАД), и SaO_2 монитором Nihon Konden; ЦВД-аппаратом Вальдмана; КОС; функцию внешнего дыхания, индекс повреждения легких рассчитывали по формуле FiO_2хРпик/PaO_2х10, С (комплайнс) - растяжимость легких контролировали аппаратом ИВЛ Savina или Evita 2+ (Drager), клинические и биохимические анализы выполняли в лабораториях центра, для оценки уровня сознания применялась ШКГ. Кровопотерю оценивали по локализации травмы и шоковому индексу Алговера (M.Allgower).

Больные с сочетанными травмами были разделены на две группы: сравнения (20 пациентов) и исследования (25 пациентов). Базовая терапия в обеих группах была идентичной. Комплекс базового интенсивного лечения включал респираторную терапию (различные режимы ИВЛ и ВИВЛ), инфузионно-трансфузионную терапию, инотропную поддержку, антибиотикотерапию.

В группе исследования со 2 суток нами применялся перфторан в дозе 200 - 400 мл внутривенно капельно 1 раз в сутки от 1 до 6 суток. Применение перфторана позволило сохранить более адекватную микроциркуляцию, оксигенацию и перфузию. В группе исследования респираторный дистресс-синдром протекал более благоприятно, что позволило сократить сроки ИВЛ в среднем на 3 суток. Среднее пребывание пострадавших на реанимационной койке в группе исследования было на 3 дня меньше. Летальность в группе сравнения составила 37%, в группе исследования - 25%.

Таким образом, применение перфторана в комплексе интенсивной терапии тяжелой сочетанной травмы позволяет улучшить результаты лечения.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Саидов С.С., Абдурахманов М.М., Раджабов М.М.

Бухарский филиал РНЦЭМП, Бухарский медицинский институт

Известно, что практически любая хирургическая операция оказывает неблагоприятное влияние на иммунную систему и приводит к развитию иммунодефицита, главным проявлением которого являются гнойно-воспалительные послеоперационные осложнения. Иммунные клетки секретируют многочисленные растворимые медиаторы (цитокины). Усиленный синтез цитокинов начинается в ответ на проникновение микроорганизмов или повреждение тканей.

Проведено комплексное клинико-иммунологическое обследование 64 пациентов с открытыми переломами длинных трубчатых костей в сочетании с черепно-мозговой травмой.

1-ю группу составили 32 пациента с неосложненным течением открытых переломов (заживление ран первичным натяжением), 2-ю - 32 больных с гнойно-воспалительными осложнениями (нагноение по линии перелома, осложненное периоститом, флегмонами и абсцессами околокостных мягких тканей). Всем больным на фоне традиционной терапии (антибактериальные средства, дезагреганты, местное медикаментозное лечение и др.) проводили первичную хирургическую обработку ран, определями степень микробной обсемененности раны, выполняли адекватное дренирование и иммобилизацию костных отломков различными способами. Установлено, что у пациентов с развившейся хирургической инфекцией уровень цитокинов (L-1a и TNFα превышал контроль соответственно в 3,4 и 4,2 раза (P<0,001).

Клиническая картина у больных этой группы характеризовалась развитием локального отека, гипертермии, участков размягчения мягких тканей с флюктуацией в области оперативного вмешательства, что потребовало проведения дополнительных хирургических манипуляций (снятие послеоперационных швов, вскрытие и дренирование гнойника).

В группе с неосложненным послеоперационным течением содержание IL-1a и TNFα было выше контроля соответственно в 1,8 и 2,1 раза (P<0,001). Клинически это характеризовалось заживлением послеоперационных ран первичным натяжением и снятием швов на 9 сутки.

На основании полученных результатов мы предлагаем способ прогнозирования течения воспалительного процесса в послеоперационном периоде, основанный на расчете интегрированных показателей относительного содержания провоспалительных цитокинов.

Таким образом, исследование содержания провоспалительных цитокинов IL-1a, TNFα, a1-АТ и a2- МГ в раннем послеоперационном периоде у пациентов с открытыми переломами длинных трубчатых костей позволяет прогнозировать развитие гнойно-воспалительных осложнений на стадии доклинических проявлений.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Абдусаматов Б.З.

Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста

Быстрое развитие эндовидеохирургических технологий позволило значительно расширить перечень хирургических вмешательств, выполняемых малоинвазивным способом. Закрытые и открытые травмы органов брюшной полости и грудной клетки является неотложным состоянием в хирургии детского возраста, несвоевременная их диагностика приводит к нежелательным последствиям.

Цель работы: улучшить результаты лечения при травмах органов грудной клетки и брюшной полости у детей.

В Республиканском научно-практическом центре малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста в (2006-2009 гг.) на лечении находились 36 детей в возрасте от 6 до 14 лет с политравмой: с закрытой сочетанной травмой органов брюшной полости, грудной клетки и черепно-мозговой травмой.

Диагностику политравмы затрудняло наличие черепно-

мозговой травмой, травматического шока и вызванного этим расстройством сознания. Состояние больных при поступлении было оценено как тяжелое и крайне тяжелое. Реанимационные мероприятия начинали сразу же после поступления больного в приемный покой, одновременно проводился объективный осмотр больного с использованием клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования с привлечением специалистов смежных специальностей (реаниматолог, травматолог, нейрохирург) для уточнения масштабов травмы и тактики лечения.

При поступлении всем детям было проведено ультразвуковое сканирование органов грудной и брюшной полости.

При закрытой травме брюшной полости у 26 детей не удалось полностью исключить острую хирургическую патологию со стороны органов брюшной полости при клиническом наблюдении с использованием неинвазивных методов исследования. Ушиб передней брюшной стенки без повреждения внутренних органов выявлен у 10 детей. У 26 больных отмечалось расстройство сознания различной степени, у всех выявлен травматический шок, который обусловливал тяжесть состояния и эхоскопически повреждения органов брюшной полости, и внутрибрюшное кровотечение не было исключено. В этих случаях лапароскопия позволяла оценить характер патологии в брюшной полости и забрюшинном пространстве (при ее наличии), установить клинический диагноз, сформулировать показания к эндоскопическому оперативному вмешательству (26 больных) или к консервативной терапии (10 больных). ограничиться эндоскопическими манипуляциями (6 больных): санация и дренирование брюшной полости, при необходимости установление канюли для динамической лапароскопии, ушивание и коагуляцией места кровотечения и др.

При сочетанной закрытой травме грудной клетки у 12 детей в возрасте от 8 до 15лет диагностическая торакоскопия у 2 больных дала возможность определить проникающее ранение грудной клетки с повреждением диафрагмы и проникновением в брюшную полость. Этим больным не потребовалось торакофренолапаротомия. Эндохирургическим методом была произведена ревизия брюшной полости, ушивание раны диафрагмы, коагуляция поврежденной нижней доли легкого и дренирование плевральной полости. 4 больным торакоскопически была выполнена коагуляция и ушивание неглубоких повреждений ран легкого. Проникающие ранение в грудную клетку без повреждений органов у 4 больных обошлось без открытой торакотомии, с санацией и дренированием плевральной полости. Из-за глубокого повреждения легочной ткани и наличия профузного кровотечения 2 больным была произведена открытая малоинвазивная торакотомия после диагностической торакоскопии.

Мы считаем, что возможности эндоскопической хирургии - лигирования, коагуляции, лазерного излучения, вшивающих аппаратов и др. - позволяют значительно расширить показания к малоинвазивным операциям при травме органов брюшной, плевральной полостей и забрюшинного пространства.

Таким образом, наличие сочетанной черепно-мозговой травмы и вызванное этим нарушение сознания, а также травматический шок, значительно затрудняют диагностику повреждений органов брюшной полости. Комплексное использование УЗИ в диагностике повреждений органов брюшной полости и грудной клетки, лапароскопия и торакоскопия у детей является высокоинформативнымы методами исследования, которые позволяют значительно повысить процент своевременной диагностики и лечения.

ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Сатвалдиева Э.А., Сабиров Д.М., Мустакимов А.А.
ТашИУВ, РНЦЭМП

Сегодня стандарты становятся важной проблемой современной медицины. Стандартизация - это установление норм, правил и характеристик, обеспечивающих качество медицинской помощи (Воробьев П.А., 2001). Их разработка и внедрение в практику анестезиологического пособия - сложный процесс, который должен проходить планомерно, с учетом всех социальных и материальных факторов.

Стандартом является характер и последовательность действий при типичной ситуации в клинике анестезии и интенсивной терапии, предусматривающий необходимую организацию и координацию работы, основанные на должной подготовке кадров, соответствующем оснащении и предварительном анализе подобных ситуаций.

Главная отрицательная сторона "стандартов" - это связывание инициативы, ограничение творчества, универсализация работы. Впрочем, при определенных обстоятельствах последний недостаток стандартизации нередко является её серьёзным достоинством. Врач ставится в рамки стандарта, отчего безопасность больного повышается.

Эффективное обеспечение безопасности больного во время операции достижимо при наличии системы постоянного наблюдения за состоянием витальных функций пациента и адекватностью режимов работы анестезиологического оборудования. "Человеческий фактор" (ошибки медперсонала до 60-80%) остается превалирующей причиной развития анестезиологических осложнений и летальности (Holland J.,1993; Runciman W.B., 1993).

Стандарт анестезии должен включать:

стандарт анестезиологического оборудования,

стандарт предоперационной подготовки и обследования пациента,

стандарт интраоперационного мониторинга,

стандарт ведения после анестезии.

Анестезиологическая практика очень сильно зависит от оборудования, дополнительных принадлежностей и расходных материалов. Поэтому стандарты анестезиологического оборудования мы классифицируем в зависимости от уровня категории больниц. Каждый анестезиолог должен:

обеспечить обязательный базовый мониторинг при всех анестезиях (стандарты мониторинга);

потребовать полное, документально оформленное в истории болезни хирургическое обследование пациента, включая назначенное анестезиологом (права анестезиолога);

должен обеспечить полную преднаркозную оценку с оформлением в истории болезни (обязанности анестезиолога, стандарты и рекомендации обследования перед анестезией);

получить документированное "информированное согласие" на анестезию (официальная и юридически правомочная форма);

описывать течение каждой анестезии в истории болезни пациента (единая карта анестезии, стандартный протокол описания анестезии);

проводить послеоперационный осмотр с оценкой в истории болезни (стандартный протокол);

Заключение: единые стандарты предоперационной подготовки, этапов анестезии, интраоперационного мониторинга и послеоперационного ведения будут способствовать повышению безопасности пациента и качества анестезии.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАХ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Дадабаев Х.Р.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Травма сосудов конечностей вследствие высокой частоты осложнений и летальных исходов относится к числу тяжелых. Одним из серьезных осложнений сосудистых травм является геморрагический шок.

За период с 2000 по 2010 гг. в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМ оперированы 698 больных (средний возраст 36 лет) с сосудистой травмой конечностей. Мужчин было 488 (70%), женщин – 210 (30%), в том числе детей – 180 (27,8%).

220 человек поступили в тяжелом состоянии, обусловленном геморрагическим шоком II-III ст., потребовавшим проведения интенсивных мероприятий. Сроки поступления больных варьировали от нескольких минут до 24 часов с момента получения травм. С наложенным "артериальным" жгутом доставлены 290 (41,6%) больных, с неправильно наложенным "венозным" жгутом (чаще самодельным) и продолжающимся кровотечением - 105 (15%), остальным была наложена давящая повязка.

У 209 (30%) больных отмечалась изолированная травма сосудов, у 420 (60,2%) повреждения сосудов сочетались с травмой нервных стволов и (или) сухожилий, у 69 (9,9%) диагностированы костно-сосудистые повреждения. У 509 (73%) пострадавших отмечено нарушение кровообращения в конечности.

Одним из средств противошоковой терапии, была операция по восстановлению кровообращения, которая проводилась наряду с другими методами борьбы с шоком. После тщательной хирургической обработки раны с иссечением краев кожи и нежизнеспособных мягких тканей приступали к восстановлению поврежденных сосудов. Боковой шов сосудов применили у 75 больных, боковую аутовенозную заплату наложили у 34, циркулярный узловой шов использовали на 570 артериях и 210 венах, аутовенозное шунтирование при больших дефектах между краями сосудов выполняли у 30 пациентов. Лигатурные операции произведены у 60, из них у 29 больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, а также у 31 больного с повреждением мелких артерий без нарушения кровообращения в конечности.

Все операции выполнены с использованием операционной оптики, атравматичного шовного материала и прецизионной техники.

У 15 больных после восстановительных операций на сосудах конечностей наблюдались тромбозы анастомозов, у 13 – аррозивное кровотечение в связи с прорезыванием швов сосуда в послеоперационном периоде, у 5 - ложная аневризма, у 27 – нагноение послеоперационной раны, у 3 пострадавших с тяжелым повреждением подколенной артерии и артерий голени гангрена конечности в результате развития гнилостной инфекции. При тромбозах анастомозов и аррозивном кровотечении производилось реанастомозирование сосуда с иссечением участка анастомоза, при ложной аневризме - иссечение аневризмы с наложением бокового шва на сосуд, 3 больным с гнойно-септическими осложнениями произведена ампутация нижних конечностей.

Летальный исход наблюдался у 5 (0,7%) пациентов. Причинами смерти были тяжелый геморрагический шок и септические осложнения.

Таким образом, внедрение в клиническую практику восстановительных операций с применением операционной оптики, атравматического шовного материала и прецизионной техники позволило улучшить исходы лечения больных с травматическими повреждениями сосудов конечностей. Важным моментом является ранняя диагностика повреждения сосудов, борьба с шоком, своевременная восстановительная операция и профилактика гнойно-септических осложнений.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ СТАНДАРТЫ ПРИ РАНЕНИЯХ СОСУДОВ ШЕИ

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Акбаров А.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Ранения кровеносных сосудов шеи встречаются в 10% случаев всех ранений сосудов мирного и военного времени, при этом частота летальных исходов достигает 40%, а оказание помощи этим раненым представляет значительные трудности (Самохвалов И.М. и др., 2003).

Цель исследования - анализ результатов хирургического лечения пострадавших с ранениями сосудов шеи и разработка алгоритма лечебно-диагностических мероприятий при этих повреждениях.

За период с 2000 по 2009 гг. в отделении сосудистой хирургии ФФРНЦЭМП на лечении находились 35 больных с ранениями сосудов шеи в возрасте от 2 до 53 лет, из них 29 мужчин и 6 женщин. Средний возраст пострадавших - 29 лет. Ранения сосудов шеи произошли в результате тупой травмы у 8 (22,9%) больных, ранения металлической стружкой - у 3 (8,6%), острыми колющими и режущими предметами - у 21 (60%), ятрогенные - у 3 (0,9%) пострадавших. 17 (48,6%) больных были доставлены с массивной кровопотерей, геморрагическим шоком II-III степени и явлениями продолжающегося кровотечения! Множественные ранения отмечались у 6 (17,1%) пострадавших, сочетанные ранения других анатомических областей - у 8 (2,9%).

У больных с тяжелыми ранениями, признаками продолжающегося интенсивного кровотечения из раны, выраженными расстройствами гемодинамики и дыхания оценивали общее состояние, характер ранения, наличие подкожной эмфиземы. 3 пострадавшим произведена УЗИ сердца и плевральных полостей, 2 - плевральная пункция, 1 пострадавшему выполнено дренирование плевральной полости. Больных с ранениями легкой или средней степени тяжести, у которых была стабильная гемодинамика, отсутствовали дыхательные расстройства и признаки кровотечения, подвергали более углубленному обследованию в условиях реанимационного зала приемно-диагностического отделения. Стандарты диагностических мероприятий в этой группе больных были расширены. 10 пострадавшим выполнена рентгенография легких, 5 - рентгенография черепа, 3 - рентгенография позвоночника, 3 - эзофагоскопия, 2 - эхоэнцефалография, 5 - УЗИ органов брюшной полости.

Больным выполнялось пальцевое прижатие или тугое тампонирование раны шеи (если оно не было выполнено персоналом скорой помощи), что позволяло временно остановить тяжелое профузное кровотечение в сложной анатомической зоне и обеспечивало условия для последующих лечебных мероприятий.

Ранение общей сонной артерии и внутренней яремной

вены отмечалось у 5 (14,3%) больных, наружной и внутренней сонных артерий и внутренней яремной вены - у 4 (11,4%), внутренней сонной артерии - у 2 (5,7%), наружной сонной артерии - у 6 (17,1%), внутренней яремной - у 4 (11,4%), наружной яремной вены - у 7 (20%), позвоночной артерии - у 5 (14,3%), венозного угла Пирогова - у 2 (5,7%). Наряду с повреждениями сосудов шеи, были ранения пищевода, трахеи, спинного мозга, грудного лимфатического протока и плечевого нервного сплетения.

При ранениях внутренней яремной вены 2 больным был наложен сосудистый шов, остальным вена перевязана. При ранении позвоночной артерии у 4 пациентов для выделения и остановки кровотечения произведено скусывание поперечных отростков шейных позвонков с последующей тампонадой мышцей, нередко костным фрагментом и прошиванием источника кровотечения.

Умерли 5 (14,3%) больных. Основными причинами смерти были тяжелый геморрагический шок и полиорганная недостаточность.

Таким образом, при ранении сосудов шеи важными факторами, повышающими выживаемость пострадавших, являются:

- своевременная и качественная остановка кровотечения на догоспитальном этапе;
- рациональное применение инструментальных методов исследования;
- высокая техническая оснащенность и профессиональная подготовленность персонала лечебного учреждения;
- экстренное оперативное вмешательство с тщательной ревизией раневого канала, восполнением кровопотери и адекватным дренированием клетчаточных пространств шеи.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Ранения магистральных кровеносных сосудов относятся к числу тяжелых и опасных травм, которые нередко сопровождаются массивным кровотечением. Они встречаются преимущественно у лиц молодого работоспособного возраста, часто влекут за собой тяжелую инвалидность и летальный исход.

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения больных с травмами магистральных вен нижних конечностей.

За истекшие 10 лет нами прооперированы 54 пострадавших с ранениями магистральных вен нижних конечностей. Мужчин было 41 (76%), женщин - 13 (24%). 43 (80%) из них имели колото-резаные ранения, 4 (7,4%) - огнестрельные, 2 (3,7%) - ушиблено-рваные, у 3 (5,6%) отмечена тупая травма вен, у 2 (3,7%) - ятрогенные ранения. 35 (64,8%) пострадавших поступили с явлениями геморрагического шока II-III степени. Наиболее часто шок возникал при сочетанном ранении вен с повреждением артерий и переломом костей.

Ранение подколенной вены отмечено у 18 (33,3%) больных, поверхностной бедренной вены - у 23 (42,6%), глубокой бедренной вены - у 8 (14,8%), общей бедренной вены - у 5 (9,3%). Изолированные ранение магистральных вен были у 16 (29,6%) больных, сочетанные (повреждение одноименной артерии и нервных стволов, перелом или вывих кости, дефекты тканей) - у 38 (70,4%).

Все больные с ранениями магистральных вен нижних конечностей были оперированы: лигатурные операции выполнены у 6 (11,1%) случаях, боковой шов - у 13 (24%), циркулярный шов - у 31 (57,4%), аутовенозная пластика - в у (7,4%). Оперативная тактика при повреждениях магистральных вен начиналась с выделения вены выше и ниже места повреждения и наложения на нее сосудистых зажимов. Затем производили тщательную ревизию сосудов и их восстановление. Наряду с этим восстанавливался костный скелет конечности, производился шов артерий и нервов. Следует отметить, что при переломе костей остеосинтез выполнялся до восстановления магистрального кровотока, так как прочное скрепление костных фрагментов облегчает выполнение последующих этапов восстановительных операций.

При одновременном поражении артерий и вен вопрос о последовательности восстановления сосудов окончательно решали в зависимости от степени ишемии конечности. При тяжелых формах ишемии в первую очередь восстанавливали артерии. При легкой форме первично восстанавливали венозный отток. В послеоперационном периоде проводилась ранняя активизация больного и антикоагулянтная терапия, которая продолжалась длительное время после выписки больного из стационара.

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 8 (14,8%) больных. Наиболее серьезными из них явились гнойные осложнения ран - у 3 (5,6%), тромбоз анастомозов магистральных артерий - у 2 (3,7%), магистральных вен - у 2 (3,7%), аррозивное кровотечение - у 1 (1,9%). Хроническая венозная недостаточность развилась у 2 (3,7%) больных после перевязки вен, ишемия нижней конечности - у 2 (3,7%). Ампутация после операции выполнена 1 (1,9%) пострадавшему с гнойно-септическими осложнениями.

Умерли 3 (5,6%) больных. Причинами летальных исходов в раннем послеоперационном периоде были декомпенсированный необратимый геморрагический шок - у 1 (1,9%), тяжелая политравма - у 1 (1,5%) и септические осложнения - у 1 (1,9%) пострадавшего.

Выводы: 1. Ранение магистральных вен нижних конечностей является тяжелой сосудистой патологией. 2. Одно из важных противошоковых мероприятий - своевременная остановка кровотечения и восполнение кровопотери. 3. При таких повреждениях высока вероятность развития тромботических и септических осложнений, в связи с чем необходима адекватная антиагрегантная и антибактериальная терапия.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ И МИННО-ВЗРЫВНЫХ ТРАВМАХ

Усманов Х.Х., Омонов А.С. Хайдаров К.У.
Центральный госпиталь МВД РУз

Лечение сложных огнестрельных ранений различной локализации с множественными повреждениями важных анатомических структур является задачей специализированных отделений госпитального звена. С первых часов после ранения, наряду с обезболиванием и остановкой кровотечения, необходимо обеспечить наилучшие условия для самоочищения раны и ограничить распространение вторичного некробиоза. Важнейшей и наиболее доступной формой начала лечебного процесса является наложение первичной повязки.

Центральным компонентам лечебного воздействия является хирургическая обработка раны. В зависимости от показаний различают первичную и вторичную обработку ран. Перед оперативным вмешательством тщательно изучают характер раны с целью выяснения направления раневого канала, наличия повреждения костей, суставов, крупных сосудов и нервов. Кожу рассекают через рану, а при сквозных огнестрельных ранах - со стороны входного и выходного отверстий. Затем экономно иссекают ушибленные участки кожи. Длина кожного разреза должна обеспечить хороший доступ для обработки раневого канала. Далее рассекают апоневроз с дополнительными разрезами в поперечном направлении в области углов раны, чтобы апоневротический футляр не сдавливал отечные мышцы после операции. Края раны разводят крючками и послойно иссекают нежизнеспособные мышцы с очагами некроза. По мере иссечения нежизнеспособных тканей из раны удаляют инородные тела, свободно лежащие мелкие костные отломки. Не следует искать мелкие костные фрагменты или ранящие снаряды, расположенные вдали от основного раневого канала, так как это приводит к дополнительной травматизации тканей, увеличению раны и в конечном итоге к созданию неблагоприятных условий для ее заживления. Фрагменты поврежденной кости не обрабатывают, за исключением острых концов, способных вызвать вторичную травматизацию тканей. На мышцы накладывают редкие швы для прикрытия обнаженной кости с целью профилактики раневого остеомиелита. Мышцами также следует прикрыть обнаженные сосуды и нервы во избежание тромбоза сосудов и гибели нервов. Операция должна быть завершена инфильтрацией тканей вокруг обработанной раны растворами антибиотиков.

Наш опыт показывает, что первичная хирургическая обработка огнестрельных и минно-взрывных ранений способствует уменьшению нагноений и инфекционных осложнение.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Утешев М.Ш., Валиев Э.Ю.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Сочетанные повреждение таза и нижних мочевыводящих путей относятся к одним из самых тяжелых травм. Они чаще, чем другие, сопровождаются летальным исходом, длительной нетрудоспособностью и инвалидностью. В структуре сочетанных травм данные повреждения варьируют от 28,7 до 55 %. Сочетанная травма таза и повреждение нижних мочевыводящих путей составляют от 4,4 до 12,8%. При травме мочевого пузыря в сочетании с повреждениями костей таза и органов брюшной полости диагностические и тактические ошибки наблюдаются в 25,6-33% случаев, а послеоперационная летальность составляет 18,9-36%.

В 2001 - 2009 гг. в отделении травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи на лечении находились 600 больных с различными повреждениями таза. Травма костей таза в сочетании с повреждением нижних мочевых путей наблюдалась у 112 больных, из них повреждение мочевого пузыря было диагностировано у 70, а закрытая травма уретры - у 42.

Всем больным с повреждениями костей таза обследование и лечение проводили по стандартной схеме, с учетом доминирующей патологии. Тактика лечения повреждений костей таза зависила от типа перелома и тяжести состояния при поступлении. Всем больным с нестабильными переломами таза стабилизацию костей выполняли аппаратами внешней фиксации, разработанными в клинике.

У 48 больных при осмотре имелись признаки перитонита, что служило показанием к проведению диагностической лапароскопии, по результатам которой у 7 больных выявлены сочетанные повреждения нижних мочевыводящих путей и органов брюшной полости. У 7 больных ввиду тяжести состояния при поступлении и стертости клинической симптоматики спустя 12 часов выявлены внебрюшинные повреждения мочевого пузыря. У 41 пациента обнаружен внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря. У 17 больных по данным клинико-инструментальных исследований диагностирован внебрюшинный разрыв мочевого пузыря. Всем больным с повреждениями мочевого пузыря выполнено экстренное оперативное вмешательство - ушивание разрыва мочевого пузыря с эпицистостомией. Летальные исходы наблюдались у 4 больных. Причиной их явились развитие осложнений острого периода травматической болезни.

У 42 больных выявлено повреждение уретры, у 29 из них отмечалась уретрорагия. Основным показанием к оперативному вмешательству была давность получения травмы, наличие нестабильной гемодинамики, экстравазация контрастного вещества при уретрографии.

14 больных обратились в срок до 6 часов после получения травмы. По данным рентгенологического исследования у них была выявлена экстравазация контрастного вещества в заднем отделе уретры. Этим пострадавшим произведено наложение первичного шва, уретро-уретроанастомоза конец в конец с дренированием мочевого пузыря. 25 пациентов обратились в клинику спустя более 10 часов от момента полученной травмы. У них отмечалась инфильтрация парауретральной клетчатки и промежности. Учитывая наличие осложнений, этим больным была произведена эпицистостомия, вскрытие, санация и дренирование мочевого затека промежности. У 12 больных с повреждением уретры, подвергшихся хирургическому вмешательству с наложением первичного шва уретро-уретроанастомоза конец в конец, были получены положительные результаты. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии с самостоятельным мочеиспусканием. Остальных 25 пострадавших после оказания экстренной помощи в последующем были направлены в специализированные учреждения для дальнейшего лечения.

У 58 больных с повреждением мочевого пузыря и переломом костей таза на 14-15 сутки после операции в связи с восстановлением самостоятельного мочеиспускания, цисто-

стомические дренажи удалены. 19 больных пожилого возраста при наличии инфравезикальной обструкции выписаны с цистостомическим дренажом. В последующем, после полного выздоровления цистостомические дренажи у них удалены поэтапно.

Таким образом, в комплекс диагностики при переломах костей таза следует включить методы по выявлению повреждений мочевыводящих путей. Комплексное использование современных методов лучевых и малоинвазивных оптических способов эндовизуализации сводит к минимуму случаи диагностических ошибок. Тяжелые нестабильные повреждения костей таза должны стабилизироваться в первые сутки с момента травмы с применением методов стержневой наружной фиксации.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЛИТРАВМОЙ

Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г.Ташкент

Проблема оказания помощи больным с политравмой является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины, что связано неуклонным ростом данного контингента больных и высокими показателями летальности. До настоящего времени практически отсутствовала единая концепция оказания помощи больным с политравмой. Не решались такие узловые вопросы, как особенности диагностики переломов и определение доминирующего повреждения, выбор показаний и времени оперативного вмешательства, определение объема и метода стабилизации поврежденных сегментов, особенности ведения ближайшего послеоперационного периода и т.д.

С учетом создания концептуально новой модели службы экстренной медицинской помощи в Республике, нами были пересмотрены лечебно-диагностические мероприятия по оказанию специализированной помощи больным с политравмой. Учитывая многолетний опыт лечения больных с сочетанными повреждениями, нами разработаны алгоритмы и протоколы лечебно-диагностических мероприятий раннего госпитального этапа по оказанию неотложной помощи пострадавшим.

Лечебно-диагностический стандарт включает маршрут движения больных, мероприятия диагностического и лечебного плана. Для уточнения или исключения повреждений к первичному осмотру пострадавшего привлекали всех специалистов дежурной бригады – хирурга, уролога, нейрохирурга, травматолога и др. Повреждения выявляли с помощью современных высокотехнологичных неинвазивных и инвазивных методов исследования.

В зависимости от тактики, определенной соответственно тяжести травмы, пострадавших транспортировали в экстренную операционную или в реанимационное отделение.

За период 2001-2009 гг. в РНЦЭМП пролечены 2312 больных с политравмой. Преобладали лица мужского пола – 68,8%, молодого трудоспособного возраста (21-50 лет) – 67,4%. Среди причин преобладали дорожно-транспортные травмы – 67,4%, кататравма (падение с высоты) отмечалась у 19,7% больных.

В зависимости от доминирующей патологии больные были разделены на три группы: 19,2% пострадавших с сочетанными повреждениями внутренних органов и опорно-двигательного аппарата (ОДА); 68,2% с сочетанными повреждениями черепа и ОДА; 12,6% пострадавших с множественными повреждениями ОДА. Наибольшее количество повреждений ОДА приходились на крупные сегменты конечностей: переломы костей голени - 24,7%, бедра - 17,6%, таза - 12,2%. Простые виды повреждений типа А отмечены у 56%, сложные типа В и С - у 44,0% пострадавших.

По тактике оказания травматологического пособия больные также были разделены на три группы: 1-я основная группа – 39,2% пострадавших, которым остеосинтез переломов (одного, нескольких или всех) произведены в срочном порядке в первые 3 суток после травмы; 2-я группа – 25,5% пациентов, которых в остром периоде лечили консервативными методами, а остеосинтез выполняли в отсроченном порядке; 3-я группе – 35,2% – лечение костей конечностей проводили только консервативными методами.

Опыт работы центра позволил нам сформулировать основные положения, соблюдение которых улучшило качество оказания помощи и результаты лечения данного контингента больных.

Лечебно-диагностический процесс у больных с политравмой необходимо начинать с определения доминирующей патологии, диагностика повреждений должна включать клинические и инструментальные методы исследования. Применение алгоритмов и протоколов действий позволило снизить процент диагностических ошибок при сокращении сроков обследования. При подозрении на повреждение внутренних органов или гемоперитонеум применение экстренной лапароскопии значительно уменьшало число неоправданных лапаротомий. Использование современной эндовизуальной хирургической техники позволяло быстро и полноценно ревизировать и диагностировать закрытые повреждения органов грудной клетки и средостения.

Выбор метода лечения переломов конечностей в остром и раннем периоде травматической болезни зависел от состояния пострадавшего, локализации и характера перелома. Оперативные вмешательства выполняли последовательно, после устранения доминирующей патологии брюшной, грудной полостей и черепа. Комплекс лечения повреждений опорно-двигательного аппарата выполняли в первые трое суток с момента травмы, одновременно (двумя бригадами), выполняя остеосинтез всех повреждений, особенно бедра, голени и плеча. При стабильном состоянии пострадавших наиболее эффективным является погружной остеосинтез, при нестабильной гемодинамике и развитии осложнений предпочтение отдавали малоинвазивным методам остеосинтеза. Тяжелые нестабильные повреждения костей таза независимо от тяжести состояния пострадавших, стабилизировали в первые сутки с момента травмы стержневыми и спице-стержневыми аппаратами.

В заключении следует отметить, что разработанные лечебно-диагностические стандарты организации оказания помощи, а также активная хирургическая тактика лечения больных с политравмой доказали свою эффективность. Это подтверждается результатами лечения: летальность снизилась до 9%; положительный функциональный эффект получен у 80,7% больных.

ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖИВОТА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Янгиев Р.А., Хакимов А.Т.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Как правило, сочетанность повреждений сопровождается развитием феномена взаимного отягощения, что усложняет своевременную диагностику и ухудшает прогноз. Летальность при сочетанной травме варьирует от 30 до 85% и не имеет тенденции к снижению. Лапароскопическая техника обладает широкими лечебными возможностями и при этом отличается низкой травматичностью.

Нами систематизированы подходы к выбору тактики хирургического лечения у 178 больных с сочетанной закрытой травмой живота, у которых в процессе диагностики была использована видеолапароскопия. Показанием к эндоскопической ревизии органов брюшной полости явились признаки их повреждения, выявленные во время ультразвукового исследования (УЗИ), рентгенографии, компьютерной томографии (КТ) и мультиспайсной компьютерной томографии (МСКТ). Мужчин было 122, женщин 56 в возрасте от 10 до 73 лет. У 85 пострадавших причиной повреждений явились дорожно-транспортные происшествия, 63 больных госпитализированы с высотной травмой. В структуре сочетанных повреждений органов брюшной полости достаточно высокой остается доля криминальной травмы - 21 пациент. 165 пострадавших поступили в течение первых 6 часов от момента получения травмы. Позднее обращение пациентов в нашу клинику было обусловлено переводом их из других клиник (8), двухмоментным разрывом селезенки на фоне сочетанной закрытой черепно-мозговой травмы (2), алкогольным опьянением и, вследствие этого неадекватной оценкой пострадавшими своего состояния (3). У половины, т.е. у 89 пациентов, диагностировано сочетанное повреждение соседних анатомических зон: живот + таз (41), живот + грудь (27), живот + грудь + таз (21). Кроме того, еще у 46 пострадавших имелось сочетанное повреждение груди и таза в совокупности с черепно-мозговой травмой и/или переломами костей конечностей. Таким образом, у 135 больных отмечалось сочетанное повреждение живота и соседних анатомических зон - груди и/или таза. На этапе диагностической лапароскопии удалось выявить разрывы селезенки у 64, печени – у 18, корня брыжейки – у 11, мочевого пузыря – у 10, кишки – у 8, поджелудочной железы – у 5, желчного пузыря – у 1. Кроме того, у 15 пострадавших обнаружена забрюшинная гематома, у 6 разрыв париетальной брюшины, у 1 разрыв ретенционной кисты яичника. У 82 пострадавших характер и объем повреждения органов брюшной полости требовали широкой лапаротомии. У 39 пациентов диагностическая лапароскопия позволила нам исключить повреждения органов брюшной полости. У остальных 57 больных возможности видеолапароскопической техники позволили полноценно ликвидировать все внутрибрюшные последствия травмы эндоскопическим способом. При сочетанных травмах при наличии подозрений на повреждение органов брюшной полости использование видеолапароскопии более чем в половине - 96 (53,9%) случаев позволило избежать широкой лапаротомии.

Таким образом, видеолапароскопия является методом скрининга, так как позволяет не только уточнить диагноз, но и произвести адекватное эндохирургическое вмешательство и тем самым уменьшить частоту нежелательных лапаротомий со снижением риска неоправданного расширения объема операции.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ В “КРИТИЧЕСКОЙ” ЗОНЕ

Эркабаев А.К., Усманов Б. С., Исмаилов Ж. Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Восстановление функции пальцев кисти при повреждении сухожилий сгибателей в пределах синовиально-апоневротического канала в так называемой "критической" зоне при экстренном поступлении больных остается актуальной проблемой хирургии кисти.

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения пострадавших с повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти в "критической" зоне и выбор оптимального метода восстановления сухожилий.

В 2006 - 2009 гг. в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП со свежей травмой кисти с повреждением сухожилий сгибателей в "критической" зоне наблюдались 212 больных, из них 169 (79,7%) мужчины и 43 (20,3%) женщины, в том числе 25 (11,8%) детей. Средний возраст пострадавших - 27 лет.

У 70 (33%) пациентов выполнено двухэтапное восстановительное лечение повреждений сухожилий по методу Панева-Холевича, рекомендуемое многими школами травматологов при данном уровне повреждений, у 142 (67%) - внутриствольный сухожильный, дополненный обивным микрохирургическим швом под оптическим увеличением (очки-лупы).

Для оценки ближайших результатов учитывались условия проведения операций (благоприятные, неблагоприятные, крайне неблагоприятные), амплитуда движений в суставах пальца и дефицит его сгибания по схеме Уатта, а также сила пальцев и кисти.

По методике Панева-Холевича первым этапом осуществлялось сшивание проксимальных концов поврежденных сухожилий поверхностного и глубокого сгибателя между собой на уровне прикрепления червеобразных мышц с целью получения в последующем васкуляризированного аутотрансплантата из поверхностного сгибателя.

Вторым этапом, выполняемым обычно через 1-1,3 мес., через костно-фиброзный канал проводилось пересеченное на уровне лучезапястного сустава и перекинутое в дистальном направлении сухожилие поверхностного сгибателя пальца как сухожильный трансплантат на питающей ножке. Конец сухожилия трансоссально фиксировался к ногтевой фаланге.

Остальным больным произведен внутриствольный сухожильный шов по Розову нерассасывающимся шовным материалом с наложением дополнительного обвивного микрохирургического шва нитью Epitenon № 6/0.

Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. На 20 сутки после операций больным назначалась дозированная разработка пальцев кисти.

Положительные результаты после двухэтапного хирургического лечения отмечались у 80,2% пациентов, после внутриствольного сухожильного в дополнение обивного микрохирургического шва положительные результаты у 92,8%. Следует отметить, что при двухэтапной реконструкции повреждений сухожилий сгибателей в "критической" зоне наблюдалась большая травматизация тканей, более продолжительный срок лечения и реабилитации и наличие грубых послеоперационных рубцов.

Таким образом, при первичных повреждениях сухожилий сгибателей пальцев в "критической" зоне более рациональным методом явился внутриствольный шов с наложением дополнительного обвивного микрохирургического шва.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Эрметов А.Т., Исхаков Б.Р., Рузматов А.Э.
Наманганский филиал РНЦЭМП

За последние 10 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП при сочетанных травмах с подозрением на повреждение органов брюшной полости лечебно-диагностические лапароскопии, выполнены 362 пациентам, из них мужчин было 242 (66,8%), женщин - 120 (33,2%).

Краниоабдоминальная травма наблюдалась у 78 (21,5%) пострадавших, повреждения органов брюшной полости сочетались с переломами костей конечности у 39 (11%), и повреждением почек у 25 (6,9%). Торакоабдоминальная травма выявлена у 38 (10,5%) пострадавших, травма органов брюшной полости в сочетании с переломами костей таза - у 19 (5,2%), с переломом позвоночника - у 13 (3,6%). Изолированная травма живота встречалась у 79 (21,8%), политравма – у 71 (19,5%) пострадавшего.

Эндовизуально выявлены разрыв печени у 49 (13,5%) больных, селезенки - у 42 (11,6%), брыжейки тонкой кишки - у 19 (5,2%), тонкой кишки - у 26 (7,2%), брыжейки ободочной кишки с обширной гематомой - у 17 (4,7%), поджелудочной железы - у 21 (5,8%), обширная забрюшинная гематома и гемоперитонит - у 39 (10,8%), разрыв и гематома большого сальника - у 21 (5,8%). Забрюшинная гематома без гемоперитонита наблюдалась у 36 (9,9%) пострадавших, разрыв двенадцатиперстной кишки - у 2 (0,6%), желудка - у 3 (0,8%); травматическое повреждение двух и более органов брюшной полости диагностированы у 24 (6,6%) пострадавших.

У 68 (18,8%) пострадавших при диагностической лапароскопии повреждений органов брюшной полости не выявлено. Обнаруженные на диагностическом этапе лапароскопии субсерозные небольшие гематомы паренхиматозных и полых органов (12 - 3,3%), гематома передней брюшной стенки (7 - 1,9%) не потребовали дополнительных хирургических вмешательств. У 128 (35,4%) больных проведены традиционные хирургические вмешательства в связи с серьезными повреждениями органов брюшной полости. Видеолапароскопические вмешательства при сочетанной травме органов брюшной полости оказались эффективными и окончательными у 166 (45,9%) пострадавших. Лапароскопическое ушивание раны печени с гепатоментопексией (42) и повреждений брыжейки тонкой кишки (28) выполнены у 70 (23,8%) пострадавших. У 33 (11,2%) пострадавших с поверхностным разрывом печени и селезенки (18 - 6,1%) окончательный гемостаз достигнут биполярной диатермокоагуляцией

У 26 (8,8%) пациентов с разрывом большого сальника, брыжейки тонкой кишки, биполярная диатермокоагуляция оказалась достаточной для остановки капиллярного кровотечения. Релапароскопия в послеоперационном периоде для санации брюшной полости выполнена у 5 пациентов.

Таким образом, видеолапароскопия при сочетанных травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки и сократить время установления диагноза. Видеолапароскопия при политравмах изменяет тактику лечения пациентов и в большинстве случаев избавляет их от "напрасной" лапаротомии.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИЕЙ

Юлдашев Ф.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Частота развития синдрома жировой эмболии (СЖЭ) колеблется, по данным разных авторов, от 0,5-10 до 30%. Летальность вследствие следстоив жировой эмболии, несмотря на современные методы лечения, достигает от 3 до 53-67%. Непосредственной причиной смерти при СЖЭ является полиорганная недостаточность (ПОН). Из общих отягощающих факторов следует указать на отсутствие специфических клинических симптомов, низкую информированность врачей отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, которые еще недостаточно настороженно относятся к возможности развития СЖЭ и необходимости проведения его профилактики на всех этапах оказания помощи пострадавшему.

Цель нашего исследования - оценка эффективности применения вспомогательной вентиляции легких (ВВЛ) в режиме SIMV (Synchronized intermittent mandatory ventilation) и BiPAP (Biphasic positive airway pressure) в комплексной терапии СЖЭ у больных перенесший травматический шок.

Проанализированы результаты обследования и лечения 45 больных, поступивших в РНЦЭМП с сочетанной травмой с различными повреждениями анатомических областей, шоком II-III ст.в возрасте от 16 до 50 лет, из них 35 мужчин, 10 женщин.

Больные в зависимости от режима ИВЛ разделены 2 группы: в 1-ю группу вошли 25 больных, которым ИВЛ проводилась в режиме SIMV, во 2-ю - 20 больных, которым ИВЛ проводился в режиме BiPAP.

В 1-й группе больных, которым проводилась ИВЛ в режиме SIMV с соотношением вдох/выдох - 1:1, PEEP (Positive End Expiratory Pressure) – 5 мм вод.ст., ДО - 6-8 мл/кг, ЧД – 18-22 мин, FiO_2 – 0,6. В течение 30-40 минут вентиляции показатели центральной и респираторной гемодинамики оставались без особых изменений. Учитывая низкую PaO_2 и SpO_2, FiO_2 увеличили до 0,8, PEEP до 8 мм вод.ст., после чего удалось поднять PaO_2 до 70 мм рт.ст., SpO_2 – до 92%, при этом PaO_2/FiO_2 – 87, PCO_2 – 52 мм рт.ст, Qs/Qt - 32%, индекс повреждения легких – 3,65, С оставался до 60 мл/см вод.ст. Для предотвращения токсического действия кислорода FiO2 снизили до 0,6 и постепенно поднимали PEEP для адекватного насыщения организма кислородом. При PEEP 15 мм вод.ст. уровень PaO_2 стал 80 мм рт.ст. Такой высокий уровень PEEP оказал вредное влияние на состояние сердечной функции, что привело к следующим изменениям центральной гемодинамики: АД снизилось на 23% от исходного, фракция выброса (ФВ) на 16%, доставка кислорода (DO_2) на 54%, потребление кислорода (VO_2) увеличилось на 40%, коэффициент утилизации кислорода ($КУО_2$) увеличился в 3 раза. Для поддержания гемодинамики подключили инотропную терапию дофамином.

Во 2-й группе, где проводилась ИВЛ в режиме BiPAP с соотношением вдох/выдох 1:1, первоначально установили следующие параметры вентиляции: Phigh – 30 мм вод.ст., Plow – 5 мм вод.ст., ЧД – 22 раза в минуту, при этом FiO_2 – 0,8. PaO_2 удалось поднять до 70 мм рт.ст., SpO_2 – до 93%, последующим FiO_2 снизили до 0,6 и подняли Plow поэтапно до 10 мм вод.ст. Отмечалось улучшение газов крови PaO_2 – 76 мм рт.ст. и SpO_2 до 95%. Plow оставили на этом уровне (10 мм вод.ст.), т.к. необходимости в повышении не было. При этом

центральная гемодинамика изменилась следующим образом: АД снизилось на 11% от исходного, ФВ на 4%, DO_2 на 34%, VO_2 увеличилось на 15%, $КУО_2$ – в 1,3 раза.

Все больные находились на ИВЛ от 12 до 15 дней.

Таким образом, при лечении СЖЭ у больных в остром периоде травматической болезни предпочтительной является вентиляция легких с двумя уровнями положительного давления.

БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА

Юлдашев Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Наиболее часто у пострадавших с закрытой сочетанной травмой живота развиваются бронхолегочные легочные осложнения (от 57 до 75%). К послеоперационным бронхолегочным осложнениям относят острый трахеобронхит, ателектаз, плеврит, а также респираторный дистресс-синдром, встречающийся при тяжелом течении послеоперационного периода.

Целью нашего исследования явился поиск методов профилактики и лечения пневмонии у больных с сочетанной травмой живота.

Под наблюдением были 75 больных, оперированных по поводу внутреннего кровотечения, из них 25 женщин и 50 мужчин, в возрасте от 17 до 78 лет.

Все больные находились под кардиомониторным наблюдением. У них проводились рентенография грудной клетки, фибробронхоскопия, определение кислотно-основного состояния и газов крови, комплайнса (растяжимости) легких, функции внешнего дыхания, производился бак.посев мокроты и определение чувствительности к антибиотикам.

При бактериологическом исследовании мокроты наиболее часто высевались следующие микроорганизмы - Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella, Proteus mirabilis, Candida, и редко Pneumococcus, Staphylococcus, которые малочувствительны к антибиотикам.

Для профилактики послеоперационной пневмонии в первую очередь оценивали степень кровопотери. Назначали инфузионно-трансфузионную терапию, терапию превышающий объем кровопотери на 60-80%, соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов при этом составляло 1:1: чем больше кровопотеря, тем больше объем кристаллоидных растворов. Для восполнения плазменных факторов использовалась свежезамороженная плазма. Донорская кровь не должна превышать 60% объема кровопотери (2,5-3 л), поддержание гемоглобина крови на уровне не ниже 90-100 г/л и гематокрита не ниже 28-30%; поддержание АД сист. не менее 90-100 мм рт.ст., проведение инфузионной терапии до уровня центрального венозного давления 120 мм вод. ст. и диуреза в темпе 1 мл/мин. Из этого видно, что мы максимально быстро выводили из шока, что сыграло немаловажную роль в снижении риска развития пневмонии.

При проведении искусственной вентиляции легких применение одноразовых эндотрахеальных трубок и бактериальных фильтров; ВВЛ в режиме BiPAP и SiMV; раннее применение режима ПДКВ до 12-15 см вод.ст.; небулайзерная терапия с антибиотиками с учетом чувствительности инфекции как при вентиляции легких, так и после отлучения пациента от аппарата ИВЛ.

По ретроспективным данным за 2008 г., пневмония при сочетанной травмы живота развилась у 67% больных. В 2009 г. после применения описанной методики удалось снизить частоту пневмонии на 43%.

Таким образом, раннее выведение больных из шока, применение одноразовых эндотрахеальных трубок и бактериальных фильтров при проведении ИВЛ, правильный подбор режимов ИВЛ с ПДКВ, а также выбор антибиотиков с учетом чувствительности микрофлоры и как при вентиляции легких, так и после отлучения от аппарата ИВЛ позволила значительно уменьшить частоту развития такого тяжелого осложнения как послеоперационная пневмония.

СТАНДАРТЫ ВЫБОРА РЕЖИМОВ И ПАРАМЕТРОВ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Юлдашев Ф.А., Сабиров Д.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Политравма уже давно является не только медицинской, но и социальной проблемой. В структуре травматизма мирного времени политравма достигает 12-15%. По данным ВОЗ, среди причин смертности травмы занимают третье, а среди населения до 40 лет - первое место. Невзирая на то, что пострадавшие с политравмой составляют 8-10% от всех поступающих на стационарное лечение, именно на них приходится до 70% летальных случаев.

Лечение больных с сочетанной черепно-мозговой травмой (ЧМТ) и повреждениями грудной клетки сопровождается длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Исход лечения этих больных находится в прямой зависимости от аппарата ИВЛ - его многофункциональности, а также от квалификации врача.

Новые технологии позволяют проводить непрерывный мониторинг показателей респираторной механики, включая графическое отображение потока газа, объема и давления в дыхательных путях.

Мониторинг ИВЛ необходимо использовать для оптимизации респираторной поддержки. Применяя современные технологии, можно выбрать оптимальный режим респираторной поддержки для улучшения оксигенации, синхронизации пациента с вентилятором, снижения работы дыхания, получить данные о механике дыхания.

Целью нашего исследования является разработка стандартов выбора режимов вентиляции, параметров ИВЛ и ВВЛ у больных с политравмой.

Работа основана на результатах обследования и лечения 620 больных, поступивших в РНЦЭМП с политравмой, ЧМТ, закрытой травмой грудной клетки с переломами ребер, переломами опорно-двигательного аппарата, шоком II - III ст., возраст от 17 до 59 лет, мужчин - 88%, женщин - 12%.

Использование стандартов мониторинга ИВЛ позволило нам быстро выявить изменения патофизиологии дыхательной системы, оценивая:

1) дыхательный объем (ДО);
2) давление в дыхательных путях (Рдп);
3) комплайнс (податливость, растяжимость легких);

4) сопротивление ДП (Rдп);

5) взаимоотношения Давление/Объем и Поток/Объем, а также определить наличие неблагоприятных эффектов ИВЛ, включая:

1) перерастяжение альвеол;

2) динамическое перерастяжение (задержка газа в легких);

3) определение разгерметизации контура;

4) десинхронизацию пациента с вентилятором.

Соблюдение стандартов мониторинга при проведении респираторной терапии у больных с политравмой позволяют оптимизировать методы респираторной поддержки, выбрать адекватную и безопасную параметров респираторной поддержки.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕННОЙ ГНОЙНОЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Юсупов Н.Т., Уринов У.Б., Тожиев М.М., Хаитбоев Б.М., Шамсиддинов С.Ш.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Одним из наиболее частых и тяжелых осложнений при политравме, нередко определяющим исход заболевания и степень инвалидизации больного, является раневая гнойная инфекция. Точных статистических данных о частоте возникновения раневой гнойной инфекции при политравме нет.

Наиболее часто она возникает при открытых переломах, сочетанных с другими повреждениями. Количество нагноений нарастает с увеличением тяжести открытых переломов. По данным А.В Каплана, оно равно 5% при переломах IA степени, но может достигать 60-75 % при переломах IIIB степени. Но известно, что на частоту возникновения и тяжесть течения нагноительных процессов при травме, особенно при открытых переломах, влияют такие факторы, как величина кровопотери и степень выраженности шока, полноценность первичной хирургической обработки и сроки, отделяющие момент получения травмы от проведения первичной хирургической обработки. Если 2 последних фактора в равной степени влияют на больных, получивших единичный перелом и на больных с политравмой, то первые (шок, кровопотеря) в большей степени выражены у больных с политравмой. При этом следует учитывать и так называемую внутреннюю кровопотерю, т.е. кровоизлияние в окружающие область перелома мягкие ткани, естественно, более значительную при политравме вследствие того, что очаги такого кровоизлияния множественны.

В отделении экстренной травматологии ФФРЦЭНМП за 5 лет наблюдались более 200 больных с политравмами, из них 52 больных с открытыми переломами. Гнойные осложнения развились в области открытых переломов у 23 больных (после оперативного лечения закрытых переломов у 12).

В лаборатории на аэробную флору обследовали всех 52 больных, а у 23 больных брали посев на анаэробную флору. Наиболее частым возбудителем, выделенным из очагов гнойной инфекции, был стафилококк. В монокультуре стафилококк встретился только у 3, у 49 он высеян в ассоциации с другими возбудителями. Почти у 5% из обследованных на анаэробную флору был получен рост и неспорообразующей (неклостридиальной) анаэробной флоры (бактероиды, грамположительные и грамотрицательные анаэробные кокки и др.). У подавляющего большинства больных неспорообразующие анаэробы определялись в ассоциации с аэробами, чаще со стафилококками и только у 2 в монокультуре. Несколько реже - у 20% больных с политравмой - в ассоциацию входила синегнойная палочка (у 3 больных в монокультуре). Почти в 2 раза реже синегнойной палочки встречались протей, кишечная палочка или стрептококк, также в основном в ассоциации с другими возбудителями.

Чувствительность к антибиотикам и другим антимикробным химиопрепаратам определялась как у каждого из асоциантов, так и в ассоциации в целом. У большинства наших больных выявлялась высокая чувствительность к каждому из современных антибиотиков в отдельности, в том числе и к цефалоспоринам: цефамеду (цефтриаксон), цефазолину, аминогликозидам.

Лечение больных проводили по единому принципу и одними и теми же средствами. Лечение носило комплексный и интенсивный характер и предусматривало: 1) воздействие на макроорганизм с целью скорейшего восстановления показателей гомеостаза; 2) комплексную направленную антимикробную химиотерапию с использованием современных, нередко одновременно 2 антибиотиков, а также антисептиков, с внутриартериальным их введением у наиболее тяжелых больных; 3) воздействие на рану с целью ее санации; 4) полноценную иммобилизацию одним из известных современных способов и 5) терапию не только раневой гнойной инфекции, но и других повреждений. В настоящее время существуют множество антибиотиков, с помощью которых можно достичь больших успехов. Мы в основном используем цефалоспорины последнего поколения: цефтриаксон, цефотаксим, цефазолин и др. Хорошо зарекомендовал себя цефамед.

После парентерального введения этот препарат в костных тканях и суставах определяется в высокой концентрации, которая сохраняется в течении 24 часов. Препарат вводим также в лимфотропном направлении 1 раз в сутки. Известно, что при политравме больной теряет много крови, поэтому дополнительно используем общеукрепляющие препараты, витамины, в том числе кокарнит, в составе которого имеется 10 мг аденозина трифосфата, 50 мг кокарбоксилазы, 500 мкг цианокобаламина (вит.B_{12}), 20 мг никотинамида. Препарат способствует повышению уровня гемоглобина и резистентность организма.

Таким образом, у больных с политравмой гнойная раневая инфекция как в области открытых переломов, так и в зоне оперативного вмешательство (остеосинтез) возникает чаще, чем при закрытых переломах и протекает тяжелее, чем у больных с изолированными переломами. Общая резистентность к гнойной раневой инфекции у больных, перенесших политравму, снижена. Показания к оперативному лечению у этих больных должны быть сужены, а у больных, которым такое вмешательство по строгим показаниям производится, необходимо предпринимать усиленные меры по профилактике гнойной раневой инфекции.

Элементы комплексной терапии у больных с политравмой, осложненной гнойной раневой инфекцией, должны использоваться более интенсивно и длительно, чем у больных, перенесших изолированные переломы. Наш опыт показывает, что использование антибиотика цефамед предотвращает воспалительные процессы при открытых многооскольчатых переломах костей конечностей.

2.2. Стандарты диагностики и лечения повреждений опорно-двигательного аппарата

ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Абдурахманов М.М., Абдурахманов Ш.М., Бафаев З.П., Саидов С.С., Рузиев У.У.
Бухарский филиал РНЦЭМП, Бухарский медицинский институт

Травматические повреждения в той или иной степени сопряжены с опасностью развития венозных тромбоэмболических осложнений. К клинически установленным факторам высокого риска развития тромбозов глубоких вен мы относим множественную травму, поступление из размозженных травмированных мышц и тканей в кровеносное русло в большом количестве тромбопластических субстанций, нарушение оттока крови из поврежденной конечности вследствие сдавления вен гематомой, замедление кровотока и стаз крови при иммобилизации конечности. Развитию флеботромбоза способствуют также повторные репозиции отломков.

При переломе костей голени тромбоз глубоких вен обусловлен как травмой сосудистой стенки отломками костей, повышением свертываемости крови в процессе лечения перелома, так и замедлением кровотока по сосудам голени при снижении активности или выключении мышечно-венозной помпы голени. Менее решающими факторами риска считаем перенесенные ранее тромбозы, ожирение,варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей.

В 48,5-58,0% ранее перенесенный тромбоз глубокой венозной системы становится причиной развития трофических язв нижних конечностей.

Цель исследования: изучить состояние глубоких вен нижних конечностей у больных с переломами костей голени, которым произведен чрескожный компрессионно-дистракционный остиосинтез по Илизарову.

Проведено исследование венозного русла нижних конечностей у 63 пациентов с переломами костей голени на разных этапах лечения. Средний возраст больных составил 42±1,2 года. Мужчин было 47, женщин – 16. Всем больным проводилось стандартное общеклиническое обследование, ультразвуковое сканирование сосудов голени с помощью ультразвукового аппарата SSI 5000 Sono Scape и изучение свёртывающей системы крови. Лечение переломов костей голени осуществлялось методом внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Илизарову.

Из 63 обследованных по указанной методике пациентов с переломами берцовых костей у 23 (36,5%) обнаружены признаки перенесенного флеботромбоза глубоких вен на поврежденной конечности, в том числе и декомпенсированные варианты болезни.

Выводы. Параллельно с лечением переломов берцовых костей необходимо проводить профилактику тромбоза глубоких вен и развития постфлеботромботической болезни с использованием венотоников, дезагрегантов, антикоагулянтов, препаратов, улучшающих микроциркуляцию, и лечебной физкультуры.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ ДЛЯ НЕЙРОАКСИАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ

Аташев А.Р., Уразбаев А. А., Рахмонов З.Р.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Местные анестетики (МА) в настоящее время нашли достаточно широкое применение в кардиологии, стоматологии, хирургии, травматологии, анестезиологии и других областях медицины.

Среди местных анестетиков для регионарной анестезии (центральных и периферических блокад), в основном используется лидокаин, однако в последние годы высказываются мнения о том, что он обладает токсическим влиянием на нервные волокна и вызывает транзиторные неврологические нарушения после использования его для регионарной анестезии. В связи с этим в последние годы все большую популярность приобретает препарат, созданный на основе артикаина - ультракаин (производится в Узбекистане суперкаин). Он обладает быстродействием, высоким процентом успешной анестезии, малой эффективной дозой, значительно большей продолжительностью действия, чем с лидокаин, и, что немаловажно, его токсичность в 2 раза ниже токсичности лидокаина. Следующим препаратом, который все чаще применяется в нашей стране, является бупивакин - М, который в отличие от лидокаина обладает продолжительным действием и способен сохранять качественную аналгезию при уменьшении концентрации.

В то же время ведутся поиски препарата, более соответствующего свойствам "идеального местного анестетика". В этом качестве был предложен ропивакаин - новый амидный местный анестетик, впервые синтезированный как чистый левовращающий изомер. Моторная блокада, создаваемая препаратом, менее интенсивна и менее продолжительна, чем у бупивакаина.

Другой представитель амидный группы - левобупивакаин - местный анестетик длительного действия.

Таким образом, в последние годы происходит быстрое развитие регионарной анестезии, при этом все большее значение приобретают центральные сегментарные блокады. Особое внимание уделяется выбору местного анестетика, который должен обеспечивать достаточную аналгезию, быть безопасным для пациентов, и даже новорожденных. В то же время при их использовании для эпидуральной и спинальной анестезии они должны обеспечивать достаточную миоплегию для проведения абдоминальных операций.

В связи с этим, необходимо дифференцировано подходить к выбору местного анестетика для регионарной анестезии в каждой конкретной клинической ситуации.

НОВЫЙ МЕТОД ОСТЕОТОМИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОНТРАКТУРАХ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Байимбетов Г.Д., Ходжанов И.Ю.
НИИ травматологии и ортопедии, Ташкентская медицинская академия

Ограничение движения в суставе является следствием нарушения конгруэнтности суставных поверхностей плечевой кости и костей предплечья. Одной из причин ограничения движения в локтевом суставе является дефицит и нарушение объема блока плечевой кости. Уменьшение 1/3 высоты блока плечевой кости приводит к "объемному конфликту" между локтевым отростком и локтевой ямкой. Это явление клинически мы обозначили симптомом "снижение высоты гюнтерова треугольника".

В клинике детской травматологии НИИТО МЗ РУз в 2008-2009 гг. на лечении находились 27 больных с застарелыми переломовывихами и вывихами костей предплечья и локтевого сустава. Правосторонних повреждений было 13 . Мальчиков было 23, девочек – 4. Подвывих костей локтевого сустава с ущемлением внутреннего надмыщелка наблюдали у 9 пациентов, вывих костей предплечья с переломом блока плечевой кости -у 3, вывих головки лучевой кости с переломом проксимального конца локтевой кости- у 7, вывих костей предплечья - у 9. Всем больным провели артролиз, артропластику и устранение вывиха с последующим наложением аппарата Илизарова.

В диагностике данных повреждений впервые применили мультидетекторную спиральную компьютерную томографию, которая обеспечивает высокую информативность. Разработан алгоритм диагностики, который позволяет снизить частоту диагностических ошибок.

Нами разработана методика Г - образной остеотомии дистально-медиальной части плечевой кости при асептических некрозах блока плечевой кости. Под внутривенным наркозом после обнажения дистальной части плечевой кости производят поперечную остеотомию около 3-5 см выше верхней границы локтевой ямки снутри кнаружи до проекции головки мыщелка плечевой кости. Затем вертикально спускаются вниз, до тех пор пока не восстановится правильное соотношение блока и головки мыщелка плечевой кости. После этого образуется сквозное отверстие в области локтевой ямки плечевой кости. Дистально-медиальную часть плечевой кости фиксируем несколькими спицами Киршнера на аппарате Илизарова так, чтобы не препятствовали движению в локтевом суставе. Всем больным в послеоперационном периоде, для профилактики внутрисуставных спаек лимфотропно и внутрисуставно вводятся раствор кукумазима по 50 ПЕ. Пассивные движения начинаем с третьих суток после операции. Фиксация на аппарате Илизарова -21-30 дней.

Отдаленные результаты, которые оценивали по трехбалльной системе , изучены у всех больных. Хорошие результаты получены у 32%, удовлетворительные - у 61%, неудовлетворительные - у 7%. Предлагаемое оперативное лечение контрактуры локтевого сустава у детей улучшает качество жизни пациентов.

Выводы. 1. Уменьшение объема блока или отставание в росте дистально-медиальной части плечевой кости приводит к объемному конфликту вне скользящего комплекса локтевого сустава и становится причиной контрактуры. 2. Для устранения объемного конфликта локтевого сустава рекомендуем Г- образную внутрисуставную остеотомию дистальной части плечевой кости со стабильно-функциональным остеосинтезом на аппарате Илизарова. 3. Послеоперационный пролонгированный лаваж локтевого сустава предупреждает десмогенный компонент контрактуры локтевого сустава.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КЛЮЧИЦЫ МЕТОДОМ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Баратов А.Б., Шукуруллаев А.Р., Рахматов М.Б., Камолов Ё.О., Ярлакабов Ж.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Переломы ключицы в среднем составляют около 15-18% среди других переломов опорно-двигательного аппарата. Они могут произойти в результате непосредственного удара по ключице (прямой механизм травмы), но значительно чаще перелом ключицы возникает при непрямом механизме травмы, т.е. по направлению оси ключицы.

Целью нашей работы явился анализ результатов лечения больных с переломами ключицы и выбор наиболее оптимального метода лечения.

Изучены результаты лечения 160 больных с переломами ключицы, находившихся на лечении в Джизакском филиале РНЦЭМП в 2005-2009 гг. Изолированная травма была у 120 (75%) больных, сочетание перелома ключицы с другими повреждениями опорно-двигательного аппарата или с повреждением внутренних органов - у 40 (25%). В возрасте от 5 до 14 лет было 30 (18,7%) больных, от 15 до 20 лет - 35 (21,9%), от 21 года до 30 лет - 32 (20%), от 31 года до 40 лет 27 (16,9%), от 41 года до 50 лет 21 (13,1%), от 50 до 70 лет - 15 (9,4%). Прямой механизм травмы имел место у 107 (66,9%) больных, непрямой у 53 (33,1%). Бытовая травма отмечалась у 115 (71,8%), травма в результате дорожно-транспортного происшествия - у 23 (14,4%), производственная травма - у 18 (11,3%), спортивная - у 4 (2,5%).

В первые сутки с момента травмы госпитализированы 90 (56,2%) больных, в более поздние сроки обратились 70 (43,8%). В зависимости от метода лечения больные были разделены на 2 группы. 60 (37,5%) больным 1-й группы проводилось консервативное лечение, 100 (62,5%) больных 2-й группы лечили оперативным путем.

С учетом возможности развития в результате консервативного лечения контрактур смежных суставов, а также возросшие требования к качеству жизни пациентов показания к оперативному лечению существенно расширились. Основным методом оперативного лечения являлся интрамедуллярный остеосинтез ключицы спицей Илизарова. Этим методом было выполнено 90 (90%) операций. Дополнительную внешнюю иммобилизацию при правильно выполненном остеосинтезе считаем не обязательной.

В отдаленные сроки несращения или ложных суставов не наблюдалось.

Таким образом, при определенных условиях интрамедуллярный остеосинтез спицами Илизарова переломов ключицы имеет преимущества перед консервативными методами лечения. Полноценная реабилитация имеет большое значение для больных трудоспособного возраста.

СТАБИЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ГОЛЕНИ

Баратов А.Б., Шукуруллаев А.Р., Рахматов М.Б, Камолов Е.О., Ярлакабов Ж.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Пострадавшие с диафизарными переломами голени составляют до 30% среди больных, поступающих в травматологические стационары. В половине случаев такие переломы сочетаются с повреждениями костей других локализаций (Ключевский В.В., 1999). Увеличивается число пациентов с сопутствующими заболеваниями, психомоторным возбуждением, а также число больных, которые предъявляют всё более высокие требования к функциональным результатам лечения переломов, добиваясь снижения расходов на лечение и сокращения сроков восстановления здоровья.

Консервативные методы лечения во многих случаях затрудняют проведение диагностических и лечебных манипуляций, провоцируют осложнения, значительно ухудшают прогноз. Травматологи отдают предпочтение хирургическому методу лечения диафизарных переломов костей голени. Консервативные методы (скелетное вытяжение, закрытая репозиция) используются как вспомогательные и чаще применяются при неосложненных переломах у детей и при невозможности проведения оперативного вмешательства при нарушениях компенсаторных возможностей больного. Немаловажное значение и основная роль при оперативных методах лечения отводится стабилизации места перелома, которая обеспечивает хорошую консолидацию перелома.

Целью работы является сравнительное изучение результатов стабильного остеосинтеза диафизарных переломов костей голени и консервативных методов лечения.

В 2002 - 2009 гг. в отделении травматологии Джизакского филиала РНЦЭМП на лечении находились 709 больных с различными переломами диафиза костей голени. У 580 больных был выполнен остеосинтез костей голени. У 220 из них была множественная травма с шоком I-III степени. В большинстве случаев остеосинтез производился в первые 3-5 суток после госпитализации. При выборе метода фиксации отломков костей голени предпочтение отдавали стабильному остеосинтезу. Учитывая наличие фиксатора, остеосинтез осуществлялся компрессирующими пластинами и шурупами АО. У 87 больных с открытыми и много оскольчатыми переломами, применяли остеосинтез компрессионно-дистракционными аппаратами (КДА) или комбинированный остеосинтез с применением КДА. У 52 пациентов с множественными переломами, при наличии противопоказаний со стороны терапевтов к длительному и травматичному хирургическому вмешательству стабилизация производилась по типу "упрощенного остеосинтеза" двумя кольцами КДА в качестве промежуточного этапа. После улучшения общего состояния больных, им дополнительно проводился остеосинтез.

При всех видах остеосинтеза мы старались добиться максимальной стабилизации отломков в анатомически правильном положении.

129 пациентов лечились консервативно при помощи гипсовых повязок или скелетным вытяжением. Это были больные с удовлетворительным стоянием костных отломков и больные, которым по тем или иным причинам невозможно было выполнить оперативное лечение.

В ближайшие сутки после операций появилась возможность активизации больных, что исключало развитие постиммобилизационной недостаточности, контрактур, гипотрофии мышц, ТЭЛА, гипостатической пневмонии. Эти осложнения чаще возникали при лечении консервативными методами (42-43,3%).

При остеосинтезе КДА и комбинированном остеосинтезе КДА у 18 больных наблюдалось воспаление мягких тканей вокруг спиц.

У 24 больных, леченных консервативно, отмечалось замедленная консолидация, ложный сустав образовался у 7.

Сроки нетрудоспособности у пациентов этой группы были значительно больше и составляли 180-220 дней, у оперированных больных - 150-160 дней. Переломы срослись у 575 больных. Угловая деформация и замедленная консолидация наблюдалось у 5 больных. У 2 больных образовался ложный сустав.

Выполнение стабильного остеосинтеза в анатомически правильном положении, возможно ранняя активизация больных позволяют сократить продолжительность стационарного лечения, снизить частоту ближайших и отдаленных осложнений. Все это приносит немаловажный экономический эффект в условиях рыночной экономики.

СБАЛАНСИРОВАННАЯ РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПОСТШОКОВОМ ПЕРИОДЕ

Бахронов Ш.Я., Жумаев Б.Э., Олимов Я.Б.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Переломы конечностей различной локализации являются наиболее частыми последствиями травм. Нередко переломы конечностей осложняются неврологическими расстройствами, приводящими к длительной нетрудоспособности и даже инвалидности. В современной травматологии при операциях на конечностях отдают предпочтение региональной анестезии (РА), вызывающей избирательную блокаду патологической ноцецептивной болевой импульсации при сохранении функции центральных регуляторных механизмов. Более того, у пациента сохраняется спонтанное дыхание, снижается объем кровопотери, уменьшается частота тромбоэмболических осложнений, улучшается микроциркуляция в поврежденных конечностях.

Нами проанализировано течение РА у 86 пациентов, оперированных по поводу травм конечностей. Применялись различные варианты РА в сочетании с медикаментозной седатацией в постшоковом периоде. Для безопасной верификации нервных стволов применяли нейростимулятор Stimuplex HNS-11 B Braun (Германия), иглы Contiplex A G-23. Использовались наиболее распространенные анестетики группы аминоамидов: 1-2% раствор лидокаина (5-7 мг/кг) и 0,25% раствор бупивакаина (2-3 мг/кг). С целью седатации применяли в/в дормикум (0,005-0,08 мг/кг/ч).

При применении 1-2% раствора лидокаина полная сенсорная блокада (ПСБ) наступала через 14,5+1,5 мин, частичная двигательная блокада (ЧДБ)- через 12,55+1,5 мин. Анестетический эффект сохранялся 90,5+5,0 мин, анальгетический эффект -150,5+5,5 мин. При применении 0,25% раствора бупивакаина ПСБ наступала через 14,5+1,5 мин, ЧДБ- через 18,5+2,5 мин. Анестетический эффект сохранялся в течение 160,5+5,5 мин, анальгетический эффект - в течение 250,0+5,5 мин. Основные гемодинамические показатели,

изучаемые на протяжении всего оперативного вмешательства, оставались стабильными. Сатурация кислорода составляла 88-99% на фоне инсуффляции кислорода 3 л/мин, т.е. вспомогательной вентиляции легких не требовалось.

Заключение. Сбалансированная РА при операциях у пациентов с травмами конечностей в постшоковом периоде вызывает надежную блокаду ноцицептивной болевой импульсации. Эта методика может широко использоваться в экстренной травматологии, особенно у пациентов с исходной гиповолемией, т.к. имеет большую степень гемодинамической и респираторной стабильности, чем традиционные методики общей анестезии.

ШОШИЛИНЧ ТРАВМАТОЛОГИЯДА НАЙСИМОН СУЯКЛАР ОЧИҚ СИНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШ ТАЖРИБАСИ

Бекназаров У.Ш., Юлдашев Р.С., Шакаров Б.Н.
РШТЁИМ Самарканд филиали

Найсимон суяклар очиқ синишини даволашнинг усулларини танлаш ҳозиргача травматологияни асосий актуал муаммоси бўлиб келмоқда. Мутахасислар фикри бу йуналишда турлича бўлиб, кўпчилик консерватив, баъзилар режа равишда оператив даволаш фикрини билдирса, баъзилар ҳозирги даврда шошилинч равишда оператив даволаш усулларини маъқул кўришади.

РШТЁИМ Самарқанд филиали шошилинч травматология булимида 2008-2009 йиллар ичида 52 нафар беморлар найсимон суяклар очиқ синиши билан даволанди. Улардан эркаклар 40 нафарни, аёллар эса 12 нафарни ташкил этди. Шулардан 4 нафари болалар.

Шикастланиш соҳаси бўйича: елка суяги синиши билан - 2, ўмров суяги синиши билан - 1, билак суяклари синиши билан - 11, қўл кафти суяклари синиши билан - 4, сон суяги синиши билан - 5, болдир суякларини синиши билан - 24, оёқ кафти суяклари синиши билан - 4 нафар бемор даволанди.

Найсимон суякларни очиқ синишида Каплан ва Марков классификациясидан фойдаланилди. Бунга асосан: 1-даражали синиш - 25 та (48%), 2-даражали синиш - 17 та 33%), 3-даражали синиш - 8 та (15%), 4-даражали синиш - 2 та (4%) беморда аниқланди.

Суякларни очик синишини даволашда биз шошилинч равишда оператив даволашга асосландик, асосан беморларга шифохонага ётқизилгандан сўнг дастлабки 6 соат ичида интера ва экстра медулляр остеосинтез операцияси бажарилди. Жарохатни бирламчи битишида жароҳатга пухта бирламчи жаррохлик ишлови бериш ва суяк бўлакларини тургун фиксациясини таъминлаш эътиборга олинди. 38 нафар беморга касалхонага келиб жойлашган куни интера ва экстрамедулляр остеосинтез операцияси ўтказилди. 8 нафар беморга эса умумий ахволи оғирлигини ҳисобга олиниб, бир ҳафта ичида операция бажарилди. 6 нафар бемор консерватив даволанди. Скелет тортма ва гипсли боғлама вақтинчалик даво учун ишлатилди.

1 ва 2 даражали очик синишларда кўпроқ интра ва экстрамедулляр остеосинтез операцияси ўтказилди. 3 ва 4 даражали болдир ва елка суяклари синишларида Илизаров аппарати ўрнатилди. Барча беморлар эрта фаоллаштирилди. Бу эса ўз навбатида юрак-қон томир ва нафас тизими томонидан учрайдиган асоратларни, ётоқ яраларнинг олдини олади.

48 нафар беморда жарохатлар бирламчи битди. 4 нафар беморда жароҳатнинг юмшоқ тўқималари йирингласши кузатилди. Барча ҳолатларда беморларда суяклар қониқарли ҳолатда битди.

Олиб борилган изланишлар натижасида найсимон суякларни очиқ синиши билан даволанаётган беморларда жарохатга бирламчи жаррохлик ишлови эрта ва тўлақонли утказиш, суяк булакларини эрта тургун остеосинтез килиш, антибиотиклардан кенг спектрдаги ва микрофлора сезувчанлигига асосланган ҳолда фойдаланишга шунингдек, беморларни эрта фаоллаштиришга эътиборни қаратиш лозимлиги аниқланди.

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Дехканов К.М., Уринов У.Б., Юлдашев.З.Ш.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Открытые внутрисуставные переломы конечностей относятся к тяжелым повреждениям опорно-двигательного аппарата. Лечение таких больных представляет особые трудности из-за частых осложнений. Развитие осложнений приводит к замедлению процессов костной регенерации, возникновению контрактур и анкилозов, при этом удлиняется процесс выздоровления, что способствует росту инвалидности населения.

Нами изучены результаты лечения 68 больных с открытыми внутрисуставными переломами конечностей, находившихся в отделении травматологии ФФРНЦЭМ в 2006-2008 гг. Мужчин было 47 (69,1%), женщин 21 (30,9%). Открытые повреждения коленного сустава имели место - у 31,6% голеностопного сустава у 19,4%, плечевого -у 2,%, локтевого сустава -у 39,1%, лучезапястного сустава- у 7,9%.

В соответствии с классификацией А.В.Каплана., О.Н Марковой, открытые переломы типа I А наблюдались у 15 (22,1%), I Б - у 24 (35,3 %), IIА - у 6 (8,8 %), IIБ - у 15 (22,1 %), IIIА - у 2 (2,9%), III Б - у 6 (8,8%) больных.

Мы разработали стандарт лечения открытых внутрисуставных переломов конечностей, который предусматривает комплексное использование хирургических и консервативных методов. Особое значение уделяли надёжному обезболиванию, квалифицированной первичной хирургической обработке раны, стабильной фиксации внутрисуставных отломков, рациональной антибактериальной терапии и ранней активизации функции повреждённого сустава.

При открытых внутрисуставных переломах необходимо применять раннюю (в первые 4-6 дней после травмы) хирургическую тактику, в зависимости от степени повреждения мягких тканей. Так, при тяжелых повреждениях хирургическое лечение должно быть этапным. Во время первичной хирургической обработки выпоняют иссечение нежизнеспособных тканей, удаляют сгустки крови, производят тщательный гемостаз, минимальную внутреннюю фиксацию суставообразующих фрагментов в репонированном положении и фиксацию всего сегмента аппаратом внешней фиксации. С этой целью мы применяли внеочаговыи чрескостный

остеосинтез шарнирными аппаратами Илизарова.

Дополнительную санацию в конце операции осуществляют неоднократным промыванием антисептическими растворами (димексид, хлоргексидина, биглюконат, диоксидин и раствор фурациллина), в том числе пульсирующей струей, что способствовало уменьшению бактериальной загрязнённости раны. Затем производили активное дренирование раны с помощью приточно-отсасывающих силиконовых дренажных трубок через дополнительный разрез кожи.

При открытых повреждениях с целью профилактики раневой инфекции и повышения специфической иммунологической реактивности организма использовали специфические сыворотки (противостолбнячную, противогангренозную), анатоксины (столбнячный, стафилококковый) и бактериофаги (стафилококковый, коли).

Антибактериальная терапия начиналась сразу при поступлении больного, интраоперационно вводили внутривенно антибиотики широкого спектра действия, преимущественно цефалоспорины II и III поколения. После получения результатов микробиологического исследования назначали антибиотики, чувствительные к выявленной микрофлоре. С целью длительной поддержки высоких концентраций антибиотиков в крови и очагах поражения использовали региональную лимфотерапию конечности, внутривенный и внутрикостный методы введения.

Разработанный нами стандарт лечения открытых внутрисуставных переломов конечностей позволил уменьшить число гнойно-воспалительных осложнений более чем в 2 раза, тем самым сократить время лечения в стационаре, а также сроки временной нетрудоспособности пострадавших, что даёт значительный экономический эффект.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛЕНИ КОМБИНИРОВАННЫМ СТЕРЖНЕВЫМ АППАРАТОМ

Дехканов К.М., Уринов У.Б., Мухамадиев А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Открытые переломы длинных костей остаются одними из самых сложных. Согласно многочисленным данным, самыми частыми и тяжелыми являются открытые переломы голени. Поэтому поиск путей улучшения результатов лечения переломов этой локализации остаётся в центре внимания травматологов.

В травматологическом отделении ФФРНЦЭМ с целью малоинвазивного внеочагового остеосинтеза открытых переломов костей голени разработан комбинированный стержневой аппарат внешней фиксации (рац.предложение №22 Пат. Вед.РУз от 21.09.2009 г.) В качестве внешних конструкций мы использовали набор деталей аппарата Г.А. Илизарова.

Разработанный нами стержневой аппарат состоит из четырёх полуколец аппарата Илизарова, восьми фиксационных (диаметром от 4 до 6 мм) и девяти соединительных стержней. Соединяющим элементом между наружной опорой и фиксационным стержнем служит кронштейн с резьбовым хвостиком. Комбинирование деталей аппарата Илизарова и фиксирующих стержней в нашем аппарате даёт возможность проведения оперативных вмешательств на повреждённых конечностях без применения специальных наружных опор. Это позволяет экономить средства для приобретения зарубежных стержневых аппаратов.

Проведение стержней через оба кортикального слоя костных отломков и крестообразное расположение стержней, фиксируемых в полукольцевых металлических опорах, обеспечивает одинаково стабильную фиксацию костных отломков в двух взаимно перпендикулярных плоскостях и создает оптимальные биомеханические условия для регенерации костной ткани в течение всего периода лечения.

При открытых переломах с тяжёлыми повреждениями мягких тканей одностороннее расположение аппарата на сегменте конечности вне очага повреждения даёт возможность производить одновременные оперативные вмешательства на мягких тканях и сосудисто-нервных стволах повреждённой конечности нескольким операционным бригадам (травматологи, нейрохирурги, сосудистые хирурги). В послеоперационном периоде наш стержневой аппарат не затрудняет проведения лечебных манипуляций и перевязок.

Отсутствие дополнительной внешней (гипсовой) иммобилизации поврежденной конечности даёт возможность проведения раннего функционального лечения травмированной конечности и создаёт условия для ранней активизации больного.

Операция проводится под общим, спинномозговым и внутрикостным обезболиванием. Грубые смещения костных отломков устраняем на репозиционной подставке (рац.предложение №21 Пат. вед. РУз от 18.09.2009 г.) в операционной до наложения аппарата, производим рентгенографию в двух проекциях.

Техника операции довольно проста и безопасна, так как практически исключен риск повреждений сосудисто-нервных стволов. Проводилась тщательная хирургическая обработка раны с удалением мелких свободных костных отломков, инородных тел, иссечением размозженных тканей. Оперативное вмешательство заканчивалось промыванием ран растворами антисептиков, дренированием раны, стабилизацией перелома.

Определяем оптимальные зоны введения стержней в отломки. Они обозначаются на коже метками каким-либо красителем. После сопоставления костных отломков, отступив на 2-3 см от края линии перелома, ориентируясь на обозначенные проекционные метки, делаются насечки на коже сегмента конечности. Производим сверление в каждом из отломков по передневнутренней поверхности большеберцовой кости при помощи электродрели сверлом диаметром 3 мм. Затем ввинчивается в подготовленные отверстия первая пара стержней. Аналогичным образом после просверливания костного канала в каждый из отломков большеберцовой кости по передненаружной поверхности, вводится вторая пара стержней. Таким образом, каждый из отломков фиксирован двумя стержнями, введенными в разных плоскостях, распложенных под углом 70-80 градусов друг к другу. Монтируется аппарат из 4 полуколец. Фиксационные стержни фиксируются полукольцам с помощью кронштейнов с резьбовым хвостиком. Полукольца соединяются между собой посредством трёх соединительных стержней со сплошной нарезкой. Длина соединительных стержней зависит от расстояния между внутренними опорами, располагающимися на каждом отломке. Производят контрольную рентгенографию. Если репозиция отломков достигнута, вводится третья и четвёртая пара стержней в проксимальный и

дистальный отломки большеберцовой кости, с ее передней поверхности, отступя на 7-8 см от линии перелома. Затем, манипулируя третьей и четвёртой парой стержней производят дополнительную окончательную репозицию костных отломков. Производим рентгеновский контроль положения отломков. Жёсткость фиксации достигается парностью полукольцевых опор, т. е. на каждом отломке должно быть смонтировано по 2 внешних опоры на оптимальном расстоянии. Для достижения стабильной фиксации используется 8 стержней.

Результаты лечения изучены у 18 больных с открытыми переломами голени, имевших обширные (более 5 см длиной) и размозженные раны мягких тканей, у которых применена новая методика. Результаты хорошие. Внедрение методики дало возможность усовершенствовать технику операции чрескостного остеосинтеза, сократить время операции и свести до минимума травматизацию мягких тканей. Сочетая периоды полного анатомического и функционального восстановления конечности, наш аппарат позволяет добиться сокращения сроков стационарного лечения, обеспечивает комфорт при уходе за больным и проведение ранней реабилитации.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ

Джаббаров Д.Д., Косимов М.А.,Эшмирзаев Ж.Х.
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Лечение открытых переломов длинных трубчатых костей является одной из актуальных проблем современной травматологии. Особые трудности представляет лечение открытых переломов у пострадавших с множественной и сочетанной травмой. Под нашим наблюдением находились 148 больных с открытыми переломами, в том числе 42 с множественными повреждениями. Всего у больных было 82 перелома: 53 открытых длинных трубчатых костей и 29 закрытых. Открытые переломы чаще локализовались на голени (34 больных). У 15 больных травма носила сочетанный характер.

В состоянии травматического шока поступили 26 больных. Травму в дорожно-транспортном происшествии получили - 23 больных, бытовая травма была - у 17, производственная - у 2.

Транспортные травмы характеризовались особенно значительными разрушениями. Действие большой массы травмирующего агента при значительной скорости приводит к обширным повреждениям тканей не только в месте непосредственного приложения травмирующий силы, но и в отдалении от него. Это подтверждается при изучении характера тяжести и распространенности повреждений мягких тканей и костей у пострадавших с открытыми переломами, полученными при автотранспортных авариях. При поступлении у пострадавших с открытыми переломами производили рентгенографию, иммобилизацию, первичную хирургическую обработку раны и стабилизацию, то есть устранение патологической подвижности костных отломков. Первичная хирургическая обработка (ПХО) раны проводилась по абсолютным показаниям с целью предупреждения развития раневой инфекции, особенно анаэробной, которая представляет угрозу жизни пострадавшего.

Иммобилизация отломков также играет важную роль, так как, в отличие от просто ПХО, подвижные отломки костей постоянно травмируют мягкие ткани в зоне перелома, вызывая нарушение их кровоснабжения, что способствует развитию инфекции, некрозов кожи. Лечение открытых переломов при политравме более сложное и ответственное, чем при изолированных переломах.

К ПХО открытого перелома мы приступали, как правило только после выведения больного из состояния шока. Исключение составили лишь те немногие случаи, когда оперативное вмешательство осуществлялось одновременно с противошоковыми мероприятиями.

ПХО начинали со стерилизации кожи конечности, операцию проводили под проводниковой или общей анестезией. Проводили экономное иссечение краев раны, обращали внимание на состояние фасции, жизнеспособности мышц, бережно относились к сухожилиям, костные осколки старались максимально сохранить. Удаляли только свободные мелкие осколки (до 1-2 см). Кортикальные крупные осколки обрабатывали антисептическими растворами укладывали на место, все инородные тела по ходу ПХО удаляли, производили тщательный гемостаз коагуляцией. Раны неоднократно промывали антисептическими растворами, по показаниям дренировали резиновыми дренажами и производили стабилизацию перелома. При этом учитываели общее состояние больного, которому предстояли полосные операции, взаимное влияние других повреждений, характер повреждений мягких ткани и кожи, типа перелома и его локализацию. Обширные повреждения мягких тканей и их загрязнение служили показанием к внеочаговой фиксации. У 18 больных использовали аппарат Илизарова. Восстанавливали кожные покровы, раны ушивали наглухо (7 больных). Перемешали кожный лоскут для укрытия место перелома (5 больных). При обширном загрязнении раны оставляли открытой, на дно раны оставляли катетер для промывания и введения антисептиков, на рану накладывали салфетки, смоченные антисептиками. После операции проводили антибиотикотерапию, иммунокоррекцию, интенсивную инфузионную терапию. Послеоперационный период у 27 больных протекал с различными осложнениями. У 15 больных раны зажили вторичным натяжением, у 3 больных возник остеомиелит.

Таким образом, лечение открытых переломов при множественной травме сопряжено с определенными трудностями. При поступлении больных необходимо тщательное обследование для выявления всех повреждений. Нужно помнить, что при множественной травме у значительной части больных развивается травматический шок.

Открытые переломы крупных сегментов конечностей представляют собой прямую угрозу для жизни пострадавшего, так как следствие повреждения кожных покровов имеется обсеменение раны микробами, которые находят в зоне перелома прекрасную среду для развития: излившуюся кровь, размозженные мышцы, надкостницу, инородные тела, костные осколки что требует проведения своевременной качественной ПХО раны. Для репозиции необходимо применять аппараты внешней фиксации.

ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Джаббаров Д.Д., Косимов М.А., Эшмирзаев Ж.Х.
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Лечение больных с множественными травмами является комплексной проблемой. Нами изучены результаты лечения 115 больных с множественными и сочетанными травмами опорно-двигательного аппарата, полученные преимущественно в результате дорожно-транспортных происшествий и при падении с высоты, которые находилась в Сырдарьинском филиале РНЦЭМП в 2003-2008 гг. Лиц мужского пола было 78. В возрасте до 15 лет было 19 больных, от 16 до 50 лет – 85, старше 50 лет – 11. Преобладала транспортная травма (77%), бытовая встречалась в 25%, производственная – в 2%. 79 были доставлены в первые 2 часа после травмы, 21 поступил в срок от 2 до 6 часов, 15- от 6 до 15 часов.

Множественные переломы верхних конечностей отмечались у 17 больных, нижних – у 62, верхних и нижних – 23. Переломы костей конечностей и таза были у 9, конечностей и позвоночника у 4. Тяжесть состояния больных усугублялась сочетанием переломов костей конечностей с сотрясением, ушибом и сдавлением головного мозга, с повреждением периферических нервов, сухожилий, с вывихами. В состоянии шока поступили 25% пострадавших в основном с переломами нижних конечностей. При переломах верхних конечностей отмечали шок легкой степени.

Лечение пострадавших с множественными переломами костей конечностей направлено на борьбу с шоком и выведение больного из угрожающего жизни состояния. От этого зависит выбор оптимальных сроков и наиболее приемлемых консервативных и оперативных методов лечения, определение последовательности их применения, подбор фиксаторов, отвечающих требованиям при лечении множественных переломов.

Лечение отличается особой трудностью, многоэтапностью, длительностью и требует составления индивидуального плана проведения отдельных его этапов.Всем поступившим проводили противошоковые мероприятия, новокаиновые блокады, введение раствора новокаина в область перелома и адекватную инфузионную терапию. Проводились первичная хирургическая обработка ран, репозиция отломков, иммобилизация. После стабилизации гемодинамики в случаях размозжения конечностей выполняли ампутацию. Все остальные оперативное вмешательства мы выполняли после выведения больного из шока.

Консервативные методы занимают видное место в лечении больных с множественными переломами. Однако, в отличие от лечения изолированных переломов, в комплексном лечении множественных переломов ведущими являются оперативные методы. Расширение показаний к оперативным вмешательствам обусловлено стремлением достичь лучшего сопоставления отломков и хорошей фиксации. Оперативное лечение обеспечивает так необходимую при полифрактурах "мобильность", возможность раннего начала функциональной терапии и сокращение сроков постельного режима. У 67 из 115 больных с множественными переломами ведущим методом лечения был оперативный. У 30 больных оперативное лечение на одном сегменте сочеталось с консервативным на другом, у 18 больных проводилось только консервативное лечение.

Открытое сопоставление отломков и остеосинтез в срочном порядке (через 2-7 ч после стабилизации гемодинамики) были предприняты у 3 больных.

В большинстве случаев операции проводились через 5-10 дней. К этому времени нормализовалось кровообращение и биохимические показатели крови. Основным принципом лечения множественных переломов костей конечностей является по возможности одноэтапное проведение лечебных мероприятий на повреждённых сегментах. Мы стремимся максимально сократить промежутки между операциями и являемся сторонниками проведения вмешательства на двух сегментах одновременно. У 18 больных открытая и закрытая репозиция осуществлялась сразу на двух сегментах. Одновременные операции позволяют избежать повторных вмешательств и наркоза, которые больные, как правило, переносят тяжелее. Кроме того при такой тактике создаются лучшие условия как для консолидации переломов на нескольких сегментах, так и для ранней активизации больных, а также сокращаются сроки лечения.

Степень риска, связанного с одновременным проведением операций на двух сегментах в условиях центра экстренной медицинской помощи уменьшается за счет тщательного обследования и подготовки больного к операции. При множественных переломах костей конечностей применяем штифты, пластинки, болты, шурупы, аппараты Илизарова, спицы. Сроки сращения костей при политравмах при своевременном и правильном лечении немногим отличаются от таковых при изолированных переломах. Сращения отломков плечевой кости в среднем мы наблюдали за 1,6-1,7 месяца, костей предплечья за 1,7-1,8 месяца, бедра за 3-4 месяца, голени за 3,6-3,8 месяца. Летальность составила 2,9% (3 б-х).

Таким образом, характерными особенностями лечения больных с множественными переломами костей конечностей являются проведение противошоковой терапии и коррекция патофизиологических сдвигов, расширение показаний к открытой репозиции отломков; максимальное сокращения времени между этапами лечения; применение устойчивого остеосинтеза, особенно внеочагового, позволяющего рано начать функциональное лечение.

К ВОПРОСУ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РЕЛЮКСАЦИИ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВЫВИХОВ МОНТЕДЖИ У ДЕТЕЙ

Жабборов К.С., Машарипов К.М., Нурматов И.З., Лим Е.Н.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Переломовывихи Монтеджи являются серьёзной патологией локтевого сустава, особенно у детей, так как растущая кость имеет свои особенности. По данным литературы, эти травмы составляют 0,66% от всех переломов, 0,08-5,5% - среди костей предплечья и от 0,14 до 8,6% - среди повреждений области локтевого сустава.

В нашей клинике в 2000 - 2009 гг. со свежими переломовывихами Монтеджи наблюдались 42 ребенка. 25 больным произведён остеосинтез локтевой кости без фиксации головки лучевой кости, остальным 17 выполнены различные оперативные вмешательства на головке лучевой кости.

Анализ результатов лечения показал, что из 25 оперированных без вмешательств на головке лучевой кости рецидив вывиха возник у 6. Из 16 больных, прооперированных с вме-

шательствами на головке лучевой кости, вывих встречался у 2. То есть, рецидивы вывиха и подвывиха головки лучевой кости намного чаще наблюдались у больных с переломами, перенесшими операции на локтевой кости без оперативных вмешательств на головке лучевой кости.

Остеосинтез локтевой кости осуществлён с помощью стержня Богданова у 29, спицами Илизарова - у 8, внеочаговым остеосинтезом аппаратом Илизарова - у 3, наложением пластины - у 2, с помощью металлической проволоки - у 1 пациента. Рецидивы встречались при оперативном лечении косых, оскольчатых переломов локтевой кости, костные отломки которых порой не удается идеально сопоставить. Рецидивы также отмечались у больных после остеосинтеза локтевой кости с помощью спиц Илизарова и стержней Богданова. Это связано с неточно репонированным переломом локтевой кости и нестабильностью остеосинтеза за счёт неправильного подбора металлофиксаторов.

Мы считаем, что остеосинтез локтевой кости при переломовывихах Монтеджи у детей должен быть стабильным, точно репонированным, во всех случаях рекомендована фиксация головки лучевой кости с динамическим рентгеноконтролем локтевого сустава. При оперативном лечении переломов локтевой кости целесообразны ревизия и открытое вправление головки лучевой кости с фиксацией. При открытых переломах локтевой кости рекомендуется остеосинтез с помощью аппарата Илизарова по методике УзНИИТО.

Тяжесть осложнений зависит от возрастных особенностей костно-суставной системы детей: чем младше возраст, тем тяжелее последствия осложнений - вывих и подвывих головки лучевой кости.

СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА С РАЗРЫВОМ ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦОВОГО СОЧЛЕНЕНИЯ

Исмоилов А.В., Содиков И.Х.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Диагностика и лечение повреждений голеностопного сустава с разрывом дистального межберцового сочленения остается трудной задачей. Переломы голеностопного сустава относятся к тяжелым повреждениям костного скелета и, по данным литературы, составляют 12-20% всех травм опорно-двигательного аппарата, 40-60 % переломов костей голени.

Частота неудовлетворительных результатов лечения травм голеностопного сустава все ещё высока (от 5 до 3%). После этих повреждений, особенно с разрывом дистального межберцового сочленения, многие пострадавшие становятся инвалидами.

Для выявления степени повреждения дистального межберцового сочленения проводится рентгенологическое исследование. Рентгенодиагностика особенно трудно, когда отсутствуют косвенные признаки (смещение костных отломков, диастаз между берцовыми костями) и на обычной рентгенограмме определяется нормальное соотношение костных элементов голеностопного сустава. По данным П.С.Шидловского (1979),внутренняя лодыжка образует с суставной поверхностью большеберцовой кости угол в 118-120 градусов, а длина ее колеблется от 1,2 до 1,5 см.

Различают три степени повреждения межберцового сочленения: частичное (I, II степени) и полное (III степень). При I степени повреждается одна из связок, при II - обе тибио-фибулярные связки, а также частично-межкостная связка, при III - все связки межберцового сочленения. Когда линия перелома малоберцовой кости находится на расстоянии 1-3 см от верхушки наружной лодыжки и менее 1 см от уровня суставного края большеберцовой кости, можно говорить о I степени повреждения связок межберцового сочленения; о II - когда линия перелома малоберцовой кости проходит в 3-4 см от верхушки наружной лодыжки и в 1-3 см от суставного края большеберцовой кости; о III степени - на расстоянии более 4 см от верхушки наружной лодыжки и более 3 см от суставного края большеберцовой кости.

Мы применяем тактику ранней репозиции отломков при переломе лодыжек, особенно в сочетании с разрывом синдесмоза, так как спустя 6-12 ч после травмы из-за нарушений крово - и лимфообращения образуется отёк мягких тканей, что значительно затрудняет сопоставление костных отломков. Полноценное восстановление поврежденного голеностопного сустава зависит от своевременной и точной их адаптации. Ранняя репозиция способствует уменьшению и исчезновению отёка благодаря восстановлению правильных соотношений элементов сустава.

Консервативные методы лечения применялись в основном при переломе лодыжек с разрывом межберцового сочленения I - II степени. Способ лечения избирался в зависимости от давности травмы.

С 2006 по 2009 гг. в отделении экстренной травматология ФФРЦЭМП на стационарном лечении находилось 98 больных с повреждениями в области голеностопного сустава. Из них мужчин было- 58 (59,2 %), женщин- 40 (40,8%).

Переломы наружной лодыжки были у 22 (22,4%), медиальной лодыжки 28 (28,5%), обеих лодыжек - 29 (29,6 %), сложный переломовывих - у 20 (20,4 %).

При изолированных переломах медиальной и латеральной лодыжек произведена операция под контролем электронно-оптического преобразователя закрытым способом путем кортикального остеосинтеза спицами.

Показаниями к оперативному лечению были: открытый переломовывих голеностопного сустава, полный разрыв нижнего межберцового сочленения, перелом внутренней лодыжки с поворотом отломка по оси 90 градусов ,перелом заднего или переднего края дистального эпиметафиза большеберцовой кости, интерпозиция мягких тканей между отломками, переломы Дюпюитрена, Десто, Мезоннева и Фолькмана с вывихом или подвывихом стопы и разрывом дистального межберцового сочленения III степени.

В первые 6 ч после травмы были оперированы 48 больных, в первые сутки-20.

У больных, поступивших спустя 24 ч с момента травмы, определялся выраженный отёк области голеностопного сустава и нижней трети голени, были изменены кожные покровы. Мы убедились , что оптимальный срок оперативного вмешательства - первые часы после травмы.

Для фиксации переломов лодыжек, заднего края большеберцовой и малоберцовой костей, межберцового сочленения мы использовали винты, спицы, болты с гайкой, аппаратом Илизарова, а также лавсановые ленты. В лечении указанной патологии всегда оправдывало себя стремление как консервативными, так и оперативными методами добиваться правильного анатомического взаимоотношения фрагментов. В предупреждении ближайших и отдаленных осложнений исключительно важным фактором является бережное обращение с тканями поврежденного голеностопного сустава.

БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯКЛАРИ ДИСТАЛ ҚИСМИ СИНИШЛАРИНИ СТАНДАРТ УСУЛДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ

Исмоилов А.В.
РШТЁИМ Фарғона филиали

Болаларда билак суяклари синишлари тананинг бошқа жойларида учрайдиган синишларга нисбатан 1-ўринда туради (Гориневский В.В. — 25,2%; Языков Д.К. — 29,7 %). Булардан билак суякларининг дистал қисми синишлари 30-35,2% гача учрайди.

2005-2009 йиллар давомида РШТЁИМФФ шошилинч травматология бўлимида болалардаги билак суяклари дистал қисми синишлари билан жами 162 та бемор ётиб даволанган. Булардан ўғил болалар 112 та (69,1%), қиз болалар — 50 та (30,9%).

Болалардаги билак суяклари дистал қисми синишларида биз қуйидаги даволаш стандартларини қўлладик:

1. Беморлар стационарга келган вақтда синган суяк бўлаклари орасига новокаин 1% эритмасида махаллий оғриқсизлантириш остида ёпиқ усулда репозиция қилиниб, бармоқлар учидан то елка ўрта/3гача тирсак бўғими 90 градус остида гипс лонгета боғлов қўйилди. Бу вақтда жарохат сохадаги шиш унча катта бўлмаганлиги учун репозиция осон ва самарали бўлди. Репозициянинг тўлиқ бўлиши суяк ичи гемодинамикасининг тез тикланишини таъминлайжи ва жарохат атрофида кучайиб борувчи перифокал шишларнинг олдини олади.

2. Гипс лонгета боғлов қўйилгандан сўнг қайта назорат реттенограммаси қилиниб, суяк бўлакларини туриш холати ўрганиб чиқилди. Суяк бўлакларининг йўл қўйса бўладиган силжишлари (суяк кўндаланг диаметрининг 1/3 қисмигача ва 10-15° бурчак остида силжиган ҳолати) боланинг ўсиш жараёнида суяк ўқи тўғриланиши хисобига бартараф бўлади.

3-5- ёки 6-кундан сўнг қайта контрол рентгенограмма қилинилиб, суяк бўлакларининг туриш холати кўрилади ва циркуляр холатда гипс боғлов қўйилиб, бемор амбулатор даволаниш учун чиқарилади.

Қачонки 2 марта ёпиқ репозициядан сўнг контрол рентгенограммада суяк бўлакларининг қониқарсиз холатдалиги, асоратли, очиқ синишлар, юмшоқ тўқималарни ва суяк парчасини суяк бўлакларо интерпозицияси оператив давога кўрсатма хисобланди. Марказимизда асосан билак суяклари очиқ усулда интрамедуляр металло-остеосинтез ва ёпиқ ўчоқсиз Илизаров аппаратида остеосинтезлаш операциялари ўтказилди.

2005-2009 йиллар давомида марказимизда болаларда билак суяклари дистал қисми синишлари билан консерватив усулда 130 та (80,2%) ,оператив йўл билан 32 (19,8%) та бемор даволанди. Булардан ЭОП рентген аппаратида ёпиқ усулда Кришнер спицаси билан металлоостеосинтез, интрамедулляр металлостеосинтез ва Илизаров аппаратида ўчоқсиз остеосинтез амалиётлари бажарилди. Оператив даволанган барча беморларда операция жарохатлари бирламчи битди, иккиламчи асоратлар кузатилмади ва қўл функцияси тўлиқ тикланди.

Хулоса: Болаларда репозицияни қисқа муддатларда ва тўлиқ ўтказилиши, суяк ичи гемодинамикасини тез тикланиши ва перифокал шишларни кучайишини олдини олиб, шифохонада ётиб даволаниш муддатини камайтирди. Бу эса суяк қадоғини тез ва мустахкам бўлишига олиб келади.

ЭТАПНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ПЕДИАТРИИ

Ким К.А., Норузаков Т.Т., Юлчиев Х.М., Габидуллина Ф.А.
Ферганский Филиал РНЦЭМП

У детей переломы ребер при случайной травме встречаются редко и возникают только при действии значительных сил. Механизм травмы, как правило, связан с прямым ударом, либо с травматическим сдавлением грудной клетки. Переломы ребер часто приводят к повреждению внутренних органов грудной клетки (дыхательной, сердечно-сосудистой системы, межреберных сосудов), в частности, к посттравматической пневмонии.

При применении обычных методов лечения пневмония, сопровождающая переломы одного ребра, длилась 10 суток, при лечении по предложенному нами способу - 7-3 суток (при множественных переломах ребер - соответственно 12 и 10 суток).

Несмотря на относительно благоприятное течение, посттравматическая пневмония имеет осложнения. Так, из 64 больных детей, поступивших в течение года с различными травмами, у 2 развилась эмпиема плевры, у 3 образовался абсцесс легкого. Поэтому необходимы профилактические мероприятия, направленные на предотвращение возникновения воспалительного процесса в легких.

Переломы ребер проявляются сильной болью в области повреждения груди при вдохе и выдохе, образованием гематом; кровотечением через верхние дыхательные пути. Чаще всего переломы возникаю по задней и средней подмышечных линиях. Лечение посттравматической пневмонии у детей с переломами ребер включало, во-первых, блокаду поврежденной части грудной клетки (обезболивание). При необходимости выполняли пункцию, эвакуируют скопившуюся в груди кровь. Далее начинали антибиотикотерапию цефалоспоринами из расчета 100-200 мг на 1 кг массы тела, в зависимости от тяжести процесса. Всем больным назначали покой.

Детям с гиперкоагуляционными свойствами крови вводили подкожно гепарин из расчета суточная доза 10 ЕД на кг массы тела каждые 6 ч. На область воспаления назначали электрофорез 30% раствора димексида с 10 тыс. ЕД гепарина, 15 мг гидрокортизона, 0,5 мл новокаина, 2 мл димедрола.

Благодаря такому лечения у больных с закрытой травмой груди воспалительный процесс разрешается быстрее. Так, при сочетании гипервентиляции и введении антикоагулянтов пневмония, вызванная ушибами, длилась в среднем 5-6 суток, без применения этого комплекса - 10 суток.

Таким образом, при лечении посттравматической пневмонии по разработанному нами методу в условиях экстренной педиатрии длительность пребывания больных детей на 3 дня сократилась.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАННЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА С БЛОКИРОВАНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМОЙ

Лазарев А.Ф., Бессонов С.В., Солод Э.И., Аржакова Н.И.
ФГУ ЦИТО им. Н.Н. Приорова, Москва

Тяжесть течения травматической болезни у пациентов с переломами длинных трубчатых костей определяется интенсивностью системного стресс - ответа организма на повреждение костей и мягких тканей. Как известно, выраженность системного стресс - ответа на травму определяется патологической болевой импульсацией из травматического очага (метаболический компонент) и массивным выбросом в кровоток медиаторов воспаления из поврежденных мягких тканей (воспалительный компонент). Ограничение системного ответа на травматическое повреждение является важнейшим фактором профилактики полиорганной недостаточности как крайне тяжелой формы течения травматической болезни у пациентов с переломами длинных трубчатых костей. Триггером метаболического компонента стресс - ответа является нестабильность костных отломков. Это основной источник болевой импульсации. Ограничение метаболического компонента стресс-ответа достигается надежной стабилизацией костных отломков и адекватным обезболиванием. Первичное повреждение мягких тканей во время получения травмы является источником массивного выброса в кровоток медиаторов воспаления. Для ограничения воспалительного компонента стресс - ответа на травму проводится противовоспалительная терапия (нестероидные противовоспалительные средства, производные парацетамола) и дезинтоксикационная инфузионная терапия.

Нет никакого сомнения в том, что наиболее надежным средством стабилизации костных отломков длинных трубчатых костей является накостный и внутрикостный металлостеосинтез. Однако эти методы стабилизации костных отломков не равнозначны в аспекте ограничения стресс-ответа на первичную травму и последующее хирургическое вмешательство. Накостный остеосинтез сопровождается дополнительной и, как правило, достаточно выраженной травматизацией мягких тканей, что усиливает воспалительный компонент системного стресс-ответа. Интрамедуллярный остеосинтез длинных трубчатых костей с блокированием выполняется с минимальной травматизацией мягких тканей, что практически не усиливает воспалительную реакцию.

Среди травматологов традиционны представления о том, что интрамедуллярный остеосинтез усиливает риск развития синдрома жировой эмболии. С нашей точки зрения, нарушение метаболизма нейтральных жиров с образованием капель-эмболов, вызывающих изменение микроциркуляции, является лишь одним из звеньев патогенеза травматической болезни. Этот синдром возникает в остром периоде травматической болезни, либо при проведении интенсивной терапии не в полном объеме, либо в случае ее отсутствия. Описанные случаи возникновения, а скорее всего усугубления тяжести синдрома жировой эмболии после выполнения интрамедуллярного остеосинтез длинных трубчатых костей, является следствием не грамотного ведения периоперационнго периода и, в первую очередь, неадекватного интраоперационного обезболивания.

Проведен анализ частоты возникновения и тяжести течения синдрома жировой эмболии у пострадавших со скелетной травмой, находившихся на лечении в ФГУ "ЦИТО им. Н.Н. Приорова Росмедтехнологии" в 2000-2007 гг. БИОС бедра произведен у 5 больных (8 переломов), все повреждения носили оскольчатый и фрагментальный характер. Показанием к экстренной оперативной стабилизации считали развитие синдрома жировой эмболии. У 2-х пациентов первым этапом был выполнен остеосинтез стержневыми аппаратами наружной фиксации. Все больные после операции наблюдались в реанимационном отделении. В среднем они находились на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в течение 70 суток. Реабилитационные мероприятия (пассивные движения в суставах) начинали с 2-3 суток после операции еще в отделении реанимации. Все 8 переломов срослись в сроки от 2,5 до 6 месяцев.

Таким образом, опираясь на современные представления о патогенезе травматической болезни как системного стресс-ответа на массивное повреждение ткани человеческого организма и крайнего его проявления - полиорганной недостаточности, одним из звеньев которого считается синдромом жировой эмболии, можем заключить, что интрамедуллярный остеосинтез с блокирование длинных трубчатых костей является наиболее надежным средством ограничения как метаболического, так и воспалительного компонентов системного стресс - ответа на травму, обеспечивающим хорошую стабилизацию костных отломков и минимальную травматизацию мягких тканей в процессе его оперативного выполнения.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Лазарев А.Ф., Солод Э.И.
ФГУ ЦИТО им. Н.Н. Приорова, Москва

Цель исследования: изучение результатов лечения больных с переломами вертлужной впадины после закрытого перкутанного малоинвазивного остеосинтеза.

Всем больным с переломами вертлужной впадины производили рентгенографию в прямой, подвздошной и запирательной проекциях, КТ тазобедренного сустава. При отсутствии инородных тел в полости тазобедренного сустава производили перкутанный остеосинтез винтом или спицей с нарезкой 2 мм, проведенным через седалищный бугор в тело подвздошной кости. При переломах передней колонны также под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП) производили фиксацию канюлированным винтом или спицей с нарезкой, которые проводили через тело подвздошной кости в лонную кость. При переломах обеих колонн под контролем ЭОП осуществляли перкутанный остеосинтез задней колонны канюлированным винтом или спицей с нарезкой 2 мм, проведенными через седалищный бугор в тело подвздошной кости, переднюю колонну фиксировали канюлированным винтом или спицей с нарезкой 2 мм, которые проводили через тело подвздошной кости в лонную кость.

В первые сутки после операции больные присаживались в кровати и начинали разработку движений в тазобедренном суставе. На вторые сутки больные могли самостоятельно передвигаться со средствами опоры без нагрузки на поврежденную конечность. Все больные были выписаны из стационара в среднем через 12 дней после остеосинтеза, с возмож-

ностью самостоятельно садиться в кровати или ходить со средствами опоры. Полный объем движений в тазобедренном суставе восстанавливался через месяц после остеосинтеза, не было отмечено случаев смещения отломков и миграции металлоконструкции. Отдаленные результаты прослежены в течение года после операций у 23 больных, у всех выявлено сращение переломов вертлужной впадины с полным восстановлением функции тазобедренного сустава.

Таким образом, закрытый перкутанный остеосинтез переломов вертлужной впадины производится через проколы кожи до 1 см, характеризуется отсутствием дополнительной травмы окружающих тазобедренный сустав мышц, отсутствием кровопотери. Благодаря этому появляется возможность исключения воспалительных осложнений в послеоперационном периоде, ранней активной реабилитации пациентов с их полной медико-социальной адаптацией.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОДТАРАННОГО ВЫВИХА СТОПЫ

Мадрахимов Л.Н., Эргашев М.Б.
Кувинский субфилиал ФФРНЦЭМП

Подтаранный вывих стопы относится к редким повреждениям опорно-двигательного аппарата, что объясняется анатомо-физиологическими особенностями подтаранного сустава.

Как известно, подтаранный сустав, будучи комбинированным, состоит из таранно-ладьевидного и таранно-пяточного суставов, которые имеют мощный связочный аппарат и широкие суставные поверхности при малой амплитуде движений. Сильная и мгновенная травма может привести к подтаранному вывиху стопы. Чаще всего вывих может наступить при падении с высоты на наклонную плоскость с резкий нагрузкой на стопу, фиксированную в положении крайней супинации или пронации. Механизм возникновения вывиха, как правило, непрямой.

Различают внутренний, наружный, передний и задний подтаранные вывихи стопы. Внутренний подтаранный вывих происходит чаще других видов смещений.

Под нашим наблюдением находились 4 больных в возрасте от 20 до 50 лет (3 мужчины и 1 женщина) с подтаранным вывихом стопы, которым оказывалась медицинской помощь в течение последных 7 лет. У всех больных были свежие подтаранные вывихи стопы: внутренний подтаранный вывих стопы - у 3, передненаружный (комбинированный) - у 1 больного.

Клиническая картина свежего подтаранного вывиха стопы весьма характерна. Отмечается резкая деформация стопы дистальнее голеностопного сустава на уровне верхушек лодыжек. При типичном внутреннем вывихе стопа фиксирована в положении резкой супинации под углом до 90 градусов, под кожей выступает наружная лодыжка и головка таранной кости. При наружном подтаранном вывихе стопы деформация выражена меньше, чем при внутреннем. Стопа находится в вальгусном положении. Отчетливо выступает внутренняя лодыжка. Таранная кость ощупывается с внутренней стороны. При переднем подтаранном вывихе отмечается удлинение переднего отдела стопы, при заднем - удлинение заднего отдела стопы. Окончательный диагноз устанавливается по рентгенограммам, сделанным в двух проекциях.

На основании ретроспективного анализа нами установлен следующий стандарт лечения. Вправление подтаранного вывиха стопы должно быть безотлагательным, поскольку промедление приводит к быстрому нарастанию отека и нарушению кровообращения стопы. Устранение смещения стопы в первые часы после травмы, как правило, не представляет значительных трудностей.

Иногда при резко выраженном смещение стопы кнаружи или кнутри сухожилия передней или задней большеберцовой мышцы охватывает головку таранной кости в виде петли и служат препятствием к вправлению вывиха.

Вправление подтаранного вывиха стопы производим под общим обезболиванием. После вправления вывиха и контрольной рентгенографии иммобилизацию конечности обеспечиваем гипсовой повязкой до коленного сустава и производим моделирование свода стопы. Через 8 недель гипсовую повязку снимаем и назначаем восстановительное лечение: активную лечебную гимнастику, массаж, ванночки, физиотерапевтические процедуры. Больным в течение одного года рекомендуем пользоваться супинатором.

Таким образом, подтаранный вывих в силу анатомо-физиологических особенностей стопы является тяжелым, чрезвычайно редким видом повреждением.

В начальных стадиях на фоне полноценной анестезии, подтаранный вывих, как правило, легко устраняется; исключением является интерпозиция сухожилий большеберцовых мышц. При своевременном вправлении вывиха и проведении необходимого лечения можно надеяться на хорошие результаты в ранние сроки.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРА И КОСТЕЙ ТАЗА

Махкамов И.Х., Утешев М.Ш.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Лечение переломов костей таза, сочетанных с переломами других сегментов скелета, является одной из актуальных проблем современной травматологии.

Значимость рассматриваемой патологии обусловлена неуклонным ростом сочетанных и множественных травм в общей структуре травматизма и высоким удельным весом повреждений костей конечностей (92%) и таза

Сочетанные повреждения таза с переломами бедренных костей относятся к одной из самых тяжелых и проблемных видов травм, в структуре сочетанных и множественных повреждений они регистрируются от 4,4 до 12,8%.

Своевременная диагностика и правильное лечение больных с переломами бедра и повреждениями таза имеют не только медицинское, но и социальное значение. Поэтому необходима разработка новой тактики и методов лечения данного контингента больных.

В 2004-2009 гг. в отделении травматологии РНЦЭМП была оказана помощь 81 пострадавшему с сочетанными переломами бедра и повреждениями таза.

Основными причинами травм были дорожно-транспортные происшествия - у 59 (72,8%), кататрамвы - у 17 (20,9%), несчастные случаи в быту - у 4 (4,9%). Открытые переломы диагностированы у 11 (13,5%), закрытые переломы отмечены у 70 (86,5%). Переломы костей таза и конечностей в соче-

тании с повреждениями внутриполостных органов выявлены у 19 (23,4%) пострадавших.

Переломы проксимального отдела бедра имели место у 19 (23,4%), переломы верхней трети – у 21 (25,9%), переломы средней трети – у 26 (32%), переломы нижней трети – у 15 (18,5%) больных.

При распределении больных по характеру повреждения таза мы придерживались классификации группы АО (Muller M., et al. 1990). Больных с повреждением тазового кольца разделили на три группы: тип А – 36 (44,4%), тип В – 24 (29,6%), тип С – 21 (25,9%) человек.

По клинико-анатомическим вариантам сочетания переломов и тактики лечения пострадавшие с переломами бедра и повреждениями таза также были разделены на три группы: 1-я группа – 31 (38,3%) – сочетанные повреждения костей таза типа А и В (переломы стабильные с минимальным смешением – 19 и ротационно-нестабильные, но вертикально стабильными повреждениями – 12) с переломами бедра по классификации АО типа А. 2-я группа – 27 (33,2%) – сочетание повреждений костей таза типа В и С (ротационно-нестабильные, но вертикально стабильные повреждения – 16, повреждения с ротационной и вертикальной нестабильностью таза –11) и переломов бедра по классификации АО типа В и С. 3-я группа – 23 (28,4%) – повреждения костей таза С тип (повреждения с ротационной и вертикальной нестабильностью таза и переломы бедра по классификации АО типа С).

Нами разработана тактика лечения повреждений таза с переломами бедра, которая базируется на двух показателях - тяжести состояния и тяжести повреждения. По нашему мнению, принципиальным положением является то, что все переломы бедер с сочетанными повреждениями таза должны стабилизироваться в раннем периоде травматической болезни, при наличии объективных условий и показаний. У пострадавших 1-й группы при стабильном или условно стабильном состоянии для стабилизации повреждений бедра использовали погружной интра-экстрамедуллярный остеосинтез (в течение первых трех суток), а повреждения таза лечили консервативно. При повреждении внутренних органов остеосинтез бедренной кости выполняли последовательно после устранения доминирующей патологии.

Во 2-й группе при декомпенсированном состоянии (шок III-IV ст.), применяли наименее травматичные методы на основе чрескостного остеосинтеза. С целью противошоковой терапии и остановки кровотечения из костей таза производили стабилизацию таза стержневыми аппаратами, а переломы бедренной кости иммобилизировали временными гипсовыми лангетами или наложением системы скелетного вытяжения. В последующем, после выведения больных из шока и стабилизации состояния, бедренную кость стабилизировали методом погружного интра-экстрамедуллярного остеосинтеза.

Лечение наиболее тяжелых больных 3-й группы проводили в следующем порядке; при стабильном состоянии больных в течение первых трех суток производили стабилизацию таза и бедра с использованием малоинвазивных и атравматичных методов с помощью разработанного в клинике спице-стержневого аппарата "таз-бедро".

Таким образом, активная тактика с применением малоинвазивных методов лечения переломов бедренной кости в сочетании с переломами костей таза выглядит достаточно обоснованной. Совмещение сроков консолидации и реабилитации способствовало получению положительных функциональных результатов, что позволило значительно сократить количество больных с тяжелыми последствиями повреждений опорно-двигательного аппарата.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ТРАВМЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель работы - усовершенствование специализированной помощи пострадавшим с тяжелой огнестрельной травмой нижних конечностей (ТОТНК), разработка стандартов профилактики и лечения гнойно-некротических осложнений.

С 2000 по 2009 гг. в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП на лечении находились 12 больных с тяжелой огнестрельной травмой нижних конечностей. Мужчин было 11 (91,7%), женщин - 1 (8,3%), средний возраст 35 лет.

Огнестрельная травма на уровне бедра имела место у 6 (50%) пострадавших, на уровне голени - у 3 (25%), на уровне стопы - у 3 (25%) больных.

Тяжесть состояния пострадавших с ТОТНК при их поступлении была обусловлена как местными, так и общими симптомами: массивным кровотечением из магистральных сосудов или их тромбозом, переломом костей, сердечно-сосудистыми расстройствами. Следует отметить, что тяжесть состояния больных была обусловлена не только тяжестью полученной травмы, но и различными ошибками, допущенными на догоспитальном этапе. Из общего числа пострадавших 8 (66,7%) были в тяжелом состоянии, у них имелся шок II-III степени. Противошоковые мероприятия в этой группе раненых начинались в шоковом зале и продолжались непосредственно в операционной перед введением в наркоз и в ходе оперативного вмешательства.

Специализированная помощь пострадавшим с ТОТНК заключалась в радикально-сберегательной хирургической обработке ран с иссечением тканей в зоне молекулярного сотрясения, дифференцированного восстановления поврежденных функционально-значимых структур нижней конечности, адекватного дренирования ран, а также ранней пластике мягкотканных дефектов.

Остеосинтез переломов бедренной костей производился штифтами, при переломах костей голени выполнялся интрамедуллярный остеосинтез спицами или фиксация пластинами, остеосинтез переломов и вывихов костей стопы производился спицами Киршнера.

По окончании остеосинтеза ушивались мышцы, сухожилия, нервные стволы по общепринятой методике. При повреждении сосудов циркулярный шов выполнен у 4 пострадавших, у 3 произведено обходное аутовенозное шунтирование, при этом шунт проводили в зоне наименьшего молекулярного сотрясения. Для предупреждения их послеоперационного сдавления выполнялась декомпрессионная фасциотомия. На раны накладывались редкие наводящие швы или рана велась открыто. У 2 больных в связи с тяжелым огнестрельным ранением бедра с обширным дефектом тканей произведена первичная ампутация конечностей.

После операции травмированная конечность иммобилизировалась гипсовой лонгетой, ей придавалось возвышенное положение.

В 1-й фазе раневого процесса местная терапия была направлена на санацию раны (этапные хирургические обработки ран, промывание и орошение полости ран антибиоти-

ками и ферментами и др.), создание условий для последующих восстановительных вмешательств.

Во 2-й фазе - укрытие образовавшихся дефектов мягких тканей конечности с помощью различного рода пластических операций.

Летальных исходов не наблюдалось. Гнойно-некротические осложнения ран развились у 2 (16,7%) пострадавших, тромбоз сосудистых анастомозов - у 1 (8,3%). При ампутациях конечностей были сформированы функционально пригодные культи, гнойно-некротические осложнения были предупреждены.

Течение и исход раневых процессов после ТОТНК показали высокую эффективность разработанных стандартов профилактики и лечения гнойно-некротических осложнений. Практически у всех больных были устранены дефекты мягких тканей нижней конечности.

Таким образом, предложенные стандарты профилактики и лечения гнойно-некротических осложнений при тяжелой огнестрельной травме нижних конечностей позволяют достичь положительных исходов и свести до минимума тяжелые последствия данного рода повреждений.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАННЕЙ ПЕРВИЧНОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖЕНИЙ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ

Машарипов Ж.К., Машарипов К., Шукруллаев М.Б.
Хорезмский филиа РНЦЭМП

Лечение открытых переломов остается актуальной проблемой, что связано с ростом травматизма и увеличением тяжести травмы. По данным литературы, нагноение ран после проведения первичной хирургической обработки открытых переломов встречается в 8,5 - 18,3%. Несмотря на широкое развитие оперативных методик при открытых переломах длинных костей, часто после проведения первичной хирургической обработки ран ограничиваются наложением скелетного вытяжения и гипсовой повязки, что не обеспечивает стабильности костных отломков.

Цель настоящего сообщения – оценка результатов оперативных вмешательств у больных с открытыми переломами костей конечностей с применением аппаратов внешней фиксации (спицевые, стержневые и спице-стержневые). Под нашим наблюдением находились 55 больных с открытыми переломами костей голени, лечившихся в травматологическом оделении Хорезмского филиала РНЦЭМП в 2000 -2008 гг., которым выполнена первичная стабилизация костных отломков в экстренном порядке. Все больные были трудоспособного возраста - от 18 до 50 лет. Мужчин было 39 (70,9%), женщин 16 (29,1%). 32 (58,1%) больных травму получили в результате автоаварии, 14 (25,4) – при падении с высоты, 4 (7,2%) – из-за сдавления нижней конечности, спортивные мототравмы были у 2 (3,6%), сельхозтравмы – у 5 (9%). У 19 (34,5%) больных тяжесть состояния усугублялась сопутствующей черепно-мозговой травмой и травматическим шоком I-II степени. Первичный одномоментный стабильный остеосинтез выполняли при адекватном анестезиологическом пособии в первые часы после поступления, а в некоторых случаях после выведения больного из состояния шока. Для осуществления первичного стабильного остеосинтеза в ургентном порядке у 12 (21,8%) применяли стержневые аппараты, у 21 (38,1%) - аппарат Илизарова, у 11(20%) - спице - стержневые аппараты.

Важным моментом в лечении открытых переломов костей является радикальная первичная хирургическая обработка кожно - мышечно - костной раны и интероперационное введение антибиотиков широкого спектра действия. Принцип ранней первичной хирургической обработки по-прежнему остается незыблемым, основным элементом ее являются рассечение раны и иссечение нежизнеспособных тканей, тщательное промывание раневой поверхности антибиотиками и антисептиками, удаление инородных тел. После этого накладывается аппарат внешней фиксации. Выбор аппарата и способа фиксации костных отломков зависит от локализации и характера перелома. При поперечных и поперечно - зубчатых переломах диафиза кости выполняли остеосинтез стержневыми аппаратами, при оскольчатых переломах применяли спицевые и спице - стержневые аппараты.

Особенностью и основным преимуществом послеоперационного периода у больных после ранней репозиции и стабилизации костных отломков аппаратами внешней фиксации были раннее исчезновение отека травмированных сегментов и восстановление мобильности.

В послеоперационном периода всем больных проводилось комплексное медикаментозное и физио - функциональное лечение. У всех больных удалось добиться первичного заживления раны мягких тканей.

Таким образом, первичный стабильный остеосинтез аппаратами внешней фиксации при открытых переломах длинных костей и раннее в/в введение антибиотиков широкого спектра действия служат важными факторами, обеспечивающими возможность раннего функционального лечения поврежденного сегмента, а также сопутствующих повреждений, снижают риск инфекционных осложнений, способствуют достижению хороших анатомических и функциональных результатов.

НАШ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Машарипов К.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Технический прогресс, увеличение числа транспортных средств и общей активности индивидуумов влечет за собой рост травматизма и усложняет характер и течение полученных травм.

В травматологическом отделении Хорезмского филиала РЦЭМП в 2004 - 2009 гг. по поводу переломов длинных костей на оперативном лечении находились 347 больных. После проведенного остеосинтеза ближайшие осложнения в виде нагноения послеоперационных ран наблюдались у 12 больных. 4 из них с открытыми переломами костей голени был произведен компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратом Илизарова. 2 больным с переломом плечевой кости был выполнен накостный остеосинтез плечевой кости пластиной. У 5 больных с переломом бедренной кости осуществлен интрамедуллярный остеосинтез штифтом и у 1 больного также интрамедуллярный остеосинтез лучевой кости спицами.

Причину столь ранних воспалительных явлений мы связываем с тяжестью и характером полученной травмы, объё-

мом перенесенного оперативного вмешательства, снижением иммунитета и сопротивляемости организма к микроорганизмам.

С целью купирования имевшегося состояния проводили частые перевязки (до 4 раз в день) с достаточным обеспечением оттока выделений, механической обработкой ран растворами перекиси водорода, фурацилина, бетадина, обкалывания вокруг ран растворами антибиотиков широкого спектра действия (цефалоспорины III поколения), ультравысокочастотной физиотерапией на область раны после предварительного посева на возбудителя и определения его резистентности к антибиотикам. При бактериальном исследовании часто высевались золотистый стафилококк, грибы Кандида, E. coli. Микрофлора была наиболее чувствительна была к антибиотикам цефалоспоринового ряда (зинацеф, цефобид), аминогликозидам (меркацин), противогрибковым препаратам (дифлюкан, дифлюзол).

Благодаря примененной тактике лечения послеоперационных осложнений мы смогли достичь удовлетворительного результата с купированием раневого процесса в сроки до 1 месяца. С целью профилактики возможных повторных воспалительных явлений проводились антибиотикотерапия, витаминотерапия в таблетированной форме каждые 3 месяца до удаления металлоконструкции (до 2 лет). После сращения переломов металлоконструкция удалялась без повторных осложнений.

Таким образом, предлагаемый принцип ведения больных позволяет достичь купирования раневого процесса при ранних стадиях его развития с сохранением металлоконструкции.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗ- И НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Машарипов Ф.А., Мусаев Т.С., Толипов Н.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

По разным данным, дети с чрез - и надмыщелковыми переломами плечевой кости составляют около 40% от общего числа стационарных больных. До настоящего времени вопрос о выборе рационального метода лечения, позволяющего избежать таких осложнений, таких как вторичное смещение, посттравматические невриты, расстройства кровообращения, неправильно сросшиеся переломы и развитие контрактур локтевого сустава, продолжает вызывать споры различных способов лечения, ряд авторов указывают на целесообразность использования традиционного консервативного метода, который заключается в закрытой ручной репозиции костных отломков с последующей иммобилизацией гипсовой лонгетой.

Нами проанализированы результаты консервативного лечения 329 больных в возрасте от 1 до 14 лет с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости, находившиеся в отделении детской травматологии РНЦЭМП в 2006-2009 гг. Чрезмышелковые переломы имели место у 314 (95,4%) детей, надмыщелковые- у 15 (4,6%). Экстензионные переломы встречались у 290 (88,1%) больных, флексионные - у 39 (11,9 %). 297 детей (90,3 %) поступили в стационар со свежей травмой (до суток), через сутки - 32 (9,6 %) больных. У 77 (23,4 %) больных с переломами без смещения или с незначительным смещением в допустимых пределах лечение заключалось в наложении задней гипсовой лонгеты от основания пальцев кисти до верхней трети плеча сроком на 18-21 дней. 252 (76,6 %) больным с чрезмышелковыми переломами плечевой кости со смещением костных отломков произведена закрытая ручная репозиция с последующим наложением задней гипсовой лонгеты. С учетом смещения костных отломков процесс репозиции включал следующие моменты: в первую очередь устраняли ротационное, затем боковое и в последнюю очередь передне-заднее смещение. У 165 (65,5 %) пострадавших со свежими переломами, когда еще не наблюдался значительный отек в области локтевого сустава, закрытое ручное вправление костных отломков с первого раза увенчалось успехом. При успешном сопоставлении костных фрагментов на 4-5 сутки производили контрольную рентгенографию. У 63 (25 %) больных со вторичным смещением костных отломков пришлось произвести повторную закрытую репозицию. Сроки пребывания больных в стационаре в среднем составили 5 койко-дней.

Изучение ближайших результатов показало, что функциональный исход после консервативного лечения у большинства пациентов благоприятный. Однако у 14 (4,3 %) больных развилась варусная деформация локтевого сустава в результате неустраненного ротационного смещения и смещения периферического отломка в ульнарную сторону. У 1 больного младшего возраста с чрезмышелковым переломом без смещения костных отломков по мере роста ребенка сформировалась варусная деформация локтевого сустава. По-видимому, причиной деформации в данном случае стало раздражение или повреждения дистальной эпифизарной ростковой зоны плечевой кости.

Таким образом, чрез- и надмыщелковые переломы плечевой кости, являющиеся наиболее частыми повреждениями у детей, требуют индивидуального подхода к выбору метода лечения, что позволяет добиться благоприятного исхода.

СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ЧРЕЗ- И НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Мусаев Т.С., Машарипов Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Чрез- и надмыщелковые переломы плечевой кости у детей часто приводят к различным осложнениям локтевого сустава. Более чем 80% случаев эти повреждения сопровождаются смещением костных отломков, что требует проведения репозиции. В зависимости от сочетания перелома плечевой кости с повреждением нервно-сосудистого пучка выделяют осложненные и неосложненные переломы.

При оказании неотложной специализированной помощи при осложненных формах данного повреждения важную роль играет разработка стандартов лечебно-диагностических мероприятий (ЛДМ).

Целью работы был анализ результатов лечения и разработка ЛДМ осложненных чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей.

В 2006 - 2009 гг. в отделении детской травматологии РНЦЭМП на лечении находились 548 больных с чрез- и надмыщелковы-

ми переломами плечевой кости, что составило 63,5% от всех повреждений локтевого сустава. Наибольшее количество переломов отмечалось в возрасте от 4 до 10 лет. Консервативный метод лечения использован у 329 (60%) детей, оперативный - у 221 (40%). Осложненные формы чрез- и надмыщелкового перелома плечевой кости имели место у 59 (10,7%) детей.

Наблюдали 59 детей с осложненными формами чрез- и надмыщелкового перелома плечевой кости. Повреждения периферических нервов диагностировали на основании нарушений двигательной, чувствительной и вегетативно-секреторной функций. Повреждения нервов были у 46 (8,3%) больных, из них локтевого - у 10 (21,7%), лучевого - у 13 (28,3%), срединного - у 14 (30,4%), одновременно локтевого и срединного - у 9 (19,6%). Сосудистые нарушения выявлены у 13 (2,4%) больных. Согласно разработанным в клинике РНЦЭМП стандартам лечебно-диагностических мероприятий пострадавшие дети с осложненными чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости вначале осматривались в травмпункте травматологом. При подозрении на повреждение нервно-сосудистого пучка больным проводили комплекс диагностических мероприятий. Для диагностики повреждения плечевой артерии в области перелома исследовался характер пульса на a. radialis клинически и путем пульсоксиметрии. При отсутствии или ослаблении пульсации на лучевой артерии, при снижении амплитуды пульсовой волны на пульсоксиметрии больного осматривал ангиохирург. Далее с целью определения кровотока плечевой артерии производили цветное дуплексное сканирование. Тактика лечения предусматривала использование хирургических методов фиксации костных отломков. Основным показанием к выполнению хирургического лечения являлась диагностированная интерпозиция нервно - сосудистого пучка. Оперативное лечение выполнено в экстренном порядке совместно с сосудистыми хирургами 12 (4,73 % больных. При этом первично производили стабилизацию костных отломков аппаратом Илизарова и после чего выполняли ревизию область перелома с артериолизом плечевой артерии и невролизом лучевого и срединного нерва. у 57 (96,6%) больных. У них наблюдалась отчетливая пульсация на a. radialis, полное восстановление двигательной и чувствительной функций на пальцах кисти. Неудовлетворительные результаты отмечены у 2 (4,4%) больных: у 1 наблюдалась клиника ишемической контрактуры пальцев кисти, еще у 1 клиника паралича срединного нерва из-за не диагностированного ущемления сосудисто-нервного пучка между костными отломками плечевой кости.

Таким образом, применение лечебно-диагностических стандартов приводит к своевременному и качественному оказанию помощи детям с осложненными чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости и помогает предупредить возникновение тяжелых осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТОВ НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

Мусаев Т.С., Толипов Н.Н. Машарипов Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В последние годы отмечается увеличение числа тяжелых травм и частоты осложнений при переломах костей голени у детей, что ведет к росту детской инвалидности. Это связано с недостаточной разработкой методов и принципов лечения переломов этой локализации.

В 2006-2009 гг. в отделении детской травматологии РНЦЭМП хирургическому лечению по поводу переломов костей голени подвергнуты 70 больных с открытыми переломами, со значительными смещениями костных отломков, с подозрением на наличие интерпозиции или после безуспешного консервативного лечения. У 19 (27,2%) пострадавших произведен остеосинтез костей голени аппаратом Илизарова, у 43 (61,5%) - спице-стержневым аппаратом наружной фиксации (АНФ), у 4 (5,7%) - стержневым компрессионно-дистракционным аппаратом наружной фиксации нашей клиники, у 2 (2,8%) - фиксация спицами, у 2 (2,8%) остеосинтез пластинами. В срочном порядке (до 2 суток с момента госпитализации) оперативные вмешательства выполнены 59 (84,3%) пациентам, в отсроченном порядке оперированы 11 (15,7%). Новый стержневой компрессионно-дистракционный аппарат для лечения диафизарных переломов костей голени, разработанный в нашей клинике, содержит штангу из композитного материала, состоящую из двух частей, соединенных между собой компрессионно-дистракционным винтом, стержней и фиксаторов, причем обе части опорной штанги оснащены двумя блоками фиксаторов, каждый из которых состоит из основного фиксатора, соединенного с опорной штангой, дополнительного фиксатора, соединенного с основным фиксатором, и фиксатора стержня, соединенного с дополнительным фиксатором. Анализ результатов лечения больных с использованием спице-стержневого АНФ показал, что во-первых, система внешних опор позволяет смонтировать его в более короткий промежуток времени, чем аппарат Илизарова, что очень важно для спасения жизни пострадавшего ребенка особенно при тяжелых сочетанных повреждениях. Во-вторых, надежная иммобилизация является, с одной стороны, противошоковым мероприятием, а с другой, предотвращает развитие различных осложнений, таких как жировая и тромбоэмболия, вторичное смещение костных фрагментов с неправильным их сращением, что часто возникает при консервативных методах лечения (гипсовая повязка, скелетное вытяжение и т.д.). В третьих, с помощью современного оборудования (ЭОП) появилась возможность контролировать визуально репозицию костных отломков, стабилизировать перелом длинных трубчатых костей и костей таза с применением спице-стержневых АНФ в первые часы после травмы закрытым способом. При достаточной стабилизации перелома со следующего дня после операции с применением спице-стержневых АНФ начинали разработку движений в смежных с поврежденным сегментом суставах, а через 5-7 дней ходьбу с помощью костылей с дозированной нагрузкой на поврежденную конечность. Результаты наших наблюдений свидетельствуют об эффективности спице-стержневых АНФ.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ФУНКЦИОНАЛЬНО-СТАБИЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА И ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

Мусаев Т.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Под малоинвазивными функционально-стабильными методами фиксации понимают не только и не столько косметичные интраоперационные доступы, сколько отсутствие оперативного доступа в зоне перелома и в связи с этим отсутствие дополнительной травматизации мягких тканей и надкостницы.

Такой остеосинтез способствует ранней активизации больного, позволяет избежать длительного вынужденного положения, значительно снижает время пребывания ребенка в стационаре, укорачивает период восстановительного лечения и т.д.

Наше сообщение основано на результатах лечения 52 больных детей с диафизарными переломами бедренной кости и костей голени, у которых был применен малоинвазивный функционально-стабильный остеосинтез (МФСО). Мальчиков было 37 (70%). В возрасте от 4 до 7 лет было 17, от 8 до 11 лет - 21, от 12 до 15 лет - 14 детей. Все больные находились в отделении детской травматологии РНЦЭМП в 2006 - 2009 гг. В качестве фиксатора использованы спице-стержневой аппарат внешней фиксации, разработанный НИИТО МЗ РУз, и стержневой компрессионно-дистракционный аппарат для лечения диафизарных переломов длинных костей разработки нашей клиники. У 39 детей был применен аппарат НИИТО МЗ РУз, из них 15 с переломами бедра и 24 - костей голени. Аппарат нашей клиники использовался у 13 больных с 2009 г., из них у 5 с переломами бедра и у 8 - костей голени.

Показаниями к применению малоинвазивного функционально-стабильного остеосинтеза явились поперечные, короткие косые и оскольчатые переломы.

Техника выполнения МФСО заключалась в следующем: под общим наркозом, под контролем электронно-оптического преобразователя производилась ручная репозиция костных отломков, после достижения удовлетворительного положения последних осуществлялась фиксация поврежденного сегмента выбранным аппаратом без обнажения места перелома. Хронометраж оперативного вмешательства показал, что время операции при применении МФСО не превышает в среднем 25-30 минут.

Средние сроки стационарного лечения составили 4 - 7 дней в зависимости от общего состояния больных. Контрольные осмотры больных с рентгенологическим исследованием с целью определения степени консолидации перелома выполняли через 1,5 - 3 месяца с учетом возраста ребенка и характера перелома.

Консолидация перелома в обычные сроки наступила у всех 52 больных. Полная функция конечности восстановилась у 95,5 % детей.

Таким образом, малоинвазивность и, как правило, небольшая продолжительность вмешательства, достаточная фиксация, приводящая к отказу от традиционной иммобилизации гипсовыми повязками и, как следствие, ранняя активизация больного позволяют считать остеосинтез МФСО альтернативным методом лечения переломов бедра и голени у детей.

ОСОБЕННОСТИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Наврузов С.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В структуре травм детского возраста чаще встречаются повреждения верхней конечности, в том числе и открытые переломы (ОП) длинных трубчатых костей верхней.

В отделении детской травматологии РНЦЭМП за период с 2007 по 2009 гг. под нашим наблюдением находились 86 детей с ОП костей верхней конечности, из них с ОП плеча 8, предплечья 78. Согласно рабочей классификации ОП длинных трубчатых костей ТашПМИ (1994), все дети были разделены на 3 группы: 1-я – с ОП лёгкой степени (при размерах раны ОП до 1/4 диаметра повреждённой конечности) – 65 (все с ОП костей предплечья), 2-я – с ОП средней степени тяжести (при размерах раны ОП от 1/4 до 1/2 диаметра повреждённой конечности) – 18 (13 детей с ОП предплечья и 5 с ОП плечевой кости) , 3-я – с ОП тяжёлой степени (при размерах раны ОП более 1/2 диаметра повреждённой конечности) – 3 (все с ОП плеча).

Причинами ОП в основном являлась кататравма (падение с высоты), реже дорожно-транспортное происшествие и железнодорожная травма (1). В случаях ОП тяжёлой степени причиной являлся тракционно-отрывной механизм травмы с размозжением краев раны мягких тканей (в 1 ДТП, 1 - падение с высоты 5 этажа, 1 - железнодорожная травма).

Медицинская помощь детям с ОП длинных трубчатых костей оказывалась в экстренном порядке и включала хирургической пособие: хирургическую обработку раны, репозицию и фиксацию костных отломков, экстренную профилактику столбняка, антибактериальную терапию, симптоматическую терапию, стимуляцию репаративной регенерации.

При ОП легкой степени у 65 детей с ОП предплечья с удовлетворительным состоянием окружающих мягких тканей и небольшой загрязненностью раны производились туалет раны или первичная хирургическая обработка (ПХО) раны, после чего производилась закрытая репозиция и накладывалась гипсовая повязка. Эти мероприятия проводились под местной анестезией: 0,5-1,0% раствором новокаина в возрастных дозировках. При ОП средней степени тяжести у всех детей под общим обезболиванием выполнялась ПХО раны, открытая репозиция костных отломков. Иммобилизация костных отломков ОП предплечья осуществлялась остеосинтезом спицами Киршнера или Илизарова и наложением гипсовой повязки (12). При ОП плечевой кости у 5 больных с целью иммобилизации костных отломков накладывался аппарат Илизарова по методике УзНИИТО. У 1 пациента с инфицированным переломом костей предплечья, поступившего на 3 сутки после травмы и лечения по месту жительства, была проведена отсроченная хирургическая обработка и наложение аппарата Илизарова.

При ОП тяжёлой степени плечевой кости у 1 ребёнка после падения с 5 этажа была проведена ПХО раны с наложением аппарата Илизарова. В одном случае травматической ампутации на уровне нижней трети плеча после ДТП совместно с сосудистыми хирургами произведена реплантация, ПХО раны, восстановление сосудистого пучка, остеосинтез штифтом Богданова с укорочением плечевой кости на 3 см, с це-

лью ослабления натяжения в области сосудистого шва. У 1 ребёнка после железнодорожной травмы с травматической ампутацией на уровне верхней трети правого плеча и уровне средней трети левого предплечья имплантация не была проведена из-за нежизнеспособности отчленённых сегментов, проведена ПХО ран с формированием ампутационных культей.

В комплекс лечения 5 детей с ОП средней и тяжёлой степени были включены сеансы ГБО.

Таким образом, среди ОП верхней конечности преобладают повреждения костей предплечья, в основном лёгкой степени. Выбор оптимальной хирургической тактики зависит от степени тяжести ОП. ОП средней степени тяжести и тяжёлые требуют выполнения ПХО под общим обезболиванием. При травматических ампутациях обязательно участие сосудистых хирургов для определения тактики лечения.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНЫМ ДЕЛИРИЕМ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛЫЕ ТРАВМЫ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Насивалиев И.М., Махмудов Н.И., Уринов У.Б.
Ферганский филиал РНЦЭМП

За 10 лет работы в ФФРНЦЭМ мы наблюдали 38 больных с алкогольным делирием, перенесших тяжелые травмы опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Как известно, из числа получивших травмы около 20% постоянно употребляют спиртные напитки, а 5% страдают хроническим алкоголизмом, хотя на учёте в наркологическом диспансере состоят лишь единицы. Поэтому такое осложнения, как делирий не является редкостью. Достаточное число пострадавших получают травму, уже находясь в состоянии делирия: под влиянием "голосов" они выбрасываются из окон многоэтажных домов, однако у большинства делирии развивался при нахождении в палатах интенсивной терапии (ПИТ) более суток. У пострадавших с сочетанной травмой делирий чаще всего носит смешанный характер. Основную роль играет алкогольная абстиненция, но к ней присоединяются факторы тяжелой травмы (кровопотеря, поступление в кровяное русло продуктов распада тканей , боль), биохимические нарушения гомеостаза (гиперкальциемия), инфекционные осложнения (пневмония ,сепсис и др).

Делирий значительно затрудняет лечение повреждений, прежде всего ОДА. Пострадавший возбужден, не ориентирован, пытается в стать, срывает вытяжения, выдергивает катетеры, дренажи. Даже будучи привязанным он может нанести себе дополнительные серьёзные повреждения (например, проколоть отломком бедра мышцы и кожу. и превратить закрытый перелом в открытый). Делирий обычно начинается с предвестников в вечернее и ночное время. Пострадавший перестаёт ориентироваться в месте, времени, окружающей обстановке (заговаривается), лицо краснеет, делается как бы "сальным" вследствие повышенного потоотделения, движения рук суетливые, больной ощупывает, обирает себя, перебирает складки белья. В развернутой стадии делирия нарастают двигательное возбуждения, пострадавший пытается встать, выдёргивает дренажи, катетеры, выкрикивает отдельные слова, разговаривает с созданными галлюцинациями образами. Галлюцинации при делирии яркие и носят устрашающий характер: чудовища, звери, крысы, черты, которые могут быть либо гигантского, либо микроскопического размера. При диагностике делирия важно выявить его ещё на стадии предвестников. Персонал должен внимательно следить за пострадавшим из группы риска, особенно в вечернее и ночное время, подробно беседовать с ним по нескольку раз и при проявлении расстройств поведения немедленно вызвать дежурного врача, по назначению которого начать проводить комплекс профилактических мероприятии. С профилактической целью мы внутривенно вводили 20-40 мг диазепама (реланиума) или внутримышечно 10-20 мг галоперидола. Для дезинтоксикации переливали внутривенно капельно 1500- 2000 мл солевых растворов и глюкозы и в конце вливания 40-60 мг фуросемида. Транквилизаторы и дезинтоксикационные средства вводили в течение не менее трёх суток.

Верными признаками прекращения делирия являются устранение бессонницы и восстановления ориентирования в месте , времени и обстановке.

В тех случаях, когда прервать начинающийся делирий не удаётся, симптоматика нарастает, пострадавшего с сочетанной травмой возвращали в реанимационное отделение для проведения круглосуточной интенсивной терапии или создовали индивидуальные посты в травматологическом отделении с привлечением токсиколога, психиатра и круглосуточной пост обученных медсестёр.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Низамходжаев Ф.М., Тиляков А.Б.
Ташкентский областной центр экстренной медицинской помощи

Среди всех травм опорно-двигательного аппарата у детей повреждение верхней конечности составляет 45-60%. Переломы проксимального отдела плечевой кости наблюдаются в 20-30% случаев от всех повреждений плечевой кости. Основным методом лечения переломов проксимального конца плечевой кости у детей является консервативны. С его помощью чаще всего удается добиться хороших анатомических и функциональных результатов. Однако наши наблюдения и данные ряда авторов показывают, что удовлетворительное вправление смещенных костных отломков ручным способом удается не всегда.

Нами проанализированы результаты лечения 12 детей с переломами проксимального отдела плечевой кости со смещением костных отломков, находившихся в отделении травматологии ТОЦЭМП в 2009-2010 г.

Нами применялся метод открытой репозиции с последующим наложением аппарата Илизарова. После сопоставления костных отломков фиксация проводилась двумя взаимно перекрещивающимися спицами Киршнера. Спицы проводились чрескожно, отступя от раны на 4-5 см, сверху вниз, из центрального отломка в проксимальный. После этого, в сагиттальной плоскости в верхней трети плечевой кости проводились две параллельные спицы Киршнера, которые фиксировались на одном полукольце Илизарова. Перекрещивающиеся спицы Киршнера также фиксировались на аппарате Илизарова с помощью дополнительных штанг. При этом ме-

тоде из-за стабильной фиксации костных отломков дополнительной иммобилизации конечности гипсовой повязкой не требовалось.

Движение пальцев кисти оперированной конечности начинали с первого же дня после операции, движение в локтевом суставе с 3-4 дня. Разработка движений в плечевом суставе начиналось с 7 дня. Спицы удалялись после подтверждения консолидации рентгенологическим контролем на 21-28 день.

Ближайшие результаты прослеженные нами у всех больных до 3 месяцев, расценены как хорошие: у больных отсутствовали деформация, боли, объем движений в суставе, полностью восстановился.

В заключение следует сказать, что при невозможности сопоставления костных отломков консервативным путем необходимо оперативное лечение. Одним из наиболее простых и надежных методов фиксации отломков при переломах хирургической шейки плеча у детей является открытая репозиция костных отломков и последующая фиксация их аппаратом Илизарова.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ L-ЛИЗИНА ЭСЦИНАТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ражабов О.С., Машарипов К.М., Жаббаров К.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

В последние десятилетия рост промышленности, увеличение автомобильного парка, урбанизация населения привели к росту количества травм опорно-двигательного аппарата. Зачастую переломы носят открытый характер и выделяются своей сложностью за счет повреждения не только костной структуры, но и мягких тканей. Цель оперативного вмешательства - не только восстановление анатомической структуры конечностей, но борьба с отеком, болевым синдромом и другими воспалительными явлениями, которые на сегодняшний день остаются актуальной проблемой хирургии.

Цель исследования: изучение влияние препарата L-лизина эсцината на послеоперационный отёк тканей у травматологических больных.

Под нашим наблюдением находились 62 больных в возрасте от 17 до 47 лет, оперированных на конечностях. Мужчин было 47, женщин-25. Контрольную группу составили 32 пациента. Всем больным в послеоперационном периоде, на фоне антибактериальной и обезболивающей терапии per os назначали аспирин 1/4 таб. 1 раз в сутки. При клиническим исследовании было выявлено, что отёчность параоперационных мягких тканей уменьшилась до объёма здоровой конечности в среднем на 10-11 сутки, а болевой синдром послеоперационной раны - среднем на 6-7 сутки.

Основную группу составили 30 пациентов. Всем больным на фоне описанных мероприятий назначали L-лизина эсцината по 5 мл 2 раза в сутки. Отёчность параоперационных мягких тканей у них уменьшилась до объёма здоровой конечности в среднем на 5-6 сутки, а болевой синдром послеоперационной периоде - на 3 сутки.

Следует отметить и тот факт, что помимо локального воздействия L-лизина эсцината, пациенты отмечали улучшение общего состоянии, сна, уменьшалась зависимость от анальгетических препаратов.

Таким образом, применение L-лизина эсцината в послеоперационном периоде у травматологических больных на фоне общепринятых мероприятий позволяет в кратчайшие сроки уменьшить отёчность параоперационных мягких тканей и болевой синдром. Помимо этого улучшается общее состояние пациентов.

ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРА И ГОЛЕНИ

Сафаров М.Н., Жаббаров Ж.Ю.
Бухарский филиал РНЦЭМП

В последние годы качественно изменилась структура травматизма в сторону увеличения тяжелых множественных и сочетанных повреждений, частота которых достигает 64,7%.

Большое значение придается способам фиксации костных отломков при множественных переломах, так как больные с этими повреждениями требуют проведения срочных жизнеобеспечивающих мероприятий. Несмотря на активную тактику ведения пострадавших (ранний стабильный остеосинтез), мероприятия, направленные на улучшение реологических свойств крови, предотвращение жировой и тромбоэмболии, летальность колеблется от 1,5 до 16%.

Мы располагаем опытом лечения 19 больных с одновременными переломами бедра и голени в возрасте от 16 до 70 лет. Односторонние переломы бедра и голени отмечались у 15 пострадавших, перекрёстные переломы были у 4. У всех пострадавших наблюдался травматический шок различной степени, что требовало проведения противошоковых мероприятий. Кроме того, у 6 пострадавших имела место сочетанная черепно-мозговая травма различной степени тяжести, что требовало адекватного выбора способа анестезии для проведения оперативного вмешательства. После проведения противошоковых мероприятий и клинико-рентгенологических исследований совместно с анестезиологом решался вопрос о сроках и объёме оперативного вмешательства. В отсроченном порядке в сроки от 3 до 7 суток больным проведён экстрамедуллярный остеосинтез пластинами Ассоциации остеосинтеза (АО). С целью сокращения продолжительности операции остеосинтез бедра и голени осуществляли 2 бригады врачей. В послеоперационном периоде проводилась стандартная терапия. В комплексном лечении компартмент-синдрома применялся препарат L-лизина эсцинат. Сроки пребывания пациента в стационаре в среднем составляли 12±0,2 койко-дня. Активизированы пациенты на 60±0,6 дня.

Таким образом, одномоментный экстрамедуллярный остеосинтез пластинами АО при одновременных переломах бедра и голени позволил нам добиться адекватной репозиции со стабильной фиксацией костных отломков.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ТАЗА ПРИМЕНИТЕЛЬНО К МЕТОДАМ ВНЕОЧАГОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Тиляков А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Одним из перспективных направлений в лечении переломов таза является применение аппаратов внешней фиксации. Большинство пострадавших с повреждениями костей таза, а при политравме почти все пострадавшие поступают в клинику в состоянии шока. Стабильная фиксация отломков, смыкание краев кровоточащей костной раны, ограничение полости малого таза при наложении аппаратов внешней фиксации способствуют быстрому купированию болевого синдрома и дают стойкий противошоковый и гемостатический эффект.

Согласно по данным литературы, в раннем посттравматическом периоде оптимальным методом лечения являются аппараты внешней фиксации. Использование методов внеочагового остеосинтеза должно базироваться на знании особенностей анатомии таза и тазовых органов для предупреждения возможных интраоперационных осложнений.

Нами в клинике разработаны аппараты внеочагового остеосинтеза для лечения нестабильных переломов костей таза. Монтаж заключается во введении имплантатов в кости таза и креплении их на опорных рамах. Оптимальный подбор имплантантов (стержней и спиц) и их безопасное введение выполнялось с учетом углов наклона костей таза к плоскостям и средний величины длины, высоты и ширины костных фрагментов.

1. Угол передненижней ости и задней трети крыла подвздошной кости с сагиттальной плоскостью составляет 8-10 градусов и открыт кнутри.

2. Угол между передней и средней третью гребня подвздошной кости составляет 115-120 градусов. Открыт кнутри, по отношению к сагиттальной плоскости. Каждая из этих частей образует угол, равный 30-35 градусов открытый вовнутрь.

3. Передняя треть гребня подвздошной кости по отношению к горизонтальной плоскости образует угол, равный 40-45 градусов. Средняя треть образует угол, равный 8-10 градусов, открытый книзу.

4. Седалищные бугры своим длинником расположены вертикально по отношению к горизонтальной плоскости.

5. Лобковые бугорки расположены под углом 30-35 градусов к горизонтальной плоскости.

Передняя и средняя треть гребня подвздошной кости и переднее верхняя ость подвздошной кости с внутренней стороны не имеют соседства с крупными артериями, венами и нервами. Ширина кости в данной зоне составляет 10-18 мм. Ниже крыла она истончается до 14-16 мм, иногда до образования дефекта костной ткани в крыле подвздошной кости. Поэтому в данную зону под указанными углами мы вводили пучки спиц, так как введение стержней нецелесообразно и опасно.

Передняя и нижняя ости своей медиальной поверхностью образуют углубление для мышечной лакуны. Поэтому введение металлоконструкций производилось под указанными углами во избежание повреждений сосудисто-нервного пучка. Глубина введения конструкции в кость составляла не более 3 см. В заднюю часть гребня подвздошной кости вводились стержни. Ширина кости в этой зоне 15-21 мм, и раскол кости маловероятен. Глубина введения металлоконструкций достигала 5 см. Лонные бугорки имеют ширину, равную 25,5-26,1 мм, толщину 17,2-17,6 мм, высоту 31,8-32,2 мм, что позволяет осуществлять внедрение в них стержней с учетом углов наклона.

Седалищные бугры также имеют достаточные параметры для введения стержней и спиц: ширину 27,7-28,3 мм, толщину 34,8-35,2 мм, высоту 48,8-50,2 мм. Внедрение металлоконструкций в седалищный бугор осуществлялось строго вертикально во избежание повреждения седалищного нерва. Из соображений достаточно прочной фиксации имплантатов и максимальной безопасности оперативного вмешательства введение имплантов выполнялось в "зонах относительной безопасности". Зона должна быть мануально контролируемой через тонкие слои мягких тканей и не покрыта мышечным массивом.

Зоны введения должны быть в стороне от сосудисто-нервных пучков, брюшной полости и сосудов таза. Введение металлоконструкций должно проводиться с учетом морфологических параметров кости (ширина, высота, толщина), введение металлоконструкций в другие зоны тазового кольца нецелесообразно.

Таким образом при наложении аппаратов внешней фиксации в лечении переломов таза и вертлужной впадины необходимо соблюдать следующие условия.

1. Введение в тазовые кости металлических фиксаторов должно осуществляться с учетом "зон относительной безопасности" (лонные бугры, седалищные бугры, переднее верхние ости таза, переднее нижняя ость таза, гребень крыла подвздошной кости) и под соответствующими углами в сагитальной и вертикальной плоскости.

2. Введение винтонесущих стержней (более 7 мм в диаметре) в переднюю и среднюю части гребня подвздошной кости нецелесообразно, так как это может привести к расщепу или отколу кости, нарушению стабильности фиксации или возникновению кровотечения.

3. Введение винтовых стержней в кость ближе 5 см относительно друг друга нежелательно, так как это может привести к расклинивающему эффекту и расщепу кости.

4. Оптимальными размерами стержней для введения в кости таза при стержневом варианте является, диаметр стержня не более 6-7 мм, оптимальная длина погружного конца стержня 50мм., концевая часть стержня по отношению к погружной должна иметь соотношения не более 2:1.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Тиляков А.Б., Низамходжаев Ф.М.

Ташкентский областной центр экстренной медицинской помощи

Переломы проксимального конца плечевой кости у пожилых составляют около 60-65% от всех повреждений конечностей. Результаты как консервативного, так и хирургического лечения не могут удовлетворять травматологов, так как анатомическое сопоставление в ряде случаев не обеспечивает полноценного функционального восстановления конечности. Эта проблема касается и переломов шейки плечевой кости у пожилых людей.

Предлагаемая нами методика хирургического лечения этого вида травмы является малоинвазивной и обеспечивает прочную и жесткую фиксацию с сохранением свободы движений в плечевом суставе. Мы использовали полукольца из аппарата Илизарова, спицедержатели, дистракторы, элементы крепления и штанги. После закрытого сопоставления костных отломков проводится от 4 до 6 спиц; две спицы - перекрестно по сагиттальной плоскости через центральный отломок, две - через периферический отломок, при необходимости проводились пятая и шестая спицы с упорной площадкой по фронтальной плоскости для сопоставление и репозиции костных отломков. Спицы укрепляют с помощью спицедержателей на двух полукольцах, последние фиксирует между собой с помощью дистракторов. Плечевой сустав остается свободным, функция плечевого сустава не блокируется. Приведение и отведение в плечевом суставе сохраняются. В послеоперационном периоде отек в области плечевого сустава уменьшается в течение 4-6 суток. При данной методике развитие тугоподвижности в плечевом суставе сводится к минимуму.

Предложенная методика применена при лечении 13 больных. Отличительной чертой предложенной нами методики является легкость монтажа аппарата, стабильная фиксация отломков на весь период консолидации с сохранением подвижности в плечевом суставе и малоинвазивностью. Методика позволяет совмещать период реабилитации с периодом консолидации перелома, и может быть рекомендована для широкого применения в практике ургентной травматологии.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Тиляков А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Лечение больных с переломами вертлужной впадины приобретает особую актуальность в связи с неуклонным ростом в последние десятилетие пострадавших от тяжелой высокоэнергетической транспортной травмы. Повреждения костей таза встречается в 2-10% от всех переломов; 6-20% от них составляют переломы вертлужной впадины. Эти повреждения часто приводят к резкому нарушению функции нижней конечности и стойкой инвалидности больных из-за развития вторичных изменений в тазобедренном суставе. Основная причина этих изменений - отсутствие полной репозиции фрагментов вертлужной впадины, что ведет к дисбалансу нагрузки на хрящ из-за нарушения конгруэнтности сочленяющихся суставных поверхностей тазобедренного сустава, развитию дегенеративных изменений, выраженных контрактур и болевого синдрома.

Мы располагаем опытом лечения 89 больных с тяжелыми повреждениями вертлужной впадины. 76 больных были в наиболее трудоспособном возрасте 30-50 лет. Преобладали лица мужского пола - 60, женщин было 29. Основной причиной повреждений вертлужной впадины явились дорожно-транспортные происшествия и падения с высоты. У 46 больных переломы таза сочетались с черепно-мозговой травмой, у 12 - с повреждениями грудной клетки и легких, у 13 - с травмой органов брюшной полости, у 11 - с повреждениями почек и мочевого пузыря, у 45 - с повреждениями костей конечностей. 47 больных были доставлены в стационар в состоянии травматического шока различной степени тяжести.

Для повышения эффективности лечения повреждений вертлужной впадины у больных с сочетанными травмами нами широко используется методика чрескостного остеосинтеза с применением спице-стержневого аппарата внешней фиксации "таз-бедро". Оперативное вмешательство выполнено у 78 больных.

Оценивая качество репозиции и восстановление функции тазобедренного сустава при переломах вертлужной впадины с применением аппарата внешней фиксации, мы установили, что наиболее качественная репозиция была достигнута у больных с поперечно-ориентированными переломами и двухколонными переломами вертлужной впадины. Основными задачами при таких тяжелых вариантах повреждений вертлужной впадины с вывихом бедра и нарушением целостности тазового кольца является устранение смещения костных фрагментов, вправление вывиха и удержание головки бедренной кости в вертлужной впадине, стабилизация тазового кольца в раннем периоде травмы, что возможно при применении спице-стержневого аппарата внешней фиксации "таз-бедро".

Отдаленные результаты лечения с применением аппарата внешней фиксации изучены у 72 больных в сроки от 6 месяцев до 3 лет. Все больные оперированы в раннем посттравматическом периоде до 10 суток. У всех наблюдалось полное восстановление стабильности тазового кольца, что было подтверждено рентгенологически нормальными взаимоотношениями в лонном и крестцово-подвздошном сочленениях.

Результаты лечения, несомненно, должны зависеть от качества репозиции. Из 72 больных лечившихся с применением спице-стержневого аппарата внешней фиксации "таз-бедро", полная репозиция достигнута у 41, у этих больных получены отличные результаты. У 23 пациентов репозиция была неполной, отличный результат получен у 22,3% из них, хороший - у 77,7%. С плохой репозицией было 8 больных, у 5 (62,5%) из них результат был расценен как удовлетворительный. У 3 (37,5%) больных с дисконгруэнтностью суставных поверхностей получены плохие результаты.

Таким образом, у 90% больных в отдаленные сроки после оперативного вмешательства с применением спице-стержневого аппарата внешней фиксации "таз-бедро" получены хорошие результаты.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХ СХЕМ ГЕПАРИНОТЕРАПИИ У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Туляков Р.П., Эрназаров Х.М., Кушшаев Н.П., Нуруллаев Д.Я.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Нами проведено сравнительное изучение эффективности клексана и гепарина с целью профилактики венозного тромбоэмболизма у больных в раннем периоде скелетной травмы. Под наблюдением находились 70 пациентов отделения травматологии Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП с изолированным переломом бедренной кости. Критериями отбора больных в группы служили возраст старше 40 лет, наличие одного или нескольких общеизвестных факторов риска тромбоэмболических осложнений (ожирение, шок или гиповолемия при поступлении, наличие варикозных вен нижних конечностей, ТЭЛА или ТГВ в анамнезе). Сформированы две взаимно репрезентативные группы. 35 пациентам основной группы назначали клексан, 35 контрольной группы - гепарин. Клексан в дозе 40 мг/сут. однократно и гепарин в дозе 5000 ЕД четырехкратно вводили ежедневно под кожу живота в течение 5-7 дней. С 3-5-го дня назначения прямых антикоагулянтов больные начинали пероральный прием варфарина по 2,5 мг 2 раза/сут. в течение 2-3 дней с последующим переводом на однократный прием препарата. Профилактическую антикоагулянтную терапию варфарином 2,5 мг/сут. продолжали в течение 1-го мес. под контролем показателей Международного нормализованного отношения (МНО). Эффективность лечения оценивали по данным динамического ЦДС системы НПВ на 3 и 7 сутки.

Тромботические осложнение после травмы бедренной кости возникли у 13 (18,6%) больных. Только у одного из них имел место восходящий тромбоз БПВ, у остальных 12 пострадавших выявлено поражение глубоких вен. У 2 пациентов на фоне терапии "простым" гепарином ТГВНК осложнился ТЭЛА. Еще у одного больного, получавшего нефракционированный гепарин, наблюдали клинические признаки ТЭЛА.

Таким образом, традиционная схема профилактики НФГ при переломах бедренной кости не достаточно защищает пострадавших от тромбоэмболических осложнений. Назначение больным с переломами бедренной кости клексана в дозе 40 мг однократно в сутки в течение 5-7 дней снижает риск развития флеботромбоза в 3,65 раза (с 31,4 до 8,6%). Наблюдаемые осложнения отличались более благоприятным течением. Кроме того, в отличие от гепарина, клексан отличается безопасностью, удобством в применении (однократное или двукратное подкожное введение в сутки), отсутствием необходимости в специальном лабораторном контроле.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ФЛЕБОТРОМБОЗОВ И ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ СО СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМОЙ

Туляков Р.П., Кушшаев Н.П., Муродов Б.Х., Хусанова Ф.М., Шомуродов О.О.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

В общетравматологической популяции риск развития летального исхода от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) составляет в среднем 0,3% (Лазаренко В.А, Мишустин В.Н, 2005). Однако при множественной травме данное осложнение становится одной из основных причин смерти. Источником эмбола в 90% случаев является тромбоз в системе нижней полой вены (НПВ) [Geerts W.H., 2002; Anderson J.A., Saenko E.L., 2002].

С целью определения истинной частоты флеботромбозов в раннем периоде механической травмы нами был выбран методологический прием, заключающийся в динамической визуализации сосудов системы нижний полой вены у всех пострадавших, поступивших в отделение травматологии Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП в определенный период времени.

Скрининговому цветному дуплексному сканированию (ЦДС) сосудов указанного бассейна подвергнуты 100 пострадавших со скелетной травмой (изолированные и сочетанные переломы костей голени, бедра и таза) на 3, 7 и 10-е сутки после травмы.

При ультразвуковом исследовании в раннем периоде травмы признаки острого венозного тромбоза в системе НПВ достоверно значимо выявлены у 16 (16%) (P<0,001). Необходимо отметить, что все обследованные практически с первого дня нахождения в отделении травматологии получали профилактическую гепаринотерапию. Характерной особенностью посттравматических флеботромбозов оказалось явное запаздывание клинических проявлений данного осложнения по отношению к срокам развития сонографических признаков тромбообразования в просвете магистральных вен системы НПВ. Как оказалось, из 16 случаев визуализации тромба в просвете исследованного венозного сосуда только в 3 (18,8%) мы имели дело с явной клиникой венозного тромбоза (нарастающие отеки, боли, повышение температуры тела и местная гипертермия, синюшность, наличие симптомов Хоманса и Мозеса). У остальных 13 пациентов выявлен пристеночный тромб, что, видимо, и обусловило бессимптомное течение заболевания. Кроме того, в условиях обездвиженности конечности значительно снижается объемный кровоток этого региона, соответственно уменьшается нагрузка на венозную сеть, обусловливая меньшую частоту венозных отеков на фоне ее тромбоза. При этом венозные тромбозы примерно в половине случаев имели проксимальную - более эмболоопасную - форму поражения.

Таким образом, у больных с переломами костей таза и нижних конечностей частота развития флеботромбозов системы НПВ, в том числе и их доклинических форм, по данным неинвазивного ультразвукового скрининга, на фоне проводимой традиционной схемы гепаринотерапии составила 16%. В данном случае имелась достоверная разница между информативностью клинических данных и ЦДС (P<0,001). Это обстоятельство требует обязательного включения в протокол ведения пострадавших с повреждениями опорно-двигательного аппарата ульразвукового мониторинга системы НПВ. Неинвазивный ультразвуковой скрининг системы НПВ в острый период механической травмы позволяет установить флеботромбоз еще в доклинической фазе, своевременно начать эффективную консервативную и хирургическую профилактику ТЭЛА.

ЩАДЯЩЕЕ ЗАКРЫТОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ МЕТОДОМ ЗАКРЫТОГО ПОГРУЖНОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Умирсеригов Б.У.
Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкентская медицинская академия

В клинике РНЦНХ разработана многовариантная технология малоинвазивного лечения переломов длинных трубчатых костей методами закрытого остеосинтеза.

Большое значение имеет правильный выбор современного остеосинтеза и его биологическая цена. С целью объективности и наглядности процесса, выбора метода, объема хирургического вмешательства и реальной оценки необходимо использовать соотношение цены риска операции и степени риска возникновения осложнений. Степень риска предполагает появление всевозможных осложнений, цена риска - это реальная оценка лечебной тактики и метода лечения. Прооперированы 52 пациента с диафизарными переломами трубчатых костей и 26 - с внутричерепными гематомами.

Выбор метода остеосинтеза, его объема, времени выполнения зависели от тяжести общего состояния пострадавшего, определяющейся, в первую очередь, тяжестью черепно-мозговых повреждений. Использование методов непрямых измерений позволило перед операцией проводить индивидуальный подбор стержня и учитывать соматический статус больного. Аппаратная репозиция отломков обеспечила успех операции закрытого интрамедуллярного остеосинтеза при сложных переломах. Стала доступной одномоментная интраоперационная репозиция отломков с последующей закрытой погружной фиксацией всех сегментов конечностей. При переломах вне места сужения костномозговой полости стабильность фиксации отломков достигается простой методикой применения блокирующих спиц по разработанной технологии. Внешняя иммобилизация после остеосинтеза не использовалась. Возможность ухода за больными и активных движений в оперированной конечности в раннем послеоперационном периоде позволила уменьшить количество посттравматических контрактур, предупредить развитие осложнений.

Таким образом, исследование способствовало созданию технологии щадящего оперативного лечения переломов длинных трубчатых костей у лиц пожилого возраста, соответствующей современным требованиям малоинвазивности и прочного остеосинтеза при минимальных экономических затратах, а также улучшению качества жизни больных.

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕДИАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Уринов У.Б., Ботиралиев А.Б.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Целью хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с переломами шейки бедренной кости является ранняя мобилизация.

Такая тактика чрезвычайно важна для лечения больных пожилого и старческого возраста, так как ранняя мобилизация и ходьба для них зачастую является единственным шансом вернуться к нормальной жизни. Отказ от хирургического вмешательства у пациента пожилого возраста лишает его возможности вести активный образ жизни, обслуживать себя. Нередко после получения травмы могут присоединиться пневмония, сердечно-сосудистая недостаточность или обострение имеющихся сопутствующих заболеваний, которые могут стать причиной ухудшения общего состояния больного.

Для успешного лечения перелома шейки бедренной кости необходимы точный диагноз и правильный выбор метода лечения.

При установлении диагноза следует пользоваться классификацией М.Мюллера (1983), которая облегчает установление точного диагноза и выбора метода хирургического лечения.

Лечение медиальных переломов шейки бедренной кости связано с большими трудностями, прежде всего, из-за отсутствия методов, обеспечивающих продолжительный стабильный остеосинтез.

Учитывая опыт лечения таких переломов в УзНИИТО, ЦИТО, институте скорой помощи им. Склифосовского, нами применен метод перкутанного остеосинтеза пучками спиц. Под наблюдением находились 28 больных с медиальным переломом шейки бедра в возрасте от 32 до 89 лет. Женщин было 9 , мужчин - 19. Операция проводилась под местной анестезией или комбинированным обезболиванием на операционном столе в положении больного на спине. Репозицию производили под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП). Применяемый нами метод операции заключается во введении 5-7 спиц с упорной площадкой через вертельную область в шейку и головку бедренной кости с фиксацией наружных концов спиц на металлической пластинке или погружением вогнутых концов под кожу .

В результате проведенных операций только у 3 х больных мы наблюдали воспаление мягких тканей, которые легко купировались применением антибиотиков широкого спектра действия и противовоспалительных препаратов. Операции проводились при поступлении больных в стационар или по прошествии 3 суток. При этом удалось сделать конечность опорной в кратчайшие сроки. Определяя показания к остеосинтезу пучками спиц под контролем ЭОП, мы стремились ускорить послеоперационную активность больного и предупредить возникновение ряда осложнений, связанных с гипокинезией.

Таким образом, остеосинтез пучком спиц с наружной пластинкой при переломах шейки бедра является малоинвазивным, легко переносимым методом, особенно у больных пожилого и старческого возраста.

СТАНДАРТ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ У ДЕТЕЙ

Уринов У.Б., Ботиралиев А.Б.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Лечение больных с открытыми переломами костей, особенно детей, в настоящее время является одной из актуальных проблем неотложной травматологии, что связано с тяжестью открытых повреждений, длительностью последующего лечения и большим процентом развития различных осложнений.

Прежде всего, заслуживают рассмотрения проблемы внутригоспитальной стафилококковой инфекции и путей распространения стафилококков в хирургических стационарах.

Бактериология. Предметы обихода,бельё, мебель и сами помещения обычно инфицированы патогенными стафилококками, устойчивыми к внешним воздействиям и длительное время сохраняющимися на них. Стафилококки являются основными возбудителями госпитальных инфекций. Источником распространения внутри- госпитальных стафилококковых инфекций могут быть как сами больные, так и медицинский персонал, загрязнение раны, рвано - размозженные раны мягких тканей, открытые переломы. Раневая инфекция - основной вид хирургических инфекций у стационарных больных. Гнойные раны – массивный резервуар патогенных штаммов, откуда контактным и воздушно-капельным путем они распространяются по стационару.

Основу борьбы с нозокомиальными инфекциями составляют соблюдение санитарно-гигенического режима и проведение санитарной обработки инструментария, оборудования и помещений. Для этого разработаны дезинфицирующие средства (бактерициды, гермициды, стерилянты). Значительно снижает присутствие патогенной микрофлоры, особенно стафилококков, проведение регулярных мероприятий. Инфекции, вызванные грамотрицательными бактериями (особенно синегнойной палочкой), требуют применения специальных антибиотиков, так как наиболее широко применяемые антибактериальные средства широкого спектра часто оказываются не эффективными.

Для условно загрязненных ран наиболее оправдано применение антибиотиков. Антибиотики необходимо вводить до или во время хирургической обработки.Вид применяемого антибиотика зависит от природы потенциального возбудителя инфекции. При чистых ранах антибиотики назначают по 1-2 мл ежедневно или через день, используют антистафилококковую плазму по 5-6 мл/кг массы ребенка, бактериофаги. 9 из 23 детей выписаны на амбулаторное лечение, 14 детей переведены для продолжения лечения в плановое детское травматологическое отделение в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Основа борьбы с нозокомиальными инфекциями - соблюдение санитарно-гигиенического режима в стационаре медперсоналом, родителями. Проведение регулярных мероприятий значительно снижает присутствие патогенной микрофлоры, особенно - стафилококков. Важную роль в профилактике инфекций играют целенаправленная антибиотикотерапия, дезинтоксикационная и инфузионная терапия. При открытых переломах ведущим методам лечения мы считаем наложение компрессионно-дистракционного аппарата Илизарова.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ТРАВМ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Хамраев И.Ш., Рузиев П.Н., Турсунов О.А.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Проблема анатомического и функционального восстановления пальцев кисти во многом решается благодаря развитию микрохирургической техники, котрая позволила достичь значительных успехов в реплантационной хирургии. Однако бурное развитие механизации, транспорта развитых странах увеличивает травматизм конечностей до 60-70% от всех травм опорно-двигательного аппарата.

В 2009 г. в отделение хирургии обратились 145 больных с различными видами травм сегментов конечностей, из них сложные травмы пальца(ев) кисти с нарушением кровообращения отмечены у 51 больного. Мужчин было - 48, женщин - 3, возраст больных варьировал от 7 до 64 лет. Самотеком поступили в стационар 40 пострадавших, на машине скорой помощи были доставлены 11. Время от момента получения травмы - от 1 до 7 часов. Гильотинный (рубленный) механизм повреждения отмечался у 14, тракционный (отрывной) – у 12, рвано-размозженный (раздавленно-отрывной) – у 25 больных. Неполная ампутация сегментов имела место у 14 больных, полная – у 6. Травмированные сегменты в 12 случаях доставлены с соблюдением правил транспортировки и хранения, в 8 - без соблюдения условий и с нарушениями правил. У 12 больных имелось размозжение сегментов (условия для реконструктивной операции - восстановления анатомической целостности сегментов кисти - отсутствуют).

Реконструктивное оперативное вмешательство - остеосинтез костных фрагментов, шов сухожилий, шов пальцевых нервов и артерий (вен) с использованием микрохирургической техники и инструментария - выполнено у 39 больных. В послеоперационном периоде больные получили антибактериальное, противовоспалительное, антикоагулянтное, инфузионное и реологическое лечение. Положительный результат достигнут у 35 больных, у 4 развились различные осложнение (краевой некроз кожи, нагноение раны с последующим тромбозом сосудов, поздний, на 5-6 сутки после операции, венозный тромбоз, перешедший в артериальный). У 2 больных в связи с развитием осложнений произведена некрэктомия и удаление некротизированного сегмента.

Учитывая тяжесть повреждений, непосредственные исходы операций мы считаем удовлетворительными. Надеемся, что разработка вопросов организации транспортировки пострадавших и сегментов конечностей, показаний к операции, методики и техники ее выполнения и др. позволит улучшить результаты лечения этой сложной группы больных.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ КИСТИ У ДЕТЕЙ

Хашимов Ф.Ё., Мусаев Т.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Лечение повреждений кисти у детей, несмотря на успехи, остается одной из актуальных проблем детской травматологии. Кисть выполняет статическую, динамическую и сенсорную функции. Совершенствование ранней и точной диагностики повреждений кисти позволит сократить до разумных пределов число открытых вмешательств, лучше использовать возможности консервативного лечения и закрытых манипуляций. Методы лечения имеют немало особенностей, требуют специальных знаний, опыта и навыков.

В отделении детской травматологии в 2007-2009 гг. на лечении находилось 143 больных (3,6 % от общего числа травматологических больных) с различными повреждениями кисти. Из них 110 (77 %) больных лечились консервативным, 33 (23 %) хирургическим путем. При падении на руку травму получили 75 детей, спортивные травмы были у 35.

33 больных поступили по поводу травматических ампутаций пальцев после ущемления дверью (18), топором или ножом (11), попадания кисти в движущиеся части механизма станков или попадания пальцев в электромясорубку (4).

Консервативный метод лечения осуществлялся закрытой репозицей костных отломков с последующим наложением гипсовых повязок. При повреждении пястных костей и пальцев требуется иммобилизации в положении умеренного сгибания. После закрытой репозиции и наложения гипсовой повязки производили контрольную рентгенографию. На 5-7 сутки после спадания отеков проводили повторное рентгеновское исследование. При отсутствии вторичных смещений костных отломков гипсовую повязку циркулярно укрепляли гипсовым бинтом, затем больной с рекомендациями выписывался на амбулаторное лечение по месту жительства.

Оперативное лечение проводилось в экстренном порядке: проводилось первичная хирургическая обработка (ПХО) раны с восстановлением повреждённых структур у 4 детей, ПХО раны и остеосинтез инъекционными иглами у 10, ПХО раны и формирование ампутационной культи у 19. 2 детям потребовались повторное оперативное вмешательство по поводу некроза после реимплантации фаланг пальцев.

Таким образом, всем переломам костей кисти требуется тщательная репозиция костных отломков и иммобилизация. При иммобилизации пальцы должны быть в положении умеренного сгибания.

Больным с травматическими дефектами мягких тканей и полной ампутацией ногтевой фаланги пальцев осуществляется формирование культи. При открытых переломах со смещением костных отломков и неполных ампутациях фаланг пальцев кисти производится остеосинтез инъекционной иглой и ПХО раны с последующим наложением гипсовой повязки.

СТЕРЖНЕВОЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Ходжанов И.Ю., Хужаназаров И.Э.
НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз

Стержневые аппараты имеют преимущества перед спицевыми, особенно при лечении переломов бедренной и плечевой костей, открытых переломов с обширными дефектами мягких тканей и сосудисто-нервных стволов. Небольшие габариты аппарата и его одностороннее расположение на сегменте конечности дают возможность без особых технических трудностей производить оперативные вмешательство на мягких тканях, сосудисто-нервных стволах с применением микрохирургической техники.

Создаются стержни разных размеров и толщины, применяется совокупность стержней и спиц. Имеются попытки дозирования аппаратной компрессии или дистракции при разных локализациях переломов. Много исследований посвящено изучению механических свойств костного регенерата с целью определения количественных характеристик стимулирующих неразрушающих механических воздействий на зону перелома или дистракционный регенерат. Однако поскольку ощутимых изменений в лечении переломов нет, вопрос нельзя считать решенным.

Принципиальной необходимостью являются разработка чисто клинических критериев индивидуального дозирования функциональных нагрузок при повреждениях необходимо оптимизировать конструктивные возможности регуляции жесткости аппаратного обездвижения отломков, что позволило бы применительно к конкретному ребенку с его индивидуальными особенностями репарации и вида повреждения, на каждом этапе сращения контролировать функциональные нагрузки на регенерат в зоне перелома, удерживая их на верхнем пределе, необходимом для стимуляции, и не допуская разрушающих воздействий.

За последние 7 лет в клинику поступили 66 детей с сочетанными повреждениями что составило 28,45% от числа всех детей с травмой. Мальчиков было 40 (60,60%), девочек 26 (39,40 %). В возрасте от 3 до 7 лет -18 (27,27%) детей, от 8 до 11 лет -28 (42,43%), от 12 до 14 лет -20 (30,30%).

Переломы свода и основания черепа были у 3 детей (4,54 %), ушиб мозга I-II степени тяжести- у 25 (37,87%), сотрясение головного мозга - у 38 (57,57%). Кроме перелома черепа отмечались переломы костей скелета: бедренной у 11, голени у 15, плечевой у 8, ключицы 3, ребер 5, предплечья 15, стопы у 4, кисти у 6, таза 4, позвонков 7, в том числе у 1 с повреждением спинного мозга, открытые переломы у 7. Раны вне зоны перелома имели 11, обширные ушибы и гематомы 6, касательные ожоги 2 пострадавших.

Большинство детей нуждались в экстренных реанимационных противошоковых мероприятиях и в оперативных вмешательствах. Однако из-за тяжести общих черепно-мозговых явлений и шока оперативные вмешательства часто откладывались до относительного улучшения общего состояния.

29 больным произведена одномоментная репозиция костных отломков с наложением гипсовой лонгетной повязки. Мы считаем, что при данной патологии необходимо расширить показания к консервативным методам лечения, увеличивая процент допустимости смещений костных отломков. При неудавшихся репозициях у 25 больных проведено 33 операции. Применен стержневой остеосинтез стержневыми наружными фиксаторами. Внеочаговая фиксация стержневыми аппаратами оказалась очень удобной для ухода за регионарными ранами и мобилизацией конечности по мере надобности. Стержневая фиксация сокращает дни стационарного лечения, интраоперационное время, уменьшает повреждающее действие спиц на мягкие ткани конечностей.

При сочетании переломов бедра и голени оценка состояния до лечения составила: бедро - 22 балла, голень - 23 балла. Оценка состояния после лечения: бедро-51 балл, голень -

55. Таким образом, эффективность помощи при переломах бедра составила 56,86 %, при переломах голени 58,18 %.

При сочетании переломов плечевой кости и костей предплечья оценка эффективности составила плечо до лечения 23 балла, после лечения 56 баллов, эффективность составила 58,92 %. При переломах костей предплечья: до лечения 24 балла, после лечения 54 балла, эффективность - 55,55 %.

Стержневые фиксаторы сегодня являются одним из самых малотравматичных, надежных и быстро выполняемых методов стабильно-функционального остеосинтеза. Их применение в значительной степени расширяет возможности для остеосинтеза при сочетанной травме, влияя на тактику лечения в целом, делая ее более активной, без ощутимого риска усугубления тяжести пострадавших.

Несмотря на возможности стержневого остеосинтеза в детской практике принципиальной особенностью являются методы консервативного лечения. Стержневой остеосинтез, по нашим данным, в 70% случаев применен как окончательный вид остеосинтеза, а в 30% проведен реостеосинтез другими методами стабильной фиксации.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТУРЫ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

Ходжанов И.Ю., Касымов А.А., Байимбетов Г.Дж.
НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз

Повторные переломы предплечья у детей являются одним из тяжелых осложнений , которые в некоторых случаях приводят к дефектам костей. Переломы костей предплечья у детей составляют 43% среди общих переломов. Мы проанализировали истории болезни 932 пациентов, которые лечились в отделении детской травматологии УЗНИИТО. У 12 (1,3%)из них наблюдались повторные переломы . Неправильное сращение первичных переломов имело место у 12%. Высок показатель рефрактур -до 17% . Во время лечения у пациентов, получивших рефрактуры, также могут наблюдаться повторные переломы костей, то есть возможны рецидивы перелома, влекущие за собой различные осложнения вплоть до дефектов костей. В клинике детской травматологии НИИТО МЗ РУз в 2000-2009 гг. (архивный материал) лечились 80 детей с рефрактурами костей предплечья, из них 44 мальчика и 36 девочек. Левосторонние поражения наблюдались у 57 детей, правосторонние у 23 детей. У 45 пациентов с рефрактурой костей предплечья лечение проводилось консервативным путем ,35 детей подвергнуты оперативному лечению. У 12 детей выполнены остеосинтез интрамедуллярными спицами, остальным 23 пациентам оперативное лечение осуществлялось с помощью комбинации методов интрамедуллярного и компрессионно-дистракционного остеосинтеза.

Ближайшие результаты оперативного лечения методом комбинированного остеосинтеза оценивались по трехбалльной системе. Хорошие результаты получены у 8, удовлетворительные у 2 больных , несостоятельность остеосинтеза отмечалась у 1 больного. Комбинированный остеосинтез оказал положительное влияние на течение регенеративного процесса, сохраняя движения в смежных суставах и создавая стабильно напряженную систему в системе "кость- фиксатор". Больному с несостоятельностью остеосинтеза в дальнейшем была проведена костная пластика по поводу костного дефекта с удовлетворительным анатомо-функциональным результатом.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С НАДМЫЩЕЛКОВЫМИ И ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Ходжиев Д.Ш., Торемуратов С.Т., Наубетов Д.Д., Еримбетов Д.
Нукусский филиал РНЦ ЭМП

Травма в области локтевого сустава часто встречается у детей. Надмыщелковые и чрезмыщелковые переломы с их разновидностями возникают при падении на область локтевого сустава.

Целью работы является анализ результатов экстренного хирургического лечения надмыщелковых и чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей.

В травматологическом отделении НФ РНЦЭМП в 2003 - 2009 гг. на лечении находились 135 больных с надмыщелковыми и чрезмыщелковыми переломами плечевой кости. Мальчиков было 95, а девочек - 40. Городских жителей было 110, сельских - 25.Переломы правого плеча установлены у 52 больных, левого у 83. Причиной переломов стали: падение с различной высоты (со стула, с дерева, с велосипеда, с турника и т.д.). Школьники переломы получили во время тренировки или при спортивных соревнованиях.

У всех больных отмечалась боль и стек в области локтевого сустава. Большинство больных поступили по скорой помощи в первые 6 часов после травмы. Некоторые обратились самотеком на второй или третий день после травмы. В день поступления в стационар 90 больным был производен остеосинтез плечевой кости аппаратом Илизарова. У 12 пациентов, которые поступили в поздние сроки, наблюдался значительный отек и мацерация кожного покрова в области локтевого сустава. Проведение им операции было отложено на следующий день. У 2 больных с неправильным сращением костных отломков сначала произведена остеотомия плечевой кости, и в последующем осуществлен остеосинтез аппаратом Илизарова. Открытая репозиция костных отломков с фиксацией спицами Киршнера выполнена у 5 больных. 20 больным с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости произведена одномоментная репозиция костных отломков с последующей иммобилизацией локтевого сустава задней гипсовой лонгетой.

В послеоперационном периоде больных наблюдали до 4 недель. У всех пациентов, у которых в первые дни выполнен остеосинтез аппаратом Илизарова, сращение костей наступило своевременно. У пациентов, которые обратились к нам в поздние сроки или с неправильным сращением костных отломков, сроки сращения переломов значительно удлинялась.

У 5 пациентов чрезмыщелковые переломы сопровождались переломами головчатого возвышения плеча. У 2 больных наблюдались переломы блока плечевой кости, у 4 - вывих головки лучевой кости.

Отдаленные результаты изучены у 90 больных. Хорошие результаты достигнуты у 81 пациента. У них движения в лок-

тевом суставе были в полном объеме, деформации нет. У 9 больных после снятия аппарата оставалось небольшое ограничение движения в локтевом суставе. После физиолечения, водных процедур, массажа ЛФК, функция локтевого сустава значительно улучшилась. Неудовлетворительных результатов не было.

Таким образом, ранний остеосинтез, осуществленный в день травмы с помощью аппарата Илизарова при надмыщелковых и чрезмыщелковых переломах у детей является малотравматичным, функциональным методом. Функция локтевого сустава у большинства больных полностью восстановилась.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Ходжиев Д.Ш., Торемуратов С.Т., Наубетов Д.Д.
Нукусский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: Анализ осложнений накостного остеосинтеза костей голени металлической пластинкой и остеосинтеза аппаратом Илизарова.

В травматологическом отделении Нукусского филиала РНЦЭМП в 2004-2009 гг. оперативными методами лечились 97 больных с переломами костей голени в возрасте от 20 до 67 лет, мужчин было 75, женщин 22. Машиной скорой помощи доставлены 58 больных, остальные поступили самотеком. С открытыми переломами костей голени было 37, закрытыми переломами - 60 пострадавших. Жителей города было 67, сельских - 15, иногородних - 5. Автотравма была у 63 больных, бытовая травма - у 30, производственная травма - у 6. У 36 больных переломы костей голени сочетались с переломами костей других сегментов. Переломы на уровне верхней трети диафиза имели место у 18, на уровне средней трети - у 52, на уровне нижней трети - у 27 пострадавших.

После клинического и рентгенологического обследования 40 больным под внутривенным калипсоловым обезболиванием произведена операция закрытого чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова. Этим больным с целью профилактики нагноения в области спицы внутримышечно вводили ампициллин по 1,0 3 раза сутки в течение трех дней При оскольчатых, многооскольчатых и двойных переломах костей голени 20 больным выполнена открытая репозиция костных отломков остеосинтезом аппаратом Илизарова. Этим пациентам назначали цефазолин по 1,0 2 раза в день. 27 больным произведена открытая репозиция костных отломков и остеосинтез пластинкой типа АО. Этим больным внутривенно вводили метрогил по 100 мл через 8 часов.

Нагноение раны после остеосинтеза пластинкой наблюдался у 3 больных, причем у 1 пластинка была удалена и наложен компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратом Илизарова. У 1 больного развился остеомиелит большеберцовый кости, выполнена операция секвестрнекрэктомии. У 7 пациентов отмечалось нагноение мягких тканей вокруг спицы, которое ликвидировано заменой спицы и ведением антибиотиков в место очага.

Таким образом, при открытой репозиции костей голени и остеосинтезом металлической пластинкой встречаются нагноения мягких тканей и остеомиелит костей, для ликвидации которых необходимо удаление пластинки и проведение секвестрнекрэктомии.

При остеосинтезе костей голени аппаратом Илизарова встречается нагноение мягких тканей вокруг спицы, для купирования которого необходимы замена спицы и назначение антибиотиков.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЧРЕЗ- И НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ В ЭКСТРЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ

Хушваков Ж. Х., Юлдашев Р.С., Шакаров Б.Н., Бекназаров У.Ш.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

В последнее время многие авторы при чрезмыщелковых и надмыщелковых переломах плечевой кости чаще применяют открытую репозицию с фиксацией спицами, которая считается менее травматичной, чем многократные попытки закрытой репозиции. В связи с применением этого оперативного метода число неблагоприятных отдалённых результатов (ограничение движения в травмированном локтевом суставе) увеличилось.

В отделении экстренной травматологии (оперированы 64 больных) мы внедрили упрощенный метод оперативного лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей в возрасте от 5 до 14 лет с учётом сохранения целостности зоны роста и движения суставов поврежденных конечностей на весь период лечения перелома. Метод, разработанный в НИИТО МЗ РУз, позволяет осуществлять закрытую репозицию подобных переломов с большей точностью и надежной фиксацией, что обеспечивает благоприятные условия для полноценной консолидации.

Описание метода. Первая спица проводится чрезкостно во фронтальной плоскости кости верхней трети плеча. Вторая спица проводится во фронтальной плоскости через локтевой отросток локтевой кости. Третья спица с упорной площадкой проводится через дистальный конец проксимального отломка в сагиттальной плоскости. Спицы, проведенные через верхний отдел плечевой кости и через локтевой отросток , натягиваются на двух полукольцах от аппарата Илизарова. Полукольца соединяются тремя резьбовыми штангами, за которые проводится дистракция для устранения смещения костных отломков по длине. Затем на полукольцо проксимального отломка плечевой кости прикрепляется длинный флажок, на котором фиксируется болт с винтовой нарезкой. К флажку прикрепляется упорная спица, с помощью которой устраняется смещение костных отломков в переднезаднем направлении. На контрольной рентгенограмме определяется положение костных отломков. В зависимости от характера перелома, возраста пострадавшего и его тяжести повреждения срок фиксации в аппарате Илизарова- 2-3 недели. После того, как аппарат снят, объём движений в поврежденном суставе достигает 60-70 градусов. Полное восстановление функций сустава происходит в течение 18-25 дней. У 62 больных получены отличные и хорошие результаты лечения, у 2 больных наблюдались легкие нагноительные процессы тканей вокруг спиц.

Таким образом , изучение отдаленных результатов лечения подтвердило рациональность компрессионно-дистракционного остеосинтеза из двух полуколец аппарата Илизарова с применением репонирущей спицы при чрез - и надмыщелковых переломах плечевой костей у детей.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Шадманов Т.Т., Мусаев Т.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Длительное стационарное лечение становится все более дорогостоящим, необходимость ухода за лежачим больным вносит социальное напряжение в семью; лечение на скелетном вытяжении значительно снижает качество жизни, истощает ребенка и на длительное время выбивает из привычного ритма жизни, особенно подростков, у которых сроки лечения приближаются к таковым у взрослых. Возникновение и совершенствование минимально инвазивных и травматичных методов лечения, рост роли социальных факторов, качества жизни как одного из критериев выбора тактики лечения со стороны родителей пациента заставили нас по-новому взглянуть на проблему лечения переломов длинных трубчатых костей у детей.

Одним из методов малоинвазивного остеосинтеза, с успехом применяемых в нашем отделении детской травматологии, является остеосинтез спице-стержневым аппаратом внешней фиксации. 45 пациентов с переломами диафиза бедра были прооперированы с помощью данной методики в нашем центре с сентября 2005 по январь 2010 г. Все больные наблюдались в среднем в течение 10 месяцев. Средний возраст пациентов 9,3 года. 75% составляли мальчики. У 50% пациентов были множественные повреждения из-за высокоэнергетических травм. Два перелома были открытыми, 51% переломов был "нестабильным". Среднее время операции составило 30 минут, время рентгено экспозиции - 20 секунд. Все переломы срослись с отличными функциональными результатами. Метод обеспечивает адекватную стабильность перелома и создает условия для ранних движений и мобилизации пациента, раннего быстрого сращения и не оставляет кожных рубцов. Техника достаточно проста для обучения и применения. Мы не наблюдали нарушений оси или различия длины конечностей, проявлявшихся клинически. У всех пациентов активность полностью восстановилась.

Результаты остеосинтеза аппаратом внешней фиксации для лечения переломов длинных трубчатых костей соответствуют или превосходят результаты существующих на сегодняшний день других методов малоинвазивного остеосинтеза. Эта техника может быть применена практически для всех видов диафизарных переломов бедра и костей голени, включая оскольчатые, нестабильные переломы, высокоэнергетические повреждения. Техника сочетает лучшие характеристики закрытых методов лечения (сохранение биологии зоны перелома) с преимуществами хирургического лечения (стабильность и сохранение правильных анатомических соотношений, ранняя мобилизация и простота ухода).

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Шакаров Б.Н., Туракулов Ш.Х., Юлдашев Р. С., Хушваков Ж. Х., Бекназаров У. Ш.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Лечение переломов бедренной кости остается одной из важных проблем современной травматологии. В последнее время в связи с индустриализацией и бурным ростом транспорта повсеместно наблюдается рост травматизма.

Перелом бедренной кости, частота которого варьирует от 25 до 35%, встречается во всех возрастных категориях, что имеет немаловажное значение в выборе тактики лечения. Частота варируеться от 25% до 35% от всех переломов конечностей.

Цель: на основе изучения отдаленных результатов лечения оценить дифференцированный подход к применению современных металлических конструкций у больных с диафизарными переломами бедренной кости в экстренной травматологии. Согласно данным литературы обзоров показывают что, повреждения диафизов бедренной кости относятся к числу наиболее тяжёлых травм опорно-двигательного аппарата. Тяжесть зависит не только от характера перелома и смещения кости, но и напрямую связана с механизмом травмы и сочетанными повреждениями других костей, органов и систем.

В Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2006-2009 гг. на лечении находились 267 больных с переломами бедренной кости в возрасте от 5 до 69 лет. Мужчин было 192, женщин-76. Пострадавшие поступили в стационар в состоянии травматического шока I-II-III степени. Все больные госпитализированы в отделение реанимации или экстренной травматологии. Больным с травматическим шоком 1 степени, госпитализированным в отделение травматологии, было наложено скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости. Больного укладывали на кровать со щитом. Груз нужно подбирать так, чтобы постепенно преодолевать силу сопротивления мышц и устранять смещение отломков по длине. Величина груза должна составлять до 15% массы тела больного. Однако эта величина требует поправки, так как необходимо учитывать степень развития мышц, возраст, характер смещения отломков и вид перелома. Детей в возрате до 12 лет лечили в основном консервативно. Оперативному лечению подвергались дети, у которых на 3 сутки после контрольной рентгенографии стояние костных отломков было неудовлетворительным, либо перелом был осложнен интерпозицией мягкими тканями, препятствующей сращению перелома. Спицу проводят через большеберцовую кость позади бугристости дистальнее её на 2-3 см, и производят одномоментное ручное вправление отломков. После полного или хотя бы частичного совпадения поверхностей излома уменьшают груз до 2- 3 кг. После выведения из шока или неудавшейся репозиции выполняется остеосинтез бедренной кости. Выбор остеосинтеза зависит от характера перелома. Оперативное лечение получили 213 больных. Интрамедуллярный металлоостеосинтез бедренной кости применен у 180 больных, экстрамедуллярный металлоостеосинтез пластинами - у 43 больных. Скелетным вытяжением лечились 54 больных, в основном дети до 12 лет. Больным, лечившимся на скелетном вытяжении, после образования первичной мозоли накладывалась тазобедренная гипсовая повязка, выполнялся контрольный рентгеновский снимок. Все прооперированные больные выписаны в удовлетворительном состоянии, раны зажили с первичным заживлением. Для оценки отдаленных результатов пациентов условно разделили на 3 группы: 1-я группа - 156 пациентов, у которых получен хороший результат, 2-я - 43 пациента с удовлетворительным результатом, 3-я - 14 пациентов с неудовлетворительным результатом.

Вывод. Правильно выбранная тактика лечения перелома бедренной кости, соблюдение принципов хирургического вмешательства, своевременная физио - функциональная разработка конечности в послеоперационном периоде позволяет получать хорошие анатомо- и функциональные результаты.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНЫХ БЛОКАД ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ПРИЁМНО-ДИАГНОСТИЧЕКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Шерматов С.А., Кодиров Э.А., Отабоев Я.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель нашеей работы - изучение степени эффективности местных блокад локального анестетика при переломах костей конечностей на раннем госпитальном этапе.

В каждом конкретном случае мы фиксировали субъективные ощущения больного в комплексе с клиническими данными и определяли эффективность местных блокад по оценке болевого синдрома: слабая боль, умеренная боль, сильная боль, нестерпимая боль.

В приемно-диагностическом отделении нашего филиала в 2009 г. футлярные блокады применены у 376 больных, проводниковые блокады - у 247, другие местные новокаиновые блокады - у 142.

Под наблюдением находились 765 больных в возрасте от 17 до 65 лет, из них мужчин было 460 (60,1%), женщин - 305 (39,9 %). Большинство переломов было получено в результате дорожно-транспортного происшествия, наблюдались также бытовые и спортивные травмы.

У 632 (82,6 %) больных применение местных блокад привело к улучшению клинических показателей и уменьшению болевого синдрома, у 127 больных болевой синдром полностью не купировался, у 6 была реакция на новокаин, не требующая медикаментозной коррекции.

Выводы. Новокаиновые блокады можно применять на госпитальном этапе в приемно-диагностическом отделении экстренной помощи. Местные новокаиновые блокады облегчает состояние больных, и предупреждают болевой синдром.

ЗАКРЫТЫЙ ЧРЕСКОЖНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ СПИЦАМИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Эрназаров Х.М., Очилов Э.К., Шодмонов Б.Р.,Нодиров Б.О.,Насимов С.С.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Перелом шейки бедренной кости является одним из частых повреждений у лиц пожилого и старческого возраста. Такие переломы, как правило, возникают на фоне выраженного сенильного остеопороза. По мнению Melton и соавт., около 90% переломов проксимального отдела бедра у пожилых людей происходит на фоне остеопороза. По данным ВОЗ, 35% больных полностью излечиваются после переломов проксимального отдела бедра, 50% остаются инвалидами, а 15% умирают.

Цель: изучение результатов и особенности лечения лиц пожилого возраста с остеопоротическими изменениями при переломах шейки бедренной кости.

В 2008-2009 гг. нами выполнено 54 операции закрытого чрескожного остеосинтеза спицами при переломах шейки бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста (старше 65 лет), из них 33 (61,1%) мужчины и 21 (38,8%) женщина. Все операции проводились под электронно-оптическим преобразователем (ЭОП) Radius-9 Meratel (Италия). Анестезия - местная 0,5% раствором новокаина в объёме от 100,0 до150,0 мл. После анестезии места перелома путём введения раствора анестетика в область шейки бедра под контролем ЭОП производилась репозиция костных отломков. Под периодическим контролем положения костных отломков и направления спиц выполнялся остеосинтез через большой вертел 7-8 спицами Каплана. Иммобилизация конечности в послеоперационном периоде осуществлялась дерототорной или кокситной гипсовой повязкой. Спицы удаляли в сроки от 2,5 до 3х мес. У 4 (7,4%) больных наблюдалось нагноение у 7 (13,0%) рассасывание шейки бедренной кости, а у остальных 43 (79,6%) сращение костных отломков было удовлетворительны.

Поиск и внедрение атравматичных и малоинвазивных способов фиксации костных отломков имеет важное значение в лечении переломов у геронтологических больных.

Таким образом, закрытый чрескожный остеосинтез спицами при переломах шейки бедренной кости у пожилых является атравматичным и эффективным способом лечения.

СОН СУЯКЛАРИ СИНГАНДА ЁҒЛИ ЭМБОЛИЯНИ ЭРТА ПРОФЛАКТИКАСИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Эрназаров Ҳ.М., Насимов С.С., Нодиров Б.О., Рузиев О.Н.,ОчиловЭ.К.
РШТЁИМ Қашқадарё филиали

Долзарблиги. Таянч-ҳаракат системаси шикастланишлари асоратларида ёғли эмболия асосий ўринни эгаллайди. Кўп ҳолларда ёғли эмболия кўп сонли шикастланишларда ўлимга сабаб бўлади. Адабиётларга қараганда ёғли эмболия касаллиги 60-90% таянч-ҳаракат системаси шикастланишларида кузатилади, шундан ёғли эмболия синдроми асорати 5-10% гача учрайди, 1-15% холларда ўлим кузатилади.

Мақсад: таянч-ҳаракат системаси шикастланишлари билан тушган беморларда ёғли эмболия синдроми асоратининг профилактикасини оптималлаштириш ва ўлим кўрсатгичини камайтириш.

Материал ва услублар. РШТЁИМ Қашқадарё филиали травматология бўлимида 2009 йилда жами 1175 та бемор госпитализация қилинган. Шулардан 171 та бемор сон суякларини синиши билан даволанган 116 (67,8%) та беморга оператив даво, 55 (32,25%) тасига консерватив даво чоралари ўтказилган. Беморлар ёши 14 ёшдан - 73 ёшгача .Оператив даво утказилган беморларнинг 82 тасини эркаклар ва 34 таси аёлларни ташқил қилади. Шулардан 9 (5.2%) та беморда ёғли эмболия синдроми кузатилган. Клиник кечиши буйича ёғли эмболия синдроминнинг ўткир кечиши 3 та беморда, ўткир ости кечиши 6 та беморда учради. Ўлим кўзатилмади. Клиникамизга келган ҳамма беморларга касалхонага тушган вақтидан бошлаб ёғли эмболияни олдини олиш мақсадида скелет тана тортимига, кокситли гипс, стандарт тактик даво (реалогияни яхшиловчи препаратлар.гормонлар,протеаза ингибиторлари ва антикоагулянтлар) ва эрта остеосинтез (1 соат-72 соат ичида) чора тадбирлари қилинди. Оператив давога мухтож бўлган беморлардан 61 тасига 24 соатгача бўлган вақтда, 35 та беморга 24-72 соат ичида ва 20 та беморга 4 кундан 18 кун оралиғида стабилизация мақсадида интра - экстрамедулляр остеосинтез операцияси бажарилган.

РШТЁИМ Қашқадарё филиалимизга янги замонавий технологиялар, яъни стационар электронрақамли рентген, портатив рентген ва замонавий лабаратория текширув аппаратлари берилганлиги сабабли, ёгли эмболияни ташхисини эрта аниқлашга ёрдам берди ва тезкор даво чоралари кўрилди. Буни 2009 йил давомида ёғли эмболия асорати бўлган 9та беморларда улим кўзатилмаганлиги билан айтишимиз мумкин.

Хулоса килганда ёғли эмболия синдроми 5,2% ҳолларда кузатилганлиги, ёғли эмболия эрта профилактикаси,эрта стабилизацияси,тушган беморларга ўз вактда ташхис қуйиш ва юқорида айтилган стандарт тактик давони ўз вақтида қўлланилганда, ёғли эмболия асоратини ва ўлим кўрсатгичини камайишига олиб келди.

СПОСОБ ВЕБЕРА КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ВЫВИХОВ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Эшанкулов Г.С., Убайдуллаев Б.С

Ташкентская медицинская академия, Республиканская клиническая больница №1

Вывихи и подвывихи ключицы составляют 5% от всех вывихов, большую часть из которых составляют вывихи в акромиально-ключичном сочленении. Последние особенно часто встречаются у спортсменов — 14,8% всех вывихов. Учитывая повышенные требования к нагрузке плечевого сустава, важным является вопрос выбора наиболее оптимального метода лечения данной патологии. Если неполные вывихи поддаются консервативным методам лечения, то в случаях полных вывихов с разрывом акромиально-ключичной и клювовидно-ключичной связок необходимо оперативное удержание акромиального конца. В то же время многие из имеющихся на сегодняшний день методов оперативного лечения далеки от совершенства. Причиной этого на наш взгляд, служит то, что большинство из них подразумевает восстановление как акромиально-ключичной, так и клювовидно-ключичной связок, что в свою очередь вызывает необходимость выполнения больших доступов и часто приводит к повреждению субакромиальной сумки с последующим развитием импиджмент-синдрома. Избежать подобных осложнений можно благодаря использованию метода восьмиобразного проволочного серкляжа по Веберу. Использование данного метода позволяет сохранить главный принцип в лечении внутрисуставных переломов: поздняя нагрузка и ранняя разработка.

В течение 2007-2009 гг. в травматологическом отделении РКБ №1 прооперированы 23 больных с полными вывихами акромиального конца ключицы в возрасте от 17 до 45 лет. Мужчин было 17, женщин - 6. Свежих вывихов было 15, несвежих - 8. Все больные были прооперированы с применением метода восьмиобразного проволочного серкляжа по Веберу. Операции выполнялись под эдотрахеалным наркозом из разреза длиной 6-7 см вдоль наружного края ключицы, огибая сустав сзади. В момент вправления акромиального конца особое внимание уделялось сохранности субакромиальной сумки. После вправления производилась фиксация акромильного конца ключицы через акромион двумя спицами Киршнера с последующим формированием восьмиобразной петли из серкляжа. Рана послойно ушивалась. В послеоперационном периоде верхняя конечность фиксировалась в косыночной повязке. С третьего дня начиналась разработка в плечевом суставе, особое внимание в этот период уделялось упражнениям, направленным на отведение плеча в косыночной повязке. Спустя один год после операции спицы и проволока удалялись.

У 20 пациентов полученный результат оценен как хороший: наблюдалось полное восстановление движений в плечевом суставе. У 3 больных результат расценен как удовлетворительный в связи с появлением болезненной дуги отведения в плечевом суставе при полном анатомическом восстановлении акромиально-ключичного сочленения.

Таким образом, данный метод восстановления акромиально-ключичного сочленения является оптимальным и может быть рекомендован как метод выбора в лечении вывихов акромиального конца ключицы.

ЎМРОВ СУЯГИ СИНИШЛАРИНИ ЭЛЕКТРОН-ОПТИК ЎЗГАРТИРГИЧ РЕНТГЕН АППАРАТИ ЁРДАМИДА ИНТРАМЕДУЛЛЯР ОСТЕОСИНТЕЗ ҚИЛИШ УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Юлдашев З.Ш., Тожиев М.М., Эрматов Ғ.**Э.**

РШТЁИМ Фарғона филиали

Катта ёшдаги беморларда ўмров суягининг синишларида ёпиқ усул билан репозиция килиб, суяк бўлакларини тўлик, аниқ ва турғун репозиция қилишга эришиш травматология амалиётида ўз жавобининг топмаган муаммолардан хисобланади.. Тўлиқ репозиция қилинган беморларда эса иккиламчи силжишлар кузатилиб, ўмров суяги деформациясига олиб келади. Бу эса ўз навбатида беморларда косметик жиҳатдан ноқулайлик келиб чиқишига сабаб бўлди. Баъзиларини эса кейинчалик операция йўли билан даволашга тўғри келади. Шу сабабли биз РШТЁИМ ФФ шошилинч травматология бўлимида 2009 йил давомида 7 та беморда ўмров суяги синишларида ЭОП ёрдамида ёпиқ усулда репозиция ва интрамедулляр остеосинтез қилиш усулини қўлладик. Шулардан: 6 та беморда (85,7%) яхши натижага эришилди. 1 та беморда (14,3%) эса натижа қоникарли бўлди.

Беморларга контрол рентгенограмадан сўнг спика гипс боғлови қўйилди.

Даволаш муддати ўртача 8 хафта давом этди. Даволаш давомида 1 та беморда (14,3%) ортопедик режимга риоя қилмай, гипс боғловини эрта ечиб ташлаганлиги сабабли спица миграцияси кузатилди.

Даволаган беморларнинг ёши 17-40 ёш бўлиб, ўмров суяги синиқлари ҳаммаси "ёпиқ кўндаланг, кўндаланг-қийшик" синиқлар эди. . Статционар даволаш давомийлиги ўртача 3-5 кунни ташкил қилди. 7 та беморларнинг 6 тасида узоқ натижалар таҳлил қилинганида аъло даражадаги натижалар кузатилди. Шикояти йўк. Энг муҳими ўмров суяги сохасида операциядан кейинги чандиқ йўқ.. ўмров суяги конфигурацияси тўғри, функцияси тўлиқ тикланган.

Хулоса: Шундай қилиб, бизнинг шароитимизда ўмров суяги синишларини ёпик усулда ЭОП назорати остида интрамедулляр остеосинтез қилиб даволаш ўзини оқлади. Бу усул билан биз беморларда операциядан кейин қоладиган, косметик жиҳатдан ноқулайлик туғдирадиган чандиқлар ҳосил бўлишини олдини олдик. ўз навбатида беморларни статционар даволаниш давомийлиги қисқаришига эришдик.

Бундан ташқари бу усул бизга етарли ва сифатли репозиция, яхши узоқ натижалар берди.

ЎМРОВ СУЯГИ СИНИШЛАРИНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Юлдашев З.Ш., Содиков И.Х., Шерматов С.
РШТЁИМ Фарғона филиали

Ўмров суяги синишларида ёпик усул билан репозиция килиб, суяк бўлакларини тўлик, аник ва турғун репозиция қилишга эриша олсакда, кўп ҳолатларда иккиламчи силжишлар кузатилиб, ўмров суяги синган сохасида деформация юзага келишига олиб келди. Баъзи беморларни кейинчалик оператив даволашга тўғри келди. ўмров суяги синган сохасидаги деформация, операциядан кейингги чандиқлар беморларда косметик жиҳатдан ноқулайлик келиб чиқишига сабаб бўлди. Шу сабабли биз РШТЁИМФФ шошилинч травматология бўлимида 2009 йилдан бошлаб, маҳаллий оғриқсизлантириш остида ёпиқ репозиция қилингандан сўнг Чижин шинасига асосланган, юқориги горизонтал тахтачаси олдиндан-орқага 30 градусга оғдирилган шинада консерватив даволаш усулини қўллаб келмоқдамиз. Клиникамизда 2009 йил давомида 11 та беморда юқоридаги даволаш усули қўлланди. Юқоридаги шина билан даволанган беморларнинг 10 тасида (90,9%) тўлиқ репозиция кузатилди. 1 та беморда (9,1%) ёпиқ репозиция самарасиз бўлгани сабабли оператив даволашга тўғри келди. Бунинг сабаби операция вақтида интерпозиция эканлиги аниқланди.

Беморлар даволашнинг биринчи кунлари шинага ноқулайлик сезишди. Кейинчалик беморлар ноқулай ҳолатга аста-секин мослашиб қолишди. Рентгенограммада консолидация белгилари аниқлангандан сўнг шина олиб ташланди ва ЛФК муолажалари бошланди. Шина билан ўртача даволаш 4-6 хафта давом этди.

Биз даволаган синиқларнинг ҳаммаси ёпиқ кўндаланг, кўндаланг-қийшиқ синиқлар бўлиб, беморларнинг ёши 12-45 ёш орасида эди.

Стационар даволаш давомийлиги ўртача 3-5 кунни ташкил қилди.

11 та беморларнинг 9 тасида (81,8%) узоқ натижалари таҳлил қилинганда аъло даражадаги натижа кузатилди. Шикояти йўқ. ўмров суяги синган соҳасида деформация йўқ., функцияси тўлиқ тикланган.

Хулоса. Шундай қилиб, бизнинг шароитимизда шина билан консерватив даволаш усули ўзини оқлади. Чижин шинасига асосланган шина бизга етарли ва сифатли репозиция, яхши узоқ натижалар берди. Бу усул билан биз беморларда операциядан кейин қоладиган, косметик жиҳатдан ноқулайлик туғдирадиган чандиқлар ҳосил бўлишини олдини олдик. ўз навбатида беморларни статционарда даволаниш давомийлигини қисқаришига эришдик.

ОСТЕОСИНТЕЗ ПРОКСИМАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ФИКСАТОРАМИ С “ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ” У ДЕТЕЙ

Юсупов Н.А., Мамадалиев А., Лутфуллаев С.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Переломы плечевой кости у детей составляют 7-22% от всех переломов костей скелета. При свежих переломах плечевой кости детские травматологи - ортопеды ориентируются исключительно на консервативные методы лечения и чрескожный остеосинтез спицами. В известной степени оправданная у пациентов первых лет жизни, применительно к детям школьного возраста такая тактика в 9-28% случаев оборачивается посттравматическими деформациями и несращениями.

В последние годы все более широкое признание в лечении переломов костей конечностей находит внутренний напряженный остеосинтез устройствами с эффектом памяти формы (ЭПФ).

При околосуставных поперечных переломах проксимального сегмента плечевой кости операция осуществлялась следующим образом. Передненаружным доступом (разрез кожи в проекции дельтовидно-грудной борозды или на 1-1,5 см снаружи от нее) послойно обнажали место перелома и сопоставляли фрагменты кости. Чрескожно фиксировали их 1-2 спицами. Затем с помощью шила или электродрели на проксимальном костном отломке непосредственно в области большого бугорка рассверливали отверстие под ножку скобы, на диафизарном отломке - второе отверстие, так, чтобы расстояние между ними не превышало исходную длину спинки скобы на 1-1,5 см. Скоба охлаждалась хлорэтилом, спинка ее выпрямлялась, а ножки устанавливались под прямым углом к плоскости спинке. После этого скоба переносилась в операционную рану и ножки ее внедрялись в ранее подготовленное отверстие в кости. Через 5-10 секунд, в связи с контактным нагреванием скобы до температуры выше +25 © , проявлялся эффект памяти никелида титана, и скоба, стремясь восстановить свою первоначальную форму, упруго стягивала между собой костные отломки (межфрагментарная компрессия). Этим способом достигался надежный первично-стабильный остеосинтез. Комбинированный напряженный остеосинтез проксимального сегмента плечевой кости со стягивающей скобой и с ЭПФ в сочетании с двумя шинирующими спицами был выполнен у 12 больных. После операции гипсовая повязка не накладывалась. Поврежденную верхнюю конечность временно (до снятия швов) фиксировали повязкой Дезо, либо сразу накладывалась 8-образная ватно-марлевая повязка (запястье-шея). Через 14-20 дней спицы извлекались, а спустя 3-4 недели иммобилизация полностью прекращалась. Дети занимались лечебной гимнастикой, некоторым из них назначались физиопроцедуры, массаж.

Таким образом, примененный нами остеосинтез , обеспечивает стабильную фиксацию костных отломков, способствует формированию полного костного сращения в относительно короткие сроки и созданию оптимальных условий для ранней активизации и реабилитации больных.

2.3. Стандарты диагностики и лечения нейротравм

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА ПРИ ГЕМОФИЛИИ

Абдумавлянова Н.А., Тухтабаева К.А., Ташмухамедов А.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Гемофилия А - редкая наследуемая (сцепленная с Х-хромосомой) недостаточность свертывающего фактора VIII, а, гемофилия В - недостаточность фактора IX. Заболевают лица мужского пола, у носителей гена (женщин) признаков заболевания не отмечают. Заболеваемость гемофилией составляет 1: 1000000.

Поражения нервной системы у больных гемофилией являются сравнительно редким осложненим. Данные разных авторов свидетельствуют о том, что кровоизлияния в центральную нервную систему, которые, по мнению Silverstein (1960) в 70% заканчиваются летально, наблюдаются в среднем у 4,5% больных гемофилией Г.М.Абдуллаев (1973) отметил церебральные геморрагии у 3,8% всех обследованных больных гемофилией.

Мы наблюдали больного Ш., 9 лет, который поступил в инфекционное отделение с жалобами на судороги, повышение температуры тела, головную боль, тошноту и рвоту.

Из анамнеза: заболевание началось 07.02.2005 г. с головной боли, к вечеру отмечалось повышение температуры тела, приступы судорог. Страдает гемофилией, в связи с чем был осмотрен гематологом, но обострение заболевания было исключено. Черепно-мозговую травму родители отрицали.

Объективно: состояние оценено как тяжелое, отмечалось оглушенность, температура тела 37,20 С, кожные покровы бледные, сухие.

В неврологическом статусе: оболочечные симптомы (ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига), намек на симптом Бабинского справа. Отмечались приступы судорог с тоническим поворотом головы вправо, тонико-клоническими поддергиваниями в конечностях. Исследование глазного дна: отек дисков зрительных нервов.

На компьютерной томографии (КТ) головного мозга от 10.02.05 г. в левой височно-теменой области слева определяется неправильной формы, с неровными нечеткими контурами патологическая зона, с гиперденсивными показателями плотности патологической ткани. Размеры патологической массы в поперечнике до 46х12 мм. Плотность +78 ЕД. Патологическая ткань широко прилежит к субарахноидальному пространству. Отмечается смещение срединных структур вправо на 5 мм. Заключение: КТ-картина субарахноидальной гематомы в левой височно-теменной области с наличием масс эффекта. Признаки внутричерепной гипертензии.

После КТ-исследования выяснилось, что ребенок во время игры прыгнул и ударился головой о свое колено. Ребенок переведен в отделение гематологии. Общий анализ крови от 12.02.05 г.: Hb - 72 г/л, эр. - 3,6 . $10^{12/л}$, тр - 241.$10^{9/л}$, л.-4,0.$10^{9/л}$. АЛТ-0,15, АСТ-0,1, общий белок - 81,5. Протромбиновое время - 95%. Активированное частичное тромбопластиночное время 90/ (N-40-45/). Толерантность плазмы к гепарину > 20/ (N-8-10/). При определении времени свертывания крови она не свернулась в течение 10 мин. Фибриноген плазмы -3,55 г/л.

Диагноз: гемофилия А. Субарахноидальное кровоизлияние. Сопутствующее: Хронический гепатит С.

Лечение: трансфузии свежезамороженной плазмы, криопреципитат, пенициллин, контрикал, глюкоза, аскорбиновая кислота, дицинон, гордокс, дексаметозон, диакарб, аспаркам, бензонал, эссенциале, пирацетам.

КТ от 24.02.05г.: в левой лобной области определяется неправильной линейной формы образование с гиперденсивными показателями плотности содержимого. Патологическая масса прилежит к субарахноидальному пространству. Размер её в поперечнике до 26х6 мм. Плотность патологической ткани 45-48 ЕД. Смещение срединных структур не отмечается. КТ картина субарахноидальной гематомы в левой лобной области.

Вывод. Случай представляет интерес в связи с развитием субарахноидального кровоизлияния при легкой черепно-мозговой травме. Надежным методом диагностики является КТ, поскольку анамнез и клинические данные убедительных доказательств не дали. При своевременной постановке диагноза и адекватном лечении субарахноидальное кровоизлияние при гемофилии протекает менее тяжело, прогноз более благоприятный.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ГЕМАТОМАМИ

Абдурасулов Ф.Х., Мирзабаев М.Д, Кариев Ш.М.
Республиканский научный центр нейрохирургии

К множественным травматическим внутричерепным гематомам относят случаи одновременного образования двух или более объемных кровоизлияний, различных по отношению к оболочкам и веществу мозга или по локализации.

Мы провели анализ результатов лечения 117 больных с множественными гематомами в возрасте от 14 до 72 лет. Мужчин было 100 (85,5%), женщин - 17 (14,5%).

Были прооперированы 115 пациентов. Учитывая реоперации и двусторонние операции было произведено 135 операций. Только 2 пациента, поступившие в агональном состоянии, не были прооперированы: они погибли в первые часы после поступления в стационар.

При однополушарных гематомах все они удалены из одного доступа. При двуполушарных гематомах тактика хирургического лечения зависела от данных КТ головного мозга. Широкая декомпрессивная трепанация черепа у больных с тяжелым ушибом головного мозга, сопровождающимся острыми множественными гематомами, в ряде случаев позволила сохранить не только жизнь, но и психическую полноценность пострадавших.

Для выработки более четких показаний к методу удаления гематом мы использовали концепцию фазности клинического течения в сочетании с клиникой и данными компьютерно - томографических исследований.

Показанием к декомпрессивной трепанации черепа являлось наличие масс-эффекта на КТ, сопровождающееся одно- или двусторонним отеком мозга, корреляция КТ-данных с клиническим ухудшением больного, ухудшение по шкале

комы Глазко.

Из 115 оперированных с острыми множественными гематомами 65 больных выписаны из стационара, 50 умерли. Послеоперационная летальность составила 43,4% - сочетание двух и более гематом в несколько раз увеличило показатели смертности и послеоперационной летальности. При этом основными причинами смерти при острых множественных гематомах явились повреждение мозга, несовместимое с жизнью, тяжелые ушибы-размозжения, неудаленные или частично удаленные гематомы, вторично-стволовые нарушения.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Абдусатторов А.А., Махмудов.Х.А., Махмудов А.Ф.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Исход черепно-мозговых травм (ЧМТ) во многом зависит от эффективности медицинской помощи на догоспитальном этапе. Главной стратегической целью лечения больных с черепно-мозговыми травмами на догоспитальном этапе является сохранение витальных функций организма. Оно включает безотлагательное обследование больного на месте происшествия, оценка тяжести травмы, проведение противошоковых мероприятий, устранение нарушений внешнего дыхания и быструю транспортировку в стационар.

При лечении пострадавшего с ЧМТ на догоспитальном этапе особое внимание следует уделять борьбе с шоком, кровопотерей , ликвидации имеющихся нарушений проходимости со стороны дыхательной путей.

Экстренные мероприятия на госпитальном этапе.

а) оценка состояния больного (сознание, дыхание, гемодинамика, рефлексы)

б) поддержание проходимости дыхательных путей;

в) очищение ротовой полости от рвотных масс;

г) при сохранении самостоятельного дыхания и отсутствии повреждение шейных позвонков запрокидывание головы назад и поднятие нижней челюсти;

д) Устранение гипоксемии с помощью кислородотерапии;

В экстренных ситуациях показана искусственная вентиляция легких (ИВЛ) при:

а) отсутствии самостоятельного дыхания;

б) грубых нарушениях ритма или патологических ритмах дыхания;

в) тахипноэ более 40 дыханий в минуту;

г) клинических проявлениях гипоксии и гиперкапнии, н эффективности консервативных мероприятий.

При транспортировке пострадавших можно поддерживать ИВЛ мешком амбу через маску с помощью воздуховода, после очищения ротовой полости с подачей кислорода.

Интубацию трахеи производили в шоковой палате ПДО при отсутствии повреждения шейных позвонков, при наличии повреждений шейных позвонков предпочтение отдавали назотрахеальной интубации.

В шоковой палате ПДО важными мероприятиями для стабилизации гемодинамики являются:

1) катетеризация центральных вен,

2) инфузионная терапия (стабизол, реополиглюкин, кристаллоиды),

3) при гипотонии (сист АД< 90 мм рт.ст.) преднизолон 90-150 мг;

4) при неэффективности вазопрессоры (допамин 5-20 мкг/кг/мин);

5) при гипертензии :

- имехин 4 мл 1% +раствор глюкозы 5% 400,0;
- натрий нитропруссид 30мг + 400,0 кристаллоиды;
- пентамин 5% 0,3-0,5 на 20,0 физраствора в/в;

6) катетеризация мочевого пузыря.

После стабилизации гемодинамики пострадавшие переводятся в реанимационное отделение или при необходимости экстренного оперативного вмешательства в операционный блок.

РОЛЬ ЭХО-ЭГ В ДИАГНОСТИКЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Абиров Х.Т., Хакимов Л.М., Дусткобилов У.Н.
Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП

Своевременное выявление внутричерепных гематом при черепно-мозговой травме (ЧМТ) является актуальной проблемой экстренной медицины.

Цель исследования: изучение достоверности результатов Эхо-ЭГ диагностики при тяжелых ЧМТ; своевременное выявление внутричерепных гематом для разрешения оптимизации метода лечения.

Исследование проводилось с января 2008 г. по сентябрь 2009 г. Под наблюдением находились 65 больных с диагнозом сочетанной травмы и тяжелой черепно-мозговой травмы.

Метод Эхо-ЭГ построен на определении смещения срединных структур головного мозга. Смещения могут быть на 1,5-2 мм и более при измерении с обеих сторон. Наряду с этим показателем, мы обращали внимание на раздвоение пиков эхо-волн и пучков дополнительных эхо-пульсаций, указывающих или позволяющих заподозрить наличие объемного образования внутри черепа. Обследование проводилось на компьютеризированном ЭхоЭГ переносном аппарате Сономед - 315 (Россия), с помощью датчика мощностью 2 мГц в основном в первые часы поступления больных. Если первое обследование Эхо-ЭГ не указывало на смещение М-Эхо или смещение было незначительным, то через 2 - 4 - 6 часов в проводили повторное исследование. Вместе с Эхо-ЭГ выполняли дополнительные рентгенографические исследования и осмотр специалистов для решения вопроса об оперативном вмешательстве. У 53 из 60 оперированных с ЧМТ было смещение М-Эхо на 2 мм и более, у 3 на 8-10 мм.

У 53 или (81%) больных Эхо-ЭГ-диагностика оказалась достоверной, у 12 (18,4%) недостоверной. Причина недостоверности связана с малыми объемами эпидуральных гематом и локализацией их в задней черепной ямке, не поддающейся эхолокации в битемпоральных отведениях. Результаты Эхо-ЭГ-исследования подтверждены КТ-исследованиям и послеоперационными заключениями.

Вывод. Эхо-ЭГ является важным диагностическим методом наряду с другими методами выявления внутричерепных гематом при ЧМТ.

Эхо-ЭГ простой, экономически выгодный, достоверный метод диагностики повреждений головного мозга.

ШОШИЛИНЧ НЕЙРОХИРУРГИЯ АМАЛИЁТИ ДИАГНОСТИК СТАНДАРТЛАРИДА КЎЗ ТУБИ ҲОЛАТИНИ ЎРГАНИШНИНГ АҲАМИЯТИ

Акбарова М.А.,Тураева Ё.М., Махмудов Н.И.
РШТЁИМ Фарғона филиали

Кейинги йилларда нейроофтальмология клиник амалиётига электроэхоэнцефологрфия, компьютер-томографияси, магнит резонанс компютер томографияси каби янги замонавий текширув усуллари кириб келиши, бош мия патологияларини аниқланишда диагностика сифатини яхшилашга олиб келди. Шу билан биргаликда бемор учун зарарсизлиги, ҳар бир беморда унинг холати қандайлигидан қатъий назар, ҳар қандай шароитда қўллаш мумкинлиги ва қўшимча маблағ талаб этмаслиги хусусиятлари билан кўз тубининг холатини ўрганиш бош мия патологияларини аниқлашда асосий диагностик методлардан бири хисобланиб қолмоқда.

Кўз туби холатини бош мия патологиялари билан узвий боғлиқлигини аниклаш мақсадида РШТЁИМФФ нейрохирургия бўлимида 2004-2009 йиллар давомида даволанган 614 беморни клиник текширув натижалари тахлил қилинди. Нейрохирургия бўлимида бош мия шикастланишлари билан даволанган беморларда ангиоспазм 41 та (6,6%), ангиопатия 328 (54,3%), кўрув нерви дискини I боскичдаги димланиш 48 (7,9 %), II боскичидаги димланиши 16 (2,5%), III боскичдаги димланиниши 4 (0,5%) беморларда аниқланди.

Бош мия ёпиқ шикастланишлари, бош мия лат ейиши билан келган беморларни 7 тасида (1,1%) кўзни харакатлантирувчи нервлар, n. trochlearis, n. abducens, n. oculomotorius ни марказий шикастланиши, парези ва кўз олмасида паралитик ғилайлик, 23 тасида (3,7%) парез конвергенция, 41 тасида (6,6%) горизонтал нистагм холатлари аниқланди.

Беморларга шошилинч жаррохлик, консерватив муолажалар ўтказилгач, 5-6 кундан сўнг, куз туби холати қайтадан текширилди ва кўрув нерви диск шиши, диаметри, шишасимон танада олдинга силжиши камайди.Торайган тўр парда марказий артерия калибри меёрлашди,тўр парда марказий веналар эгрилиги тўғриланди, тўр пардадаги қон қуйилишлар сўрилди.

Кўрув нерви диски димланган беморларда бош ички босимини бартараф этишдан ташқари, кўрув нерви дискида субатрофия боскичини олдини олиш мақсадида микроциркуляцияни яхшилаш учун Sol. Emoxipim 1% - 0,5, Sol. Trentali 0,2 % 0,5, Sol Taufoni 4% - 0,5 инъекциялар парабульбар клетчаткага жўнатилди.

Текширув натижалар шуни кўрсатадики, бош мия шикастланишларида кўрув нерви дискидаги, тўр парда қон томирларидаги ўзгаришлар ,бош мия ичидаги патологик холатнинг оғирлигига узвий боғлик бўлиб ,беморларнинг холати яхшиланган сари ижобий томонга ўзгариб боради.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Арзикулов Т.Н., Равуфов Х.А., Муминова Р.Т., Ибрагимов Б.Х.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Главным в хирургической тактике при осложненной травме шейного отдела позвоночника с повреждениями спинного мозга является скорейшая декомпрессия спинного мозга, которая состоит из 3-х этапов: удаление костных отломков эпи и субдуральных гематом, мозгового детрита, открытые исправления деформации позвоночного канала и стабилизация шейного отдела позвоночника под электронно-оптическим преобразователем (ЭОП). За последние 5 лет в отделении нейрохирургии Джизакского филиала РНЦЭМП с осложненным переломом шейного отдела позвоночника 6 больным мужского пола (средний возраст 27 лет) было произведена операция задней декомпрессии спинного мозга путем ламинэктомии. У 2 больных была спортивная травма 4 получили травму в (дорожно-транспортном происшествии).

Основным показанием к оперативному лечению травматического повреждения шейного отдела позвоночника из заднего доступа являлись переломы дуг, остистых и суставных отростков с вдавлением спинного мозга.

В дооперационное обследование включалась рентгенография шейного отдела в 2-х проекциях, общий анализ крови и мочи, анализ крови на группу и резус - фактор, биохимическое исследование крови: общий белок, билирубин (непрямой, прямой), глюкоза, мочевина, щелочная фосфотаза, АЛТ, АСТ, электролиты (K, Na, Ce, Ca); коагулограмма, протромбиновый индекс, уровень фибриногена, исследование крови на RW, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости.

Клиническое консультирование и обследование врачей: терапевта, невропатолога, травматолога, хирурга, уролога по показаниям.

С целью профилактики гнойных осложнений вводили внутривенно гепоцеф 1,0 г за 30-60 минут до операции. 4 больных были прооперированы в течение первых суток, 2 больных из-за тяжести состояния - на 3-4 сутки. Операция производилось под контролем ЭОП. После удаления костных отломков, эпи-субдуральных гематом, мозгового детрита, элементов грыжи диска под ЭОП контролем, проводили открытую репозицию смещения и фиксацию позвоночника металлопроволокой.

В послеоперационном периоде больные соблюдали постельный режим в течение 2-х суток, затем назначали физиотерапевтические процедуры для предупреждения пролежней. Больные получали анальгетики, спазмолитики, курс витаминотерапии, для предупреждения инфекционных заболеваний со стороны легких, мочевого пузыря и операционных ран назначали антибиотики (гепоцеф 1,0-2 раза в день) в течение 5 дней, Соломедрол в течение 3 суток. За больными велось динамическое наблюдение. У больных отмечалась положительная динамика, включающая постепенное появление движения и чувствительности в верхних и нижних конечностях. У 2 больных из-за тяжелого состояния и восходящего отека спинного мозга, с последующим параличом центра дыхания и сердечно-сосудистой системы на 4-5 сутки после операции наступала биологическая смерть.

Таким образом, при сложных переломах шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга в экстренной медицине наиболее оптимальным является задняя декомпрессия спинного мозга путем ламинэктомии с последующей стабилизацией. Такая операция позволяет рано активизировать парализованного пациента и способствует полноценной реабилитации.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ГРУДОПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ

Арзикулов Т.Н. , Ибрагимов Б.Х., Усаров А.Ж., Бегимкулов Ш.Т., Расулов А.Э.
Джизакский филиал РНЦЭМП

В течение последних десятилетий отмечается увеличение числа повреждений позвоночника и спинного мозга, что обусловлено, вероятно, ростом промышленного и транспортного травматизма, на долю которого приходится 64% травм позвоночника и спинного мозга. Осложненные множественные переломы грудопоясничных позвонков составляют 30% от всех переломов этого уровня. Хирургического лечение сложных переломов позвоночника и спинного мозга остается актуальной проблемой. В настоящее время в хирургии позвоночника все больше применение находит декомпрессивно - стабилизирующий подход.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения осложненных травм грудопоясничного отдела позвоночника.

В течение 5 лет в отделении нейрохирургии Джизакского филиала РНЦЭМП 11 больным с осложненным переломом нижнегрудного и поясничного отдела позвоночника была произведена задняя декомпрессия спинного мозга путем ламинэктомии. С помощью операционного стола путем реклинации восстановлено смещение позвонков с последующей стабилизацией позвоночных сегментов с применением транспедикулярного фиксатора.

Средний возраст больных составил 32 года, мужчин было 8, женщин -3. С повреждением на уровне. ThXII - LI было 5 больных, LI-LII- 4, LIII - LIV - 2. У всех больных при поступлении отмечались различные неврологические нарушения в виде нижней параплегии с нарушением чувствительности и функции тазовых органов ниже уровня повреждения.

Все больные были проконсультированы урологом, хирургом, травматологом для исключения повреждения других органов. Больным произведена рентгенография позвоночника в двух проекциях. Двум больным проведено КТ - исследование. Все больные были оперированы в течение первых суток. Операция производилась под контролем электронного оптического преобразователя. Во время операции у больных при ревизии спинного мозга обнаружена картина тяжелого ушиба спинного мозга с множественными кровоизлияниями и мозговыми детритами, множество костных осколков, элементы грыжи диска позвоночника, эпи - и субдуральные гематомы. При контрольном рентгенологическом исследовании мы убедились в надежной фиксации поврежденного сегмента. Послеоперационный период протекал гладко. Проводился комплекс консервативной терапии: солу-медрол в течение 3 суток, антибиотикотерапия, профилактика пневмонии, цистита, контрактур и пролежней (ранняя активация, массаж нижних конечностей, физиотерапия). За больными велось динамическое наблюдение. У них отмечала положительная динамика, включающая постепенное появление движений и чувствительности в нижних конечностях, налаживание функций тазовых органов, за исключением 2 больных, у которых при операции обнаружен полный анатомический перерыв спинного мозга.

Таким образом, при сложных переломах грудопоясничного отдела позвоночника в экстренной медицине оптимальным является задняя декомпрессия спинного мозга путем ламинэктомии с последующей стабилизацией позвоночных сегментов с применением транспедикулярного фиксатора, который позволяет рано активизировать больных и приступить к их реабилитации.

СЛУЧАЙ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ ИНТИМЫ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

Арифджанов Ш.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ишемический инсульт представляет собой гетерогенный клинический синдром. Согласно международным критериям TOAST, выделяют несколько патогенетических вариантов ишемического инсульта, частота которых в популяции в среднем составляет:

1) атеротромботический - более 50%;2
2) кардиоэмболический - около 20%;
3) лакунарный - около 15%;
4) гемодинамический - около 8%;
5) гемореологический - около 7%.

Кроме того, существуют редкие (синдром моя-моя, инсульт на фоне воспаления стенки сосуда - васкулит- и др.), а также недифференцированные формы. Лечение и вторичная профилактика ишемического инсульта должны проводиться с учетом его патогенетического варианта. К редким вариантам патогенетических механизмов острой ишемии головного мозга относится расслаивание (диссекция) стенки артерии. Диссекция мозговых артерий впервые описана в середине прошлого столетия. Считалось, что она имеет только травматический генез и сопровождается тяжелой неврологической симптоматикой. С конца 70-х годов XX в., благодаря применению ангиографии, стали появляться сообщения о спонтанных диссекциях сонных и позвоночных артерий, приводящих к развитию инсультов.

Артериальная диссекция является результатом продольного надрыва сосудистой стенки с образованием интрамуральной гематомы в зоне интима-медиа. В литературе наиболее часто используется термин "диссекция церебральных артерий" или "спонтанное интрамуральное кровоизлияние" и "спонтанное интрамуральное кровоизлияние в интракраниальных артериях". Спонтанная диссекция мозговых артерий (СДМА) выявляется, по разным данным, в 10-20% случаев инсульта у больных молодого возраста. При этом приблизительно у 15% пациентов в патологический процесс вовлекаются два или более сосудов. Частота выявляемости СДМА зависит от диагностических возможностей клиник, осведомленности и компетентности неврологов, однако во многих случаях эта патология остается не установленной даже при наличии церебральной ишемической симптоматики у молодых больных. По литературным данным, диссекция чаще наблюдается в экстракраниальных сосудах - 88% (каротидная - 58%, вертебральная -30%), в интракраниальных сосудах она встречается у 12% пациентов, причем у 19%, из этих больных наблюдалась множественная артериальная диссекция.

Наиболее распространенным методом диагностики СДМА является стандартная церебральная ангиография. В последние годы широкое распространение получили МР-АГ и КТ-АГ. Прямой признак СДМА - обнаружение интрамуральной гематомы в стенке сосуда при стенозе (окклюзии) расслоившейся артерии. Ангиографические изменения сосуда при

диссекции представлены: 1) неравномерностью его просвета (38%); 2) стенозом по типу "крысиного хвоста" (28%); 3) полной окклюзией сосуда (28%); 4) образованием псевдоаневризмы или расслаивающей аневризмы (5%); 5) типичен ложный ("двойной") просвет сосуда в области стеноза.

Ультразвуковое исследование фиксирует неспецифические нарушения стенки сосуда и кровотока, требующие дальнейшей верификации. Ультразвуковые методы идеальны для текущего контроля развития заболевания.

Цель работы: изучение особенностей клинического течения, диагностики и лечения ишемического инсульта на фоне травматической диссекции интимы сонной артерии у пациента молодого возраста.

Под наблюдением находился больной У., 1988 г.р. Доставлен в РНЦЭМП с клиникой "инсульта в ходу", развившегося после разбойного нападения с попыткой удушения. В процессе наблюдения у больного отмечался прогрессирующий неврологический дефицит в виде левостороннего гемисиндрома, первоначально расцененный как невротический (стрессорный), тем более, что при нейровизуализации (МСКТ головного мозга) очагового поражения в первые часы не выявлено. Однако в связи с прогрессированием гемипареза повторенная через 8 часов и на 3 сутки МСКТ подтвердила обширное очаговое ишемическое повреждение правого полушария, что послужило основанием для прицельного исследования церебральных артерий с помощью ультразвукового (ЦДС) и рентгеноконтрастного ангиографического методов. В итоге выявлена тотальная окклюзия правой каротидной системы, наступившая в результате тромбоза на фоне травматической диссекции интимы правой внутренней сонной артерии.

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НАГНОИВШИХСЯ КЕФАЛОГЕМАТОМАХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Ахмедиев М.М.,Туляганов Б.А.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Среди широкого круга врачей распространено мнение о том, что кефалогематомы у новорожденных быстро и бесследно рассасываются, но между тем в большинстве случаев этого не происходит. Напротив, наступает инкапсуляция кефалогематом, что приводит к таким серьезным осложнениям, как нагноение кефалогематомы, которое влечет за собой абцедирующий менингоэнцефалит и абцессы головного мозга.

В детском нейрохирургическом отделении Республиканского научного центра нейрохирургии на лечении находились 220 новорожденных с кефалогематомами в возрасте от 10 дней до 10-месячного возраста из них 20 детей с нагноившимся кефалогематомами оперированы в возрасте от 10 недель до 20 недель. У 170 новорожденных жидкиме кефалогематомы аспирированы до 15 дневного возраста. У 12 детей нагноившиеся кефалогематомы сочетались с менингоэнцефалитом, у 8 с абцессами головного мозга. У новорожденных произведена малоинвазивная операция (дренирования) абцессов головного мозга по жизненным показаниям. Всем новорожденным с нагноившимся кефалогематомами в послеоперационном периоде проводилась комплексное лечения.

Из 20 новорожденных с нагноившимся кефалогематомами умерли 4. Причиной летального исхода были гнойная бронхопневмония(2), абсцедирующий менингоэнцефалит(2).

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о том, что показания к хирургическому лечению при нагноившихся кефалогематомах должны ставиться экстренно по жизненным показаниям. Оперативное вмешательство должно быть малоинвазивным. С целью профилактики нагноения кефалогематом в первые 3 дня жизни новорожденных как метод лечения должна широко использоваться ранняя аспирация.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РОДОВЫМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Ахмедиев М.М., Голеусов С.В.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Диагностика родовых внутримозговых кровоизлияний основывается на изучении акушерского анамнеза, особенностей течения родов, данных неврологическом обследовании и специальных методов исследования. Всем больным с родовыми внутримозговыми кровоизлияниями при поступлении проводят общий осмотр, оценивают неврологический статус и клинические проявления синдромов. Тяжесть состояния больных оценивали в соответствии с классификацией родовых внутримозговых кровоизлияний. Основным показателем для оценки тяжести состояния считали уровень сознания по шкале ком Глазго при поступлении, к моменту операции и в послеоперационном периоде. При внутричерепной родовой травме нарушения мозгового кровообращения развиваются во всех отделах мозга, поэтому в клинической картине преобладают диффузные неврологические расстройства. Очаговые полушарные неврологические расстройства оценивали как: 1) легкие – при анизорефлексии, нарушениях чувствительности, нестойких парезах лицевой мускулатуры; 2) умеренные – при моно- или гемипарезе в 2-3 балла, односторонних патологических стопных рефлексах; 3) выраженные – при парезах до 1 балла и/или плегии, грубых парезах лицевой мускулатуры. На КТ или МРТ головного мозга измеряли размеры и объем внутримозговой гематомы, поперечную дислокацию срединных структур головного мозга. Оценивали деформацию и заполнение кровью базальных и охватывающей цистерн, субарахноидального пространства, величину латерального смещения IV желудочка, наличие очагов повышенной плотности в желудочках мозга (степень заполнения желудочков мозга свертками крови), выраженность острой внутренней гидроцефалии по расширению соответствующих отделов желудочков мозга в сопоставлении с исходными размерами или показателями нормы. В выбору метода оперативного вмешательства находили индивидуально. Определяющими являлись: тяжесть состояния больного, уровень нарушения сознания, клинические проявления дислокационного синдрома, сроки с момента развития признаков сдавления, локализация гематомы, величина смещения срединных структур, сдавление базальных и охватывающей цистерн, степень заполнения желудочков мозга свертками крови, признаки окклюзионной гидроцефалии.

Таким образом, ранняя госпитализация и хирургическое лечение детей с родовыми внутримозговыми кровоизлияниями, выбор оптимального метода лечения значительно снижают послеоперационную летальность и улучшают исходы при использовании мало-инвазивных оперативных вмешательств.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННОЙ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Ашуров З.И., Тажибаев А.Т, Исмаилов А.И, Шарифбаев С.А, Хайдаров У.А.
Наманганский филиал РНЭЦМП

Наиболее частой причиной повреждения шейного отдела позвоночника и спинного мозга являются падение с высоты и автотравмы. Цель настоящей работы -разработка тактики дифференцированного патогенетического лечения больных с данным механизмом травмы. В 2006-2009 гг. в нейрохирургическом и нейрореанимационном отделениях Наманганского филиала РНЦЭМП находились 26 больных, из них 22 (84%) мужчины и 4 (16%) женщины. При обследовании пострадавших использовали клинико-неврологический осмотр, специальные рентгенологические методики, компьютерную томографию. Консервативная терапия проводилась 14 (55%). У данной категории больных операцией выбора является хирургическая декомпрессия и фиксация поврежденного сегмента, которая осуществляется в ранние сроки. Необходимое условие улучшения результатов хирургического лечения осложненной травмы шейного отдела позвоночника- стабилизация жизненно важных функций организма. Это может отодвигать сроки проведения оперативного вмешательства.

С удовлетворительным результатом выписаны 5 (19%) больных, с умеренным улучшением - 12 (46 %), у 2 (7,6) больных динамики неврологических симптомов не отмечалось У 7 (26,9%) больных наступил летальный исход, у 4 (15,3%) обусловленный интракраниальными причинами: прогрессирующим отеком мозга с дислокацией и компрессией ствола мозга, а также воспалительными осложнениями. У 3 (10%) больных непосредственными причинами смерти были экстракраниальные осложнения: пневмонии, сепсис, печеночно-почечная недостаточность.

Заключение. При осложненной травме шейного отдела позвоночника хирургическое лечение показано в первые часы от момента травмы. Нестабильность жизненно важных функции организма, в первую очередь гемодинамики, является основной причиной проведения оперативного лечения в более поздние сроки.

КРАНИОЦЕФАЛ ЖАРОҲАТЛАР ВА ЎТКИР РЕСПИРАТОР ИНФЕКЦИЯ БИРГА УЧРАГАНДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Баҳодирова А.Н., Усмонов А.Н., Тўхтабеков З.Л., Бабаджонова З.О.
Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази

Болаларда краниоцефал жароҳатлар ва ўткир респиратор инфекция(ЎРИ) бирга учраши кўп қайт этилади.

Ишнинг мақсади нейрохирургия бўлимида "Краниоцефал жароҳатлар ва ўткир респиратор инфекция(ЎРИ)"ташхиси билан даволанган беморларни таҳлил қилишдан иборат.

2009 йил давомида РШТЁИМда 113 бемор краниоцефал жароҳат ва ЎРИ ташхиси билан даволанган. 113 бемордан: 1-гуруҳда 40 (35,3%)та 1 ёшгача бўлган беморлар, 2-гуруҳда 30 (26,5%)та 1ёшдан 3 ёшгача бўлган беморлар, 3-гуруҳда 23 (20,3%)та 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган беморлар, 4-гуруҳда 20 (17,7%)та 7 ёшдан 14 ёшгача бўлган беморлар ташкил қилган. қиш мавсумида 48та, баҳор мавсумида 17та, ёз мавсумида 7та, куз мавсумида 38та беморлар касалланган. Шу беморлардан 20 (17,7%)тасига бош мия чайқалиши ва ЎРИ, 23 (20,3%)тасига беморда бош мия лат ейиши енгил даражада ва ўРИ, 30 (26,5%)тасига беморда бош мия лат ейиши ўртача оғир даражада ва ЎРИ, 38(33,6%)тасига бош мия лат ейиши оғир даражада ва ЎРИ ташхиси қўйилган. Беморларга ташхис қўйишда компьютер томография (КТ) ва мультислайс компьютер томография (МСКТ), ЭХО-ЭС, ЭЭГ, краниография, нейроофтальмолог, ТКДГ, нейросонография, педиатр кўриги, ЛОР кўриги, умумий қон ва сийдик анализи, айрим ҳолларда люмбал пункциядан фойдаланилди. Бош мия чайқалиши, бош мия лат ейиши енгил даражадаги ва ЎРИ клиникаси устун бўлган беморлар педиатрия бўлимида кузатилиб даволанди (бу беморларда тана ҳароратининг гектик даражагача кўтарилиши, иштаҳасизлик, ҳолсизлик кўпроқ кузатилган). Бош мия лат ейиши ўртача оғир, оғир даражада бўлган ва ўРИли беморлар болалар нейрохирургияси бўлимида даволанган. Бу беморларда краниоцефал жароҳат белгилари устун бўлган (умуммия, ўчоқли, ва менингеал белгилар). Даволаш краниоцефал жароҳатларда стандарт даволаш доирасида ва қўшимча, ўРИни ҳисобга олган ҳолда, вирусга қарши ва антибактериал препаратлар ва инфузиядан фойдаланилди. Стационар давр бош мия чайқалиши ва ЎРИда 3-5 кун, бош мия лат ейиши енгил даражаси ва ЎРИда 5-7 кун, бош мия лат ейиши ўртача оғир даражаси ва ЎРИда 7-9 кун, бош мия лат ейиши оғир даражаси ва ЎРИда 9-14 ўрин кунини ташкил этди.

Хулоса қилиб айтганда, таҳлил натижалари шуни кўрсатмоқдаки, краниоцефал жароҳат ва ўРИ бирга учраши ҳоллари кўпроқ 1 ёшгача бўлган болаларда ва аксарият қиш ва куз мавсумларида кузатилган. Ташхис қўйиш, солиштирма ташхис ва даволаш педиатр ва нейрохирург ҳамкорлигида олиб борилиши юқори самарали натижалар берди.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ПОСТРАДАВШИХ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Бекчанов Х.Ю., Машарипов Б.О., Нурматов И.З.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Изучены истории болезни 580 стационарных больных с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), лечившихся в отделении травматологии Хорезмского филиала РНЦЭМП в 2008-2009 гг. Состояние алкогольного опьянения было зарегистрировано у 167 (36,3%), в том числе у 142 мужчин и 25 женщин. Субдуральная гематома имела место у 5, эпидуральная гематома – у 4, ушиб головного мозга III ст. – у 20, ушиб головного мозга II ст. – у 28, ушиб головного мозга I ст. – у 23, сотрясение головного мозга – у 60, сочетанная травма – у 17. По данным В.В.Яра и соавт. (1990), состояние алкогольного опь-

янения при черепно-мозговой травме отмечается в 10-15% случаев. Пострадавшие с ЧМТ нередко обращаются за медицинской помощью через 2-3 суток после травмы, когда признаков алкогольной интоксикации обнаружить уже не удаётся.

Нередко дежурный врач ощущает явный запах алкоголя в выдыхаемом воздухе, а в крови алкоголь не обнаруживается, что также занижает процент лиц в состоянии опьянения. Иностранные авторы указывают на более высокую частоту алкоголизации при ЧМТ - до 44 - 50% (Хейккинен Е. и др., 1981; Галбрайт С., 1987). Исследование крови на содержание алкоголя должно проводиться каждому пострадавшему с ЧМТ, особенно при дорожно-транспортных происшествиях и производственной травме. В крови содержание алкоголя у больных с ЧМТ составляло от 0,05 о/оо (остаточные явления опьянения) до 2,5 - 4,0 о/оо и более (опьянение тяжелой степени).

Лица в состоянии алкогольного опьянения должны рассматриваться как группа повышенного риска в плане возможного получения ЧМТ, так как они часто теряют контроль за своими действиями. Наличие алкогольной интоксикации значительно утяжеляет течение ЧМТ и нередко затрудняет своевременную диагностику. Имеется вероятность упущения наличия травматического сдавления головного мозга у этих пациентов. Поэтому данная группа больных требует особого внимания со стороны дежурного медицинского персонала больниц. Во всех стационарах для взрослого населения в составе приёмных отделений выделены специальные изоляторы, где пациенты, поступившие в состоянии алкогольного опьянения, наблюдаются дежурными врачами и средним медперсоналом от нескольких часов до суток и более. За это время проводятся все необходимые диагностические исследования (краниограммы, ЭхоЭС, КТ), осмотры смежных специалистов. Осуществляется дезинтоксикационная терапия. По мере выхода больных из состояния алкогольного опьянения уточняются анамнез и диагноз. Если убедительных данных за наличие ЧМТ не устанавливается, то пациентов отпускают домой. При признаках сдавления головного мозга решается вопрос о переводе пострадавших в реанимационное отделение или в палату интенсивной терапии и о целесообразности оперативного вмешательства.

Таким образом, больные в состоянии алкогольного опьянения должны рассматриваться как группа повышенного риска в плане возможного получения тяжёлой ЧМТ, в связи с этим они требуют повышенного внимания со стороны медицинского персонала скорой помощи, приемных отделений больниц. Наличие алкогольной интоксикации затрудняет диагностику ЧМТ и утяжеляет течение травмы.

К ВОПРОСУ О СТАНДАРТАХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОДОЛЬНЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ

Бекчанов Х.Ю., Машарипов Б.О., Нурматов И.З.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

До настоящего времени отсутствует единое мнение относительно лечебной тактики в остром периоде черепно-мозговой травмы (ЧМТ),сопровождающейся переломом основания средней черепной ямки (височной кости), осложнённым ушной ликвореей. Структуры средней черепной ямки повреждаются в 83% всех случаев перелома основания черепа, а продольный перелом пирамиды височной кости встречается значительно чаще (70-90%), чем поперечный. Ушная ликворея как осложнение всех черепно-мозговых травм составляет 2,5-4% ,при этом риск развития менингита достигает 13-25%.

Цель работы: усовершенствовать и уточнить стандарты лечения больных в остром периоде ЧМТ, сопровождающейся продольным переломом височной кости, осложненным ушной ликвореей.

Проанализированы результаты обследования в 2008-2009 гг. 20 пациентов с продольным переломом височной кости в остром периоде ЧМТ, из них женщин 5, мужчин -15. Ушиб головного мозга III ст. был у 4, ушиб головного мозга II ст. - у 11, ушиб головного мозга I ст. - у 3, сочетанная травма - у 2. У 5 больных имела место ушная ликворея, из них 1 женщина и 4 мужчин, в возрасте от 17 до 50 лет. Диагноз во всех случаях был верифицирован на основании анамнестических данных, жалоб пациентов, оценки отоскопических данных, исследований слуховых и вестибулярных функций, биохимического исследования отделяемого из ушей и полости носа, рентгенологических (краниография, КТ) исследований. У 14 больных диагноз продольного перелома пирамиды височной кости выставлен на основании данных рентгенологических исследований, у 6 - после компьютерной томографии.

Лечебная тактика носила комплексный, консервативный характер. Обязательным условием комплексного лечения наших пациентов являлись разгрузочные люмбальные пункции и курс терапии, направленный на снижение продукции цереброспинальной жидкости. Строгий постельный режим, ограничение приема жидкости до 1-1,5 л в сутки. Проводилась антибактериальная, дегидратационная, общеукрепляющая и симптоматическая терапия. С целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений в сочетании с общей антибактериальной терапией использовали местно турундочки с антибиотиками, которые вводились в наружный слуховой проход 2-3 раза в день.

В результате проведенного лечения в течение 2-4 недель практически у всех больных был получен хороший анатомический и функциональный результат. Перфорации барабанной перепонки (дефект костно-хрящевого кольца) зарубцевались, что сопровождалось объективно восстановлением слуховой функции, субъективно -уменьшением шума. У всех 5 больных с ушной ликвореей удалось избежать формирования ликворного свища, что подтверждалось обследованием их в отдалённые сроки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМ АКСОНАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Бобоев Ж.И., Мирзабаев М.Д., Кариев Ш.М., Порсаев А.И.
Республиканский научный центр нейрохирургии

В связи с успехами современной реаниматологии и нейрохирургии все большее число больных переживают кому, однако у некоторых из них восстановление сознания задерживается на длительный срок, а у части больных оно не восстанавливается вообще.

Цель исследования - изучение сроков стабилизации состояния и результатов лечения больных с диффузным аксональным повреждением (ДАП).

Обследован 21 больной в возрасте от 6 до 40 лет с тяжелой черепно-мозговой травмой (мужчин -6, женщин -15), на-

ходившихся на лечении в РНЦНХ в 2003 - 2009 гг.

На момент первичного осмотра больных уровень сознания по шкале комы Глазго у них составлял от 4 до 8 баллов. Среди неврологических симптомов чаще выявлялись парез взора вверх, снижение или отсутствие корнеальных рефлексов, двустороннее угнетение или выпадение окулоцефалического рефлекса, вегетативные расстройства. При компьютерном томографическом исследовании визуализировались мелкоочаговые геморрагии в белом веществе головного мозга, подкорковых и стволовых структурах. Всем пострадавшим проводилась интенсивная терапия согласно принятым стандартам лечения больных, находящихся в коме.

Из 21 больного погибли 3 детей и 6 взрослых. Причиной летального исхода явились прогрессирующий отек и набухание головного мозга. У 12 пострадавших наступила стабилизация состояния жизненно важных органов. Уровень сознания у 3 оценен на 28 сутки от момента травмы по шкале исходов Глазго в 5 баллов (тяжелая несостоятельность: физический, познавательный или эмоциональный дефект, исключающий самообслуживание). У 4 больных состояние оценено в 4 балла (нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, глубокий двигательный дефицит). У 5 больных оценка по шкале составила 3 балла (апаллический синдром: функции глубокого нарушения, сохранены фазы сна и бодрствования, больные находятся в условиях специального ухода). В дальнейшем у 2 больных отмечалась положительная динамика со стороны сознания. Отмечены периоды бодрствования - больные начали фиксировать взгляд, выполнять элементарные команды и узнавать близких.

Таким образом, одним из исходов ДАП мозга является вегетативное состояние - апаллический синдром. Вопрос стандартизации лечения больных с апаллическим синдромом требует дальнейшего изучения.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

Бурханов И.М., Алейник В.А., Давлатов Б.Н.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Частота встречаемости черепно-мозговой травмы (ЧМТ) в среднем составляет 3-4 на 1000 населения. Течение травматической болезни нередко сопровождается травматическими внутричерепными кровоизлияниями (ТВК), при которых отмечается наибольшее число осложнений, ведущим патогенетическим звеном которых является нарушение иммунитета. Развивается стрессорный иммунодефицит, нейрогенная иммунодисфункция и иммунный паралич. Осложнения приводят к высокому проценту инвалидизации, а летальность больных с ТВК, несмотря на развитие нейрохирургии и внедрение современных комплексных методов лечения, остается высокой, особенно у лиц старше 40 лет, и составляет, по данным отечественных и зарубежных авторов, от 17 до 43%.

Используемые в настоящее время методы диагностики иммунологических нарушений у больных с механическими травмами, в том числе и с ЧМТ, направлены в основном на оценку клеточного иммунитета. Эти способы недостаточно информативны, поскольку для прогнозирования возникновения воспалительных осложнений учитывают ограниченную часть механизмов, участвующих в защитной реакции организма. Кроме того, эти способы позволяют прогнозировать возникновение воспалительного осложнения тяжелой травмы не на ранней стадии, а уже после появления некоторых характерных для тяжелой травмы симптомов.

Цель: улучшение лечения ТВК путем оптимизация методов их профилактики с учетом особенностей их проявлений, а также оценка состояния регионарного иммунитета.

На основании полученных результатов нами разработаны и внедрены лечебно - профилактические меры по профилактике осложнений ТВК, основанные на стимуляции регионарного иммунитета.

Изучение соотношения провоспалительных интерлейкинов - IL-1, IL-6 и TNFα, а также противовоспалительных - IL-4, сывороточного и индуцируемого интерферона, определение индивидуальной чувствительности к иммуномодуляторам, интерферонам и индукторам интерферона в первые сутки позволяют оценить степень нарушения иммунной защиты на раннем этапе и прогнозировать возникновение воспалительных осложнений в остром периоде тяжелой ЧМТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Голеусов С.В., Ахмедиев М.М., Тулаев Н.Б., Эшкувватов Г.Э.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Цель: определить влияние тяжести ушиба головного мозга и эффективность оперативного лечения детей с травматическими эпидуральными гематомами в сочетании с ушибами головного мозга на исход лечения.

Проанализированы результаты оперативного лечения травматических эпидуральных гематом у 38 пострадавших в возрасте от 3 до 15 лет. Все больные были разделены на 3 группы: 1-я группа – дети с эпидуральными гематомами в сочетании с ушибом головного мозга легкой степени. 2-я – в сочетании с ушибом мозга средней степени, 3-я - в сочетании с ушибом мозга тяжелой степени. Уровень сознания при поступлении оценивали по шкале комы Глазго (ШКГ). Всем больным перед оперативным вмешательством проводилось клинико-неврологическое обследование, КТ или МРТ головного мозга. Все дети были оперированы в остром периоде черепно-мозговой травмы. У 24 пациентов выполнена краниотомия, у 14 - краниоэктомия. Результаты лечения оценивались с использованием шкалы исходов Глазго (ШИГ).

У больных 1-й группы оценка уровня сознания по ШКГ составляла 14 - 11 баллов; 2-й - 10-8 баллов; 3-й - ниже 8 баллов. Анализ результатов лечения детей, оперированных по поводу травматических эпидуральных гематом в сочетании с ушибами головного мозга, показал, что исход лечения зависел от исходного уровня сознания ребенка и степени ушиба головного мозга. Технику трепанации черепа (краниотомия или краниоэктомия) определяла степень ушиба головного мозга. У детей 1-ой группы после оперативного удаления травматических эпидуральных гематом быстро наступала компенсация и восстановление уровня сознания, что соответствовало выздоровлению и умеренной инвалидиза-

ции по шкале исходов гематомы. Во 2-й группе имели место случаи грубой инвалидизации. В 3-й группе у большинства детей наступила грубая инвалидизация, отмечено 2 смертных случая.

Выводы. КТ и МРТ головного мозга позволяют определить степень ушиба головного мозга, выраженность дислокационного синдрома и прогнозировать исход лечения. Благоприятные исходы по ШИГ отмечались у детей, имевших более легкую степень ушиба головного мозга, высокие исходные показатели по ШКГ. У детей с травматическими эпидуральными гематомами, сочетанными с ушибами головного мозга средней и тяжелой степени, предпочтительно проводить краниоэктомию для лечения дислокационного синдрома.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ИВЛ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Дадаев Х.Х., Юлдашев Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Тактика антибактериальной терапии при возникновении гнойно-септических осложнений (ГСО) у больных отделений интенсивной терапии должна осуществляться на основании клинической картины и мониторинга микрофлоры данного отделения.

Цель: разработка и оценка эффективности методов профилактики и внедрения протокола лечения вентилятор-ассоциированной пневмонии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ).

Проведен ретроспективный сравнительный анализ результатов бактериологического исследования 236 больных с ТЧМТ(116 в 2008 г 120 в 2009 г.).

Диагноз госпитальной пневмонии считался вероятным при появлении из следующих признаков двух и более:

- лихорадка выше 38°С или ниже 36°С,
- лейкоцитоз более 12 х 10 9/л или менее 4 х 10 9/л,
- появление новых инфильтратов на рентгенограмме,
- гнойный характер мокроты.

При вероятном диагнозе пневмонии проводили микробиологическое исследование секрета нижних дыхательных путей. Метод забора биоматериала - бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ).

Разработанный протокол по профилактике НПивл и антимикробной терапии включал:

1) применение антибактериальных дыхательных фильтров;

2) использование четких критериев ранней диагностики НПивл;

3) полное исключение пенициллинов, цефалоспоринов I и II поколений как препаратов для эмпирической терапии НПивл ввиду высокого уровня резистентности возбудителей к этим антибактериальным препаратам по данным локального микробиологического мониторинга;

4) использование в качестве стартовой эмпирической терапии цефалоспоринов III поколения, аминогликозидов и фторхинолонов;

5) небулайзерная терапия антибиотиками;

6) оценка клинической эффективности стартовой эмпирической терапии в пределах 48 ч на основании анализа динамики характера секрета нижних дыхательных путей, лейкоцитоза, респираторного индекса (PaO2/FiO2), функции органов и изменений на рентгенограмме органов грудной клетки.

Проведенный бактериологический мониторинг показывает, что у всех пациентов нозокомиальная пневмония явилась осложнением основных заболеваний и повлияла на их исходы. Микробный пейзаж отделения представлен P.aeruginosa, K.pneumonia, Pr.mirabilis, E.cloaceae, Str.pyogenes, грибами рода Candida как в монокультурах, так и в ассоциациях. Самый высокий показатель летальности (71%) зарегистрирован при нозокомиальных пневмониях, вызванных P.aeruginosa, K.pneumonia.

Удельный вес умерших имеет тенденцию к снижению: с 48% в 2008 г. до 34,3% в 2009 г. Частота НПивл пневмонии среди умерших лиц имеет тенденцию к снижению – с 70% в 2008 г. до 67,8% в 2009 г.

Выводы. Учитывая прогрессивное увеличение резистентных штаммов, на основании опыта клиники и других отделений нейрореанимации мы разработали протокол профилактики и лечения НПивл пневмонии.

После внедряя методов профилактики развития инфекционных осложнений, нам удалось снизить летальность на 2,2%.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Дадаев Х.Х., Юлдашев Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Отделение нейрореанимации РНЦЭМП на 9 коек организовано в 2008 г. для интенсивной терапии больных с церебральной недостаточностью различного генеза (травмы, сосудистая патология, механическая асфиксия и др.)

За последние 2 года в отделении введены протоколы обследования, мониторинга и интенсивной терапии больных с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ).

I. Мониторинг:

– исследование церебральных функций по данным КТ, мониторинга внутричерепного давления (ВЧД), церебрального перфузионного давления, линейной скорости мозгового кровотока (методом транскраниальной допплерографии), биоэлектрической активности мозга (ЭЭГ), определение разницы по кислороду и лактату в артериальной и венозной крови из яремной вены;

– мониторинг жизненно важных функций (с помощью системы прикроватных мониторов) и внутреннего гомеостаза (методом биохимической экспресс-диагностики, кислотно-щелочного состояние).

II. Стандарт интенсивной терапии включал:

– респираторную терапию. Показанием к интубации и проведению искусственной вентиляции легких (ИВЛ) являлось угнетение сознания до сопора и комы I (7-9 баллов по шкале ком Глазго), ИВЛ проводилась в режиме нормо- и гипервентиляции по показаниям;

– раннее наложение трахеостомы при предполагаемой длительной ИВЛ (с 3-4 суток);

– контроль и коррекцию церебрального перфузионного

давления и ВЧД - поднятие головного конца на 30°, применение гиперосмолярных растворов (3% раствора натрия хлорида, маннитола) под контролем натрия и осмолярности крови;

– коррекцию водно-электролитных нарушений;

– инфузионную терапию с использованием растворов кристаллоидов и коллоидов на основе гидроксиэтилкрахмала (из расчета 30-50 мл/кг под контролем центрального венозного давления (ЦВД), ВЧД;

– охранительный режим – анальгоседатация с целью снижения метаболизма и потребления кислорода головным мозгом, а также профилактики эпизодов повышения ВЧД (наркотические анальгетики, седативные препараты, миорелаксанты по показаниям);

– профилактику и терапию нозокомиальной инфекции с применением антибиотиков широкого спектра действия согласно микробиологическому пейзажу отделения;

– профилактику стресс-язв и раннюю нутритивную поддержку (назначение Н2-блокаторов, по возможности раннее энтеральное питание с применением высококалорийной диеты).

Проведена сравнительная оценка показателей работы отделения нейрореанимации РНЦЭМП за 2 года самостоятельного существования (2008-2009 гг.) и за период с 2001 по 2007 гг., когда лечение больных производилось в составе отделения хирургической реанимации.

Отмечено снижение летальности пациентов с тяжелой ЧМТ на 12,6%, снижение длительности проведения ИВЛ на 3,5 суток, уменьшение больных в вегетативном состоянии на 22%.

Вывод. Организация отделения нейрохирургической реанимации и стандартизация интенсивной терапии позволили уменьшить летальность и увеличить число благоприятных исходов тяжелой черепно-мозговой травмы.

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВАЗОСПАЗМА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Изюмов Д.П., Изюмова Г.А.,Абдуллаев Х.К.,Юсупов У.Р.
Хорезмской филиал РНЦЭМП

Ведущее место в структуре интракраниальных осложнений при тяжелой черепно-мозговой травме (ЧМТ) занимает церебральный вазоспазм, который является пусковым механизмом развития вторичных повреждений мозга. Нарушение церебральной гемодинамики и срыв её ауторегуляции ведут к формированию необратимого процесса коматозного состояния при тяжелых черепно-мозговых травмах.

Цель исследования - оценить клинико-прогностическое значение церебрального вазоспазма и влияние вторичной ишемии на исходы лечения при тяжелых черепно-мозговых травмах.

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 122 больных, поступивших с тяжелой ЧТМ в реанимационное и травматологическое отделения, из них 98 (80,3%) мужчин и 24(19,7%) женщины в возрасте 16-76 лет. Сознание больных оценивали по шкале комы Глазго, уровень сознания составил 5-8 баллов.

Допплерографическое исследование у всех больных выявило наличие вазоспазма. Критериями оценки была средняя скорость кровотока по средней мозговой артерии более 120 см/с. Начало развития вазоспазма приходилось в среднем на 1-13 день. У 67 (54,9%) больных вазоспазм длился от 3 до 15 дней, у 55 (45,1%) - более 6 дней. Имелось прямая зависимость между частотой развития вазоспазма и тяжестью состояния больных. Наличие вазоспазма достоверно ($P<0,06$) ухудшает исходы травмы. У 103 (84,4%) больных имелась четкая корреляция между частотой очаговых ушибов мозга и развитием вазоспазма. Базальная локализация значительно повышала риск развития вазоспазма.

В механизмах вторичного повреждения мозга большую роль играют колебания мозгового кровотока. При более грубых дислокациях и большем объеме сдавления мозга, которое наблюдалось у 83 (68%) больных, отмечалось изменение диастолической части пульсовой волны. У 39 (32,%) больных при нарастании внутричерепной гипертензии и дислокации мозга наблюдалось снижение систолического пика. Эти изменения свидетельствуют о грубом нарушении мозгового кровообращения в венозном отделе. Летальность у больных с выраженным вазоспазмом составила 37,8%, у пострадавших с невыраженным вазоспазмом - 6,3%.

Таким образом, тяжелые черепно-мозговые травмы характеризуются полиморфизмом клинической симптоматики, церебральным вазоспазмом, увеличением скорости мозгового кровотока и качественным изменением формы кривой в данных инструментальных исследований. Сочетание указанных изменений имеет неблагоприятное прогностическое значение. Предпринимая дифференцированный подход, необходимо осуществлять профилактику необратимых очагово-декструктивных процессов, проводить целенаправленную корригирующую терапию для сохранения жизни больного.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Шерниязов С.А., Рахмонов З., Худайберганова Р.А.
Хорезмской филиал РНЦЭМП

Рост инвалидизации наиболее активного в социальном и трудовом отношении контингента – лиц молодого и среднего возраста – повысил актуальность проблемы черепно-мозговых травм (ЧМТ).

Цель исследования – изучить стратегию диагностики травматических поражений центральной нервной системы (ЦНС), в частности симптомов разобщения деятельности различных отделов головного мозга.

Под наблюдением были 72 больных, лечившихся в травматологическом отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП по поводу диффузного аксонального повреждения (ДАП) головного мозга. Критериями для разграничения ДАП и очаговых повреждений мозга служили комплексные динамические, клинические, компьютерно-томографические, катамнестические данные. До 20 лет было 7 (9,7%) больных, 20-44 лет – 37 (51,4%), 45-59 лет – 14 (19,4%), 60-74 лет – 12 (16,6%), 75 лет и старше – 2 (2,9%). Мужчин было – 54 (75%), женщин – 18 (25%).

52 (72,3%) пострадавших получили черепно-мозговую травму в автокатастрофе, 8 (11,1%) – при падении с высоты, у 12 (16,6%) была бытовая травма. У 59 (81,9%) больных была закрытая, у 13 (18,1%) – открытая ЧМТ. У 19 (26,4%) пациентов диагностированы переломы костей свода и (или) основа-

ние черепа; у 38 (52,7%) пострадавших с ДАП также имелись внечерепные повреждения.

Характерной особенностью клинической картины ДАП являлась длительная утрата сознания с момента травмы. У 11 (15,3%) пострадавших продолжительность коматозного состояния варьировала от 3 до 24 суток. У 19 (26,4%) больных полное выключение сознания после травмы не превышала 10 часов. В момент поступления 29 (40,3%) находились в умеренной, 9 (12,5%) - в глубокой коме. В остром периоде ДАП на фоне коматозного состояния стволовые симптомы были особенно выражены у 7 (9,7%) больных. При этом чрезвычайно вариабельны были изменения мышечного тонуса в виде горметонии или диффузной гипотонии, у 31 (43,1%) больного наблюдались выраженные вегетативные расстройства. Особенностью клинического течения ДАП был переход из комы в стойкое или транзиторное вегетативное состояние у 14 (19,4%) больных.

Вегетативные состояния при ДАП отличались появлением новых неврологических признаков – симптомов разобщения больших полушарий и ствола мозга, при котором растормаживались подкорковые, орально-стволовые, каудально-стволовые и спинальные механизмы. У 49 (68,1%) больных наблюдались глазодвигательные, зрачковые, оральные, пирамидные феномены. У 24 (33,3%) больных восстановилась реакция зрачков на свет. У 23 (31,9%) пациентов по мере выхода из вегетативного состояния неврологические симптомы разобщения сменялись симптомами выпадения.

Таким образом, симптомы разобщения больших полушарий и ствола мозга возникают при переходе длительной комы в стойкое вегетативное состояние. Появление генерализованных двигательных реакций, сложных патологических рефлексов, пароксизмальных вегетовисцеральных нарушений при функциональном молчании коры является диагностическими критериями травматических повреждений ЦНС.

НОВОЕ В КРИТЕРИЯХ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Шихова Я.И., Ибрагимова М.О., Шерниёзов С., Сиддиков Ш.С.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Диагностика внутричерепной гипертензии (ВЧГ) остается одной из актуальных задач медицины. Повышение внутричерепного давления (ВЧД) не всегда выявляется при неврологическом обследовании.

Целью настоящего исследования было сопоставление особенностей клиники тяжелого травматического повреждения головного мозга с результатами непрерывного длительного контроля ВЧД.

Клинико-неврологическое обследование больных проводилось при поступлении и в процессе их лечения в травматологическом и реанимационном отделениях Хорезмского РНЦЭМП. Обследованы 76 больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, поступивших в тяжелом или крайне тяжелом состоянии.

С угнетением сознания до уровня глубокого оглушения-сопора было 19 (25%) больных, с умеренной комой - 44 (57,9%), с глубокой комой - 13 (17,1%). Мужчин было 59 (77,69%), женщин -17 (22,4%). Состояние больных оценивалось по корково-подкорковой очаговой симптоматике, стволовым симптомам и гемодинамическим показателям.

В зависимости от динамики ВЧД больных разделили на три группы: 1-я - с нормальным ВЧД - 19 (25%); 2-я - с повышенным ВЧД - 26(34,2%); 3-я - со стойкой или нарастающей внутричерепной гипертензией - 31 (40,8%).

57 (75,0%) больным проведена компьютерная томография, 19 (25%) из них в динамике. По данным компьютерной томографии уточнялись состояние желудочковой системы, степень смещения прозрачной перегородки и сдавление цистерн основания мозга. Полученные данные сопоставлялись с результатами клинико-неврологического осмотра и непрерывного длительного контроля ВЧД. По поводу внутричерепных гематом оперированы 14 (18,4%) больных.

В 1-й группе отчетливо проявлялась корково-подкорковая симптоматика. Показатели центральной гемодинамики и дыхания были относительно стабильными. У больных 2-й группы наблюдались более выраженные нарастающие стволовые симптомы. У больных 3-й группы со стойкой и нарастающей ВЧГ отмечались грубо выраженные стволовые симптомы с нарушением сердечно-сосудистой деятельности и дыхания, которые имели тенденцию к нарастанию.

У больных с грубо выраженными симптомами поражения ствола мозга, на фоне которых не выявлялись очаговые корково-подкорковые симптомы, отмечалось развитие стойкой и нарастающей ВЧГ.

Таким образом, клинические проявления травматического поражения мозга клинически зависят от выраженности ВЧГ. Степень выраженности стволовых симптомов на компьютерных томограммах коррелирует с признаками грубого сдавления цистерн основания мозга. Эти клинические признаки могут служить критериями диагностики ВЧГ у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛОКТЕВОГО НЕРВА

Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Мукимов Ф.Х.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Травматическое повреждение локтевого нерва (ПЛН) - наиболее частая травма нервов верхних конечностей, частота которой составляет от 28 до 34% (Гайдар Б.В., 2002; Кардаш К.А., 2003; Шевелев И.Н., 1990). Сочетанные повреждения локтевого нерва нередко приводят к выраженным нарушениям функций верхней конечности и инвалидности.

Целью исследования явилось изучение результатов хирургического лечения сочетанных повреждений локтевого нерва.

Проанализированы результаты лечения 1150 больных с травматическими повреждениями локтевого нерва, находившихся в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП в 2000 - 2009 гг. Мужчин было 897 (78%), женщин - 253 (22%), 793 (69%) пациентов были в возрасте от 18 до 45 лет.

Сочетанные повреждения локтевого нерва имели место у 640 (55,7%) пострадавших, в том числе с повреждением других нервных стволов верхней конечности у 370 (32,2(%), что

и обусловливало резкое нарушение функций верхней конечности.

Открытые повреждения локтевого нерва выявлены у 1050 (91,3%) больных, закрытые – у 100 (8,7%). Из открытых повреждений преобладали резаные и колотые раны – у 980 (85,2%), рваные, ушибленные и рубленые повреждения локтевого нерва – у 158 (13,7%), огнестрельные ранения – у 12 (1,1%).

У 46 (4%) пострадавших сочетанные повреждения сопровождались травматическим и геморрагическим шоком, что потребовало неотложной медицинской помощи и значительно усложняло диагностику повреждений нервов.

Клиническими признаками сочетанных повреждений локтевого нерва с другими нервными стволами было сочетание симптомов поражения отдельных нервных стволов. Сочетанное повреждение локтевого нерва с переломами костей верхней конечности обусловливало выраженное нарушение ее функции. Сочетанное повреждение нерва с травмой сосудов верхней конечности обусловливало нарушение кровообращения. Посттравматический отек, повреждение окружающих мягких тканей усложняло диагностику.

Наиболее часто сочетанные повреждения возникали в нижней трети предплечья и кисти, что обусловлено анатомическими особенностями этой области.

Высокая частота сочетанных повреждений локтевого нерва с другими анатомическими структурами, особенно в области нижней и средней трети предплечья, плеча обусловлена анатомическими особенностями расположения локтевого нерва, его близостью к другим анатомическим структурам. Повреждения локтевого нерва в области плеча наиболее часто сочетались с повреждением сосудов и срединного нерва.

Анализ результатов хирургического лечения больных показал, что при операциях по поводу сочетанных травматических повреждений локтевого нерва, других нервных стволов, сосудов и сухожилий наиболее оптимальным вариантом хирургического лечения является одномоментное восстановление всех поврежденных структур с использованием операционного микроскопа, микрохирургического инструментария и прецизионной техники.

ВЫВОДЫ. 1. При травматических повреждениях локтевого нерва высока частота сочетанных повреждений ввиду анатомических особенностей расположения локтевого нерва, его близости к другим анатомическим структурам. 2. Сочетанные повреждения локтевого нерва приводят к выраженным нарушениям функций верхней конечности и инвалидности. 3. Наиболее часто травма локтевого нерва сочеталась с повреждением срединного нерва и локтевой артерии, в нижней трети предплечья и кисти – с повреждением сухожилий и одноименной артерии. 4. Помощь больным с сочетанными травматическими повреждениями локтевого нерва должна оказываться в специализированных отделениях специально обученным персоналом с использованием оптического увеличения, микрохирургического инструментария и прецизионной техники.

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Сафаев М.М., Тишабаев Т.В.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Повреждения лучевого нерва составляют около 13% от общего числа травм периферических нервов (Мурадов М.И., Ахметов К.К. и др., 1998).

Цель исследования - разработка стандартов лечебных мероприятий при травматических повреждениях лучевого нерва, направленных на улучшение результатов лечения.

В отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭПМ в период с 2000 по 2009 гг. на лечении находились 48 больных с травматическими повреждениями лучевого нерва, из них мужчин было 35 (72,9%), женщин - 13 (27,1%), средний возраст - 30 лет.

Закрытые повреждения лучевого нерва, возникшие в результате перелома плечевой кости, отмечались у 18 (37,5%) больных; открытые повреждения нерва, полученные в результате тяжелой раздавленной травмы плеча, - у 15 (31,3%); открытые повреждения лучевого нерва, полученные при колото-резаных, рубленных и ушибленно-рваных ранах - у 10 (20,8%); ятрогенные повреждения, возникшие во время остеосинтеза плечевой кости, - у 5 (10,4%) пострадавших. Контузия или сдавление нервного ствола выявлена у 14 (29,2%), боковой перерыв - у 10 (20,8%), полное повреждение - у 24 (50%) пострадавших.

Изолированная травма лучевого нерва имела место у 12 (25%) больных, у 10 (20,8%) пациентов травма нерва сочеталась с переломом плечевой кости, у 12 (25%) - с переломом кости и травмой сосудов, у 9 (18,8%), наряду с переломом кости и травмой сосудов, отмечалось повреждение срединного и /или/ локтевого нервов.

При диагностике повреждений лучевого нерва учитывалась проекция раны, двигательные нарушения кисти и выпадение чувствительности в зоне типичной иннервации.

Для выбора тактики лечения и метода операции принимались во внимание характер и уровень повреждения нерва, величина его дефекта, наличие сочетанных повреждений, общее состояние больного.

Во время оперативных вмешательств нами проводилась тщательная ревизия раны, маркировка поврежденных анатомических структур с оценкой их жизнедеятельности и возможной степени их компенсаторных способностей.

Основными методами хирургического лечения больных с повреждениями периферических нервов были микрохирургический шов или аутопластика поврежденных нервов свободными аутотрансплантатами.

Наложение прямого эпиневрального шва выполнено у 23 больных, эпи-периневрального - у 12, свободную аутопластику нерва с использованием икроножного или кожных нервов произвели у 6 пострадавших при дефекте нерва. У 5 больных первичный шов нерва был отсрочен по различным причинам (сильное загрязнение раны, тяжелое состояние пострадавшего и др.). Этим пострадавшим операция по восстановлению поврежденных нервов производилась в сроки до 2 мес. после получения травмы или использовалась сухожильно-мышечная транспозиция.

После операции всем больным назначались препараты, стимулирующие рост нервных фасцикул, конечность фиксировалась в положении тыльного сгибания кисти.

Для восстановительного лечения больных при травматических повреждениях лучевого нерва нами внедрена динамическая проволочная шина (рац.предложение № 33 от 2 декабря 2009 г.), которая фиксирует кисть в положении экстензии, предотвращает отвисание кисти и изометрическое расслабление мышц в денервированной конечности, позволяет вести разработку движений в кистевом суставе, а также дозировать нагрузку на мышечный разгибательный аппарат.

Результаты оценивали по восстановлению функции разгибания кисти и пальцев в сроки от 6 мес. до 2 лет. У 10 (20,8%) больных с полным восстановлением функции кисти и пальцев результаты лечения оценены как отличные, у 22 (45,8%) с относительно полным активным разгибанием кисти результаты оценены - как хорошие, у 9 (18,8%) с активным разгибанием кисти до нейтрального положения и неполным разгибанием пальцев результаты даны - как удовлетворительные, у остальных 7 (14,6%) пострадавших результаты считали неудовлетворительными, что обусловлено тяжестью полученной травмы и высоким уровнем повреждения.

Таким образом, наши наблюдения показывают, что ранние реконструктивные операции и использование в лечении травматических повреждений лучевого нерва консервативных средств способствуют восстановлению функции поврежденной конечности. Разработанная динамическая шина позволяет вести разработку движений в кистевом суставе, а также дозировать нагрузку на мышечный разгибательный аппарат.

СОЧЕТАННАЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА, СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Исроилов З.Г., Сафаев М.К., Тожиев М.Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Сочетанная черепно-мозговая травма встречается в 43 - 68% случаев, причем является одним из компонентов сочетанной травмы.

Под нашим наблюдением в ФФРНЦЭМП были 288 пострадавших с черепно-мозговой травмой различной степени тяжести, сочетанной с травмой позвоночника и спинного мозга, опорно-двигательного аппарата, органов брюшной полости и малого таза в возрасте от 10 до 89 лет. Мужчин было 184 (64%), женщин -104 (36%).

Лечение больных с грубыми нарушениями функции жизненно важных органов, вызванными черепно-мозговой травмой, осуществлялось в 3 этапа. На первом проводились общепринятые реанимационные и противошоковые мероприятия, на втором оказывалась экстренная помощь в зависимости от преобладания тяжести повреждений мозга (удаление вдавленных костных отломков, внутричерепных гематом и т.д.) или конечностей, хирургическая обработка ран, репозиция переломов и фиксация гипсовой повязкой, скелетным вытяжением и аппаратами внешней фиксации, на третьем, осуществлялось дальнейшее планомерное лечение. При легких повреждениях головного и спинного мозга и конечностей лечение проводились в два этапа. При оперативном лечении переломов верхних и нижних конечностей методом выбора был стабильно-функциональный остеосинтез с помощью стержней, винтов, пластин, аппаратов внешней фиксации. Репаративные процессы при переломах протекали в сроки от 20 дней до 1,5 месяцев.

Таким образом, своевременная квалифицированная и оказанная в необходимом объеме первая медицинская помощь на месте происшествия, с правильной и быстрой транспортировкой пострадавшего в профильное лечебное учреждения способствует как снижению летальности, так и уменьшению инвалидизации, а также сокращению реабилитационного периода больных с сочетанными повреждениями.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ ПРИМЕНЕНИЕМ ФЕНОТРОПИЛОМ

Каримова Д.Ю., Рахимова Н.И., Равшанова М.М.
Бухарский филиал РНЦЭМП

В век научно-технического прогресса, ведущего к увеличению травматизма, одним из актуальных проблем неврологии становится лечение последствий черепно-мозговых травм (ЧМТ).

Цель исследования: изучение эффективности фенотропила при лечении пациентов с последствиями ЧМТ различной этиологии.

Под нашим наблюдением в отделении экстренной неврологии находились 28 пациентов с ЧМТ давностью от 1 года до 10 лет. Ведущими синдромами у больных были астенический, органический, судорожный, а также отмечались ликвородинамические нарушения с сопутствующими расстройствами в виде начальных проявлений хронического нарушения мозгового кровообращения. Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту: 1-я (контрольная) - 14 пациентов, которые получали пирацетам по 400 мг два раза в день, 2-я (основная) - 14 пациентов, которые получали фенотропил по 50-100 мг два раза в день. Курс лечения 30 дней. Эффективность препарата оценивали по субъективным ощущениям и динамике мелкоочаговых симптомов.

Фенотропил оказывал более выраженный положительный позитивный эффект, чем пирацетам, особенно в дозе 100 мг. Улучшение состояния наступало уже на 3-4 день, особенно у пациентов с астеническим синдромом. У всех пациентов (за исключением 2) на фоне фенотропила отмечались прилив сил, поднималось настроение, улучшалось зрение. У пациентов с судорожным синдромом на фоне фенотропила судороги полностью прекратились, была получена положительная динамика и по данным нейрокартирования, а у пациентов на фоне пирацетама судороги продолжались. В основной группе хороший эффект отмечался у 58,5% больных, удовлетворительный - у 33%, неудовлетворительный - у 8,5%, в контрольной группе - соответственно у 33,3, 50 и 16,7%.

Таким образом, фенотропил эффективен при лечении последствий ЧМТ, особенно у пациентов с астеническим и судорожными синдромами. Терапевтический эффект фенотропила проявляется в более ранние сроки после начала лечения, чем пирацетама.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Ким А.А., Хазраткулов Р.Б., Мирзабаев М.Д.

Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкентская медицинская академия

Нами обследована группа больных с нерво-психическими расстройствами, возникшими в остром или в позднем периоде черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Наряду с имеющейся неврологической симптоматикой, у больных отмечался стойкий астено-невротический синдром, причем проявления его были разнообразными. У одних больных наблюдалась общая гиперпатия, вегетативные нарушения, раздражительность. У других проявлялся депрессивный синдром в сочетании с головными болями и головокружением. Эти проявления усиливались при изменении положения тела. Отмечались изменения со стороны соматического статуса в виде артериальной гипотонии или гипертонии. Интенсивность явлений травматической астении варьировали в интенсивности от выраженного ухудшения состояния до относительного благополучия. У ряда больных прослеживались черты органического психосиндрома, т.е. когнитивные расстройства, выражающиеся ослаблением памяти, утратой и потерей способности усвоения новых знаний, обеднением мышления, общим снижением интеллекта.

Нервно-психические расстройства еще больше усугублялись с присоединением церебрального атеросклероза, что, как правило, было характерно для лиц пожилого возраста. Для больных, перенесших тяжелую ЧМТ, характерно травматическое слабоумие, при котором, наряду с неврологическим дефицитом, апатическим или эйфорическим расстройством выявляется значительное интеллектуальное снижение с грубым ослаблением критических способностей, а также нарушение памяти прошлого и настоящего. У некоторых больных отмечались психозы, связанные, как правило, с дополнительными вредностями (алкоголь, псевдодеменция). Сравнительно реже в отдаленном периоде возникали периодические резидуально-органические психозы. Их возникновению предшествовало ухудшение общего состояния, которое протекало с картиной двигательного возбуждения или ступора, галлюцинациями, бредом. В некоторых случаях могли иметь место и аффективные нарушения.

Таким образом, последствия ЧМТ, прямо или косвенно затрагивающие функции центральной нервной системы, оказывают наибольшее влияние на адаптацию больного к условиям жизни в обществе. Это вызвано тем, что способность общаться и взаимодействовать с другими людьми является определяющей характеристикой функциональности центральной нервной системы.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ГРЫЖ, ОСЛОЖНЕННЫХ КАУДОСИНДРОМОМ

Ким А.В., Махкамов К.Э., Намозов А.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Грыжа межпозвонкового диска поясничного отдела позвоночника - выпячивание или выпадение фрагментов межпозвонкового диска в позвоночный канал, возникающее в результате остеохондроза позвоночника (спондилёза), травмы и приводящее к сдавлению нервных корешков и сосудов, питающих вышележащие отделы спинного мозга.

По данным литературы, каудосиндром развивается у 4% больных с грыжей диска поясничного отдела позвоночника. Осложнение в виде каудосиндрома наблюдалось у всех поступивших к нам больных. Синдром возникает при компрессии грыжей диска корешковой артерии, проходящей вместе с корешком L5 или реже с S1 и участвующей в кровоснабжении спинного мозга.

В 2009 г по поводу грыжи диска поясничного отдела позвоночника, осложненной каудосиндромом, в РНЦЭМП поступили 50 пациентов, из них 30 (60%) мужчин и 20 (40%) женщин. У всех пациентов в анамнезе имело место травматическое повреждение позвоночника. Диагноз подтвержден клинико-неврологической картиной, МРТ, у 36 дополнительно МСКТ. Хирургическое лечение в течение первых 6 часов проведено 48 (96%) пациентам. У всех пациентов каудосиндром клинически выражался нарушением функций тазовых органов по типу задержки мочи и стула, а также корешковым болевым синдромом и нарушением чувствительности по дерматому соответствующего корешка. У 39 больных наблюдались также двигательные нарушения в виде периферического пареза перонеальной группы мышц.

Наиболее частыми уровнями поражения являлись диски между L4-5 позвонками (87% больных). У остальных пациентов был поражен диск между L5-S1 позвонками (13 %).

Всем больным проводилось микрохирургическое интерламинарное удаление грыж дисков с использованием нейрохирургической оптики. Результаты наблюдения за больными в послеоперационном периоде показали, что декомпрессирующие хирургические вмешательства, устраняя причины сдавления содержимого позвоночного канала, не корригировали в достаточной степени проявления каудосиндрома. При этом устраняется лишь грыжевой секвестр, а измененный кровоток в пораженной зоне спинного мозга и корешков сохраняется. С целью регресса неврологического дефицита при грыжах дисков, осложненных каудосиндромом в послеоперационном периоде необходимо рациональное использование методов консервативного лечения

Активные реабилитационные мероприятия сокращают сроки постельного режи-ма, ускоряют восстановление нарушенных функций тазовых органов и значительно уменьшает материальные затраты на лечение этой категории больных.

ОПТИМАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ТЕХНОЛОГИИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ЧЕРЕПА

Кравчук А., Потапов А., Корниенко В.

НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко РАМН, г. Москва, Россия

Цель исследования: изучить частоту осложнений при использовании различных материалов и технологий изготовления имплантов в реконструктивной хирургии посттравматических дефектов черепа.

В анализ включены 1122 пациента с посттравматическими дефектами черепа, оперированных с 1984-2009 гг. Возраст больных варьировал от 4 до 77 лет (25,6±13,5). Средний срок выполнения реконструктивных операций после травмы составил 20,6±0,2 мес. В анамнезе у 784 больных была тяжелая черепно-мозговая травма (ЧМТ), у 169 - средней степени тяжести и у 29 - легкая. К моменту операции у 636 больных отмечалось хорошее восстановление, у 289 - умеренная, у 76 - глубокая инвалидизация. Всем больным до операции проводилась компьютерная томография (КТ), при сложных дефектах - трехмерная КТ, а с 2000 г. - стереолитографическое создание модели черепа и пресс-формы для изготовления импланта. За указанный период, для краниопластики последовательно применяли следующие материалы: формализированную кость (84), лиофилизированную кость (71), протакрил (250), биополимер - (29), кодубикс (68), аутокость - (70), палакос+рифампицин (437).

При использовании лиофилизированной кости гнойно-воспалительные осложнения наблюдались в - 12,7%, БОП - в 11,5%, протакрила - в 5,6%, кодубикса - в 3%, формализированной кости - в 2,4%, а при палакосе - в 0,7%. При использовании аутокости воспалительных осложнений не отмечалось, однако частичная или полная резорбция импланта произошла в 27% (при площади дефекта более 30 $см^2$).

Выводы. Использование трехмерной КТ, стереолитографического изготовления модели черепа и импланта улучшает качество реконструктивных операций. Минимальная частота воспалительных осложнений наблюдается при использовании палакоса. Оптимальным материалом для краниопластики при небольших дефектах остается аутокость.

ЗНАЧЕНИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Крылов В.В., Талыпов А.Э., Пурас Ю.В.

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Повышение внутричерепного давления (ВЧД) является одним из патогенетических механизмов, определяющих течение и исход черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

Цель работы: изучение динамики ВЧД у пострадавших, которым проводили хирургическое и консервативное лечение тяжелой ЧМТ; определение факторов риска, вызывающих повышение ВЧД.

Проанализированы результаты клинико-инструментальных исследований, хирургического и консервативного лечения 38 пациентов с ЧМТ с учетом оценки результатов мониторинга ВЧД во время хирургического вмешательства и в раннем послеоперационном периоде.

Костно-пластическая трепанация черепа выполнена 11 больным, декомпрессивная краниотомия - 17. 10 пострадавшим проводили интенсивную терапию под контролем уровня ВЧД.

Определяли взаимосвязи между исходным уровнем ВЧД и клиническими признаками, данными КТ головного мозга, оказывающими влияние на течение и исход тяжелой ЧМТ. Анализировали следующие факторы: возраст, уровень угнетения сознания по шкале комы Глазго (ШКГ), зрачковые реакции, нарушения мышечного тонуса, стадию дислокационного синдрома, вид и объем очага повреждения, величину латеральной дислокации, степень аксиальной дислокации, величину 2-го вентрикуло-краниального коэффициента (ВКК-2) по данным КТ головного мозга.

Исходы. Послеоперационная летальность составила 61%. Удовлетворительный исход был у 29% больных, хороший - у 10%. Достоверной взаимосвязи между исходным уровнем ВЧД и исходом хирургического лечения не выявлено.

Выводы. Выявлены признаки развития выраженной внутричерепной гипертензии (свыше 40 мм рт.ст.) у пострадавших с тяжелой ЧМТ - угнетение уровня сознания менее 5 баллов по ШКГ, наличие анизокории, снижение мышечного тонуса, объем очага повреждения более 100 $см^3$, величина латеральной дислокации более 15 мм, грубая деформация базальных цистерн, величина ВКК-2 менее 9% по данным КТ.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД УДАЛЕНИЯ ПОДОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛОКАЛЬНОГО ФИБРИНОЛИЗА

Кузибаев Ж.М., Махкамов К.Э., Рузиев Х.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Одним из направлений развития современной нейрохирургии является разработка и внедрение малоинвазивных оперативных вмешательств с целью уменьшения интраоперационного повреждения головного мозга и улучшения функциональных исходов. Перспективной минимально-инвазивной методикой хирургического лечения травматических внутричерепных гематом представляется дренирование субдуральных гематом с последующим введением в их полость фибринолитических препаратов для растворения плотных свертков крови. Малоинвазивность оперативного вмешательства у больных с субдуральной гематомой при использовании локального фибринолиза за счет осуществления операции под местным обезболиванием через фрезевое отверстие способствует расширению возможностей хирургии гематом у больных с высоким хирургическим и анестезиологическим риском.

Мы имеем опыт применения локального фибринолиза при подострых и хронических субдуральных гематомах у 14 больных, из них 9 мужчин и 5 женщин, средний возраст - 54,2±3,4 года. 10 больных были в подостром периоде субдурального кровоизлияния, 4 - в хроническом периоде. По данным компьютерной томографии головного мозга средний объем гематомы составил 24,8±5,4 $см^2$, средняя дислокация срединных структур мозга – 2,5±0,5 мм.

Показаниями к локальному фибринолизу при субдуральных гематомах являлись: 1) компенсированное состояние больного с угнетением уровня бодрствования не глубже сопора (выше 9 баллов по шкале комы Глазго); 2) отсутствие признаков быстропрогрессирующей декомпенсации дислокационного и\или гипертензионного синдромов; 3) развитие признаков нарастания внутричерепной гипертензии и дислокации головного мозга у больных с гематомами малого объема; 4) наличие у больного в компенсированном состоянии высокого риска открытого оперативного вмешательства и комбинированной анестезии в связи с сопутствующей патологией. Через сутки после наружного дренирования субдуральной гематомы через фрезевое отверстие, после контрольной КТ головного мозга начато введение раствора стрептокиназы на 5,0 мл 0,9% натрия хлорида через дренажную трубку с соблюдением правил асептики с интервалом в 6 час. Через 2 ч. экспозиции препарата в гематоме дренажная трубка открыта с целью пассивной аспирации лизированной части гематомы в соединенный стерильный флакон. Сеансы фибринолиза прекращали при достижении 1/3 части начального объема гематомы по данным динамических компьютерных томографий головного мозга.

У 8 (57%) в течение 24 - 72 часов после операции удалось добиться практически полного лизиса и эвакуации субдуральных гематом (до 90% первоначального объема). В первые 24 часа фибринолиза у всех пациентов удалось эвакуировать до 50% от исходного объема кровоизлияния. Безопасность использования метода локального фибринолиза для удаления субдуральных гематом подтверждалась также мониторированием внутричерепного давления через субдурально установленную дренажную трубку. Повышение внутричерепного давления выше критической величины в период проведения локального фибринолиза не отмечалось. Летальных исходов и гнойно-септических осложнений структур головного мозга не наблюдалось.

Таким образом, метод локального фибринолиза можно рассматривать как малоинвазивный метод хирургического удаления подострых и хронических субдуральных гематом, позволяющий адекватно удалять гематомы у больных, находящихся в компенсированном состоянии, или в начальной стадии дислокационного синдрома.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ ПРИ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВЫХ ТРАВМАХ В РНЦЭМП

Махкамов К.Э., Исрайилов Д.У.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи.

Травма позвоночника и спинного мозга относится к категории тяжелых повреждений, которые в большинстве случаев приводят к стойкой утрате трудоспособности или смерти. В условиях мирного времени число больных с травмой позвоночника и спинного мозга составляет 1-4% от общего числа больных с различными видами травмы.

В РНЦЭМП за период с 2001 по 2009г пролечено 407 больных с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ), из них оперировано 133 больных. Отмечается неуклонный прирост больных с ПСМТ. Учитывая опыт в диагностике и лечении больных с ПСМТ, нами разработан лечебно-диагностический стандарт, используя который определяются показания к проведению оперативной или консервативной тактики ведения больных. Обязательными инструментальными обследованиями после определения неврологического уровня поражения является:

1. Рентгенография позвоночника в 2-х проекциях. При подозрении на повреждение на уровне vC7-Th2 рентгенологическое обследование неинформативно.

2. Люмбальная пункция с ликвородинамическими пробами (Квиккенштедта, Пуссепа, Стукея). При наличии перелома шейных позвонков проба Пуссепа не проводится. При сочетанных травмах люмбальная пункция и ликвородинамические пробы проводятся после исключения риска развития дислокационного синдрома.

3. МСКТ (МРТ) позвоночника и спинного мозга.

4. Рентген или КТ - миелография.

Травма позвоночника и спинного мозга при наличии нестабильного перелома требует активного хирургического лечения. Оперативное вмешательство необходимо для ликвидации всех видов сдавления мозга и устранения деформации позвоночника с последующей его стабилизацией. Показанием к оперативному вмешательству по декомпрессии спинного мозга и стабилизации позвоночника является:

1. Неврологической симптоматика повреждения спинного мозга и его сдавления.

2. Наличие на рентгенограмме нестабильного перелома позвоночника II, III, IVст.

3. Частичный и/или полный блок ликворных путей.

4. Выявление при КТ (МРТ) и миелографических исследованиях наличия сдавления спинномозгового канала.

5. Нестабильные переломы позвоночника.

6. Прогрессирование нарушений функции спинного мозга, обусловленное его отеком и гематомиелией.

Противопоказанием к оперативному вмешательству является тяжелый травматический шок, особенно при сочетанных повреждениях, геморрагическом шоке или грубых нарушениях жизненно важных функций.

При выполнении операции на позвоночнике все чаще используется принцип не только декомпрессии, но и одномоментной стабилизации позвоночного столба стабилизирующими системами из титанового сплава. Это позволяет произвести более раннюю активизацию больных без риска вторичного смещения костных отломков и, следовательно, вторичного повреждения спинного мозга и его корешков. Использование сертифицированных стабилизирующих систем из титанового сплава позволяет применять МСКТ не только для первичной диагностики при травме позвоночника и спинного мозга, но и для контроля в послеоперационном периоде у больных с установленными вентральными пластинами в шейном отделе позвоночника и транспедикулярных систем фиксации в грудном и поясничном отделах позвоночника.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Махкамов К.Э., Тухтабеков З.Л., Пяк А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Дети разных возрастных групп неоднозначно реагируют на черепно-мозговую травму. Возрастные анатомо-физиологические особенности организма, разной степени незрелость структур головного мозга и черепа, эндокринной и иммунной систем накладывают свой отпечаток на течение и прогноз ЧМТ. В каждом возрасте есть свои особенности, требующие дифференцированного подхода к лечению и диагностике.

Изучены ретроспективно истории болезни 150 детей, получивших лечение в отделении детской нейрохирургии РНЦЭМП в 2007-2008 гг. 1-я группа – дети до 1 года – 35 (26,6%), 2-я группа – от 1 года до 3лет – 19 (12,6%), 3-я группа – от 3 до 7 лет – 64 (42,8%), 4-я группа – от 7 до 14лет – 27 (18%). У всех детей была среднетяжелая и тяжелая изолированная ЧМТ.

Клиническими критериями служили оценка общего состояния, потеря сознания, психомоторное и двигательное возбуждение, эпиндром, грубая очаговая симптоматика в виде децеребрационной и декортикационной ригидности, анизокории, гемипареза, глазодвигательных нарушений и т.д., поскольку сравнительный анализ показал, что именно эти критерии существенно различаются. В 1-й группе в удовлетворительном состоянии были доставлены 28 (80%), во 2-й 12 (63%), в 3-й 26 (40,6%), в 4-й 5 (18,5%) детей. Потеря сознания в 1-й группе имела место у 5 (14,2%), во 2-й у 3 (15,7%) в 3-й у 21 (32,8%) 4-й у 12 (44,4%) детей. В 1-й группе с эпиндромом было 12 (34,2%) пациентов, во 2-й 7 (36,8%), в 3-й группе 18 (28,1%), в 4-й 7 (14,8%). Психомоторное и двигательное возбуждение отмечалось соответственно у 8 (22,8%), 5 (26,3%) у 28 (43,2%) и у 15 (55,5%) больных. Грубая очаговая симптоматика имела место соответственно у 4 (11,4%), 5 (26,3%), 31 (48,4%) и 16 (59,2%) пострадавших. Видимо для детей младших возрастных групп характерно более компенсированное течение ЧМТ вследствие незрелости мозговых структур, в то время как у детей старшего возраста клиническая картина ЧМТ проявляется более выраженно.

Таким образом, в каждой возрастной группе детей имеются свои особенности, требующие дифференцированного подхода к диагностике черепно-мозговой травмы.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Махкамов К.Э., Юнусов Р.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В 2009 г. в РНЦЭМП на лечении по поводу черепно-мозговой травмы (ЧМТ) находились 2412 пострадавших. Легкая ЧМТ диагностирована у 1743 больных, средней тяжести - у 387, тяжелая - у 284.

Для легкой формы ЧМТ применили следующий стандарт обследования:

- общее клиническое и неврологическое исследование;
- рентгенография черепа в 2-х проекциях;
- Эхо-ЭС при поступлении и в динамике;
- осмотр окулиста;
- общий анализ крови и мочи;
- определение группы крови и Rh-фактора;
- исследование крови на HBs Ag, anti - HCV ВИЧ.

При выявлении неврологического дефицита - наличии симптомов, относящихся к более тяжелым формам ЧМТ, стандарты дополнились:

- транскраниальной допплерографией и ЭЭГ;
- компьютерным томографическим исследованием головного мозга;
- рентгеновским исследованием черепа в двух проекциях, шейного отдела позвоночника, грудной клетки, костей таза, при необходимости костей верхних и нижних конечностей. Рентгенография шейного отдела позвоночника относится к ранним диагностическим процедурам, позволяющим исключить сочетанную ЧМТ, тем самым зашитить пациента от ятрогенных травм при транспортировках и манипуляциях.;
- ультразвуковым исследованием брюшной полости, забрюшинного пространства и грудной клетки.
- электрокардиографией в трех стандартных, aVR, aVL, aVF и шести грудных отведениях;
- исследованием в венозной крови концентрации гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, уровня гематокрита, глюкозы, мочевины, креатинина, билирубина, калия, натрия и осмолярности;
- исследованием в артериальной крови pH, pO_2 , pCO_2 , BE, $SatO_2$;
- коагулограммой (АЧТВ, ПТИ, ВСК);
- анализами крови и мочи на содержание алкоголя и жира в моче;
- бронхоскопией санационной;
- по показаниям диагностической лапароскопией и торакоскопией.

При выявлении признаков сдавления головного мозга произведены оперативные вмешательства для ликвидации сдавливающего фактора, в том числе удаление вдавленных переломов у 25 больных, эпидуральных гематом у 57, субдуральных гематом у 97, внутримозговых гематом у 6, субдуральных гидром у 43.

В послеоперационном периоде применяли следующие стандарты:

- мониторинг КТ. При отсутствии положительной динамики через 12-24 и 72 часа проводили повторно КТ головного мозга в последующем один раз в течение 3 суток, далее 1 раз в 7 суток. При нарастании и/или появлении новой неврологической симптоматики проводили экстренное КТ исследование;
- повторное нейрофизиологическое исследование для динамической оценки эффективности лечебных мероприятий и исключения факторов сдавления головного мозга;
- один раз в сутки - исследование в венозной крови концентрации гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, уровня гематокрита, глюкозы, мочевины, креатинина, билирубина, калия, натрия и осмолярности;
- один раз в сутки - исследование в артериальной крови pH, pO_2 , pCO_2, BE, $SatO_2$.
- один раз в 3 суток - общий анализ мочи;
- один раз в 3 суток - рентгенография грудной клетки в прямой проекции;
- через 1 и 3 суток после поступления - ультразвуковое исследование брюшной полости даже при отсутствии патологических изменений при предыдущем исследовании.

Примечание. Все исследования по показаниям могут выполняться чаще. Повторное ультразвуковое исследование имеет целью не пропустить двухэтапный подкапсульный разрыв паренхиматозного органа.

Применение данных стандартно-диагностических методов обследования больных с ЧМТ позволило своевременно диагностировать внутричерепные посттравматические осложнения и способствовало снижению летальности на 1,8%.

О СТАНДАРТАХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ФИЛИАЛОВ РНЦЭМП

Махматмуминов С.Н.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) и актуальность интенсивной терапии (ИТ) не вызывают сомнений в связи с сохранением высокой летальности на госпитальном этапе лечения и инвалидизации как исход ТЧМТ. Однако существует ряд особенностей ведения данной категории больных. Остаются нерешенными вопросы специфической терапии ТЧМТ, в частности использование осмодиуретиков для контроля за внутричерепным давлением, состав инфузионных сред, варианты нутритивной поддержки, выбор антибактериальных препаратов и т.д. (Кариев М.Х., 2002; Царенко С.В., 2003; Чурляев Ю.А., 2004;Махкамов К.Э., 2007).

Целью нашего исследования является разработка патогенетически обоснованного стандарта интенсивной терапии больных с тяжелой ЧМТ в условиях филиалов РНЦЭМП.

Ретро- и проспективно подвергнуты обследованию 104 больных с тяжелой ЧМТ (ушибы головного мозга тяжелой степени, сдавление головного мозга острыми внутричерепными объемами).

У больных исследовали неврологический статус, проводили оценку сознания по шкале ком Глазго, нейромониторинг, общепринятые биохимические исследования с контролем кислотно-щелочного состояния (КЩС), газов крови, системы гемостаза (биохимические и инструментальные методы) и показателей эндогенной интоксикации, Эхо-Эг, рентгено исследования и КТ.

На основании полученных результатов нами разработан стандарт ИТ больных с ТЧМТ на этапе критического состояния.

1. Наиболее эффективным является ведение данной категории больных в условиях реанимационных отделений (центров) с концентрацией усилий и средств персонала, возможностей длительной вентиляторной поддержки и нейромониторинга, а также научно обоснованного применения методов ИТ.

2. Обеспечение превентивной терапии вторичных гипоксических повреждений головного мозга: респираторная поддержка с ориентацией режимов вентиляции по неврологическому статусу и нейромониторингу, ранняя трахеостомия (3-4 сутки при отсутствии положительной неврологической динамики), поддержание умеренной нормоволемической гемодилюции (гематокрит в пределах 0,30), включение в состав инфузионых сред препаратов гидроксиэтилкрахмала (рефортан, стабизол) из расчета 6-7 мл/кг массы тела/сутки, коррекция гемостазиологических нарушений с использованием трансфузий свежезамороженной плазмы в расчете до 10 мл/кг массы тела/сутки и включением фракционированных гепаринов (фраксипарин), ранняя энтеральная нутритивная поддержка как средство оптимального соотношения энергетической и пластической ценности и профилактики гипергидратации и гиперосмолярности, контроль нозокомиальной инфекции - пневмонии, уроинфекции, что диктует выбор антибактериальных препаратов, санационные фибробронхоскопии.

3. Специфическая нейротропная терапия: препараты энергетического действия (актовегин до 2,0 г/сутки) в комбинации с экзогенным фосфокреатинином - неотоном (до 2,0 г/сутки), глиатилин до 1,0 г/сутки, создание медикаментозной седации в первые 2-3 суток посттравматического периода, введение осмодиуретиков (маннитол) из расчета 0,5 г/кг массы тела/сутки в виде микроструйной инфузии с обязательным ежесуточным контролем осмолярности.

Заключение. Проведение интенсивной терапии ТЧМТ позволяет сохранить жизнь многим пострадавшим.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУР ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

Мирзабаев М.Ж., Муминов З.В., Тангиров З.Э.
Республиканский научный центр нейрохирургии

Проведен анализ результатов обследования 42 больных с травматическими повреждениями структур задней черепной ямки (ЗЧЯ), из них 29 мужчин и 13 женщин в возрасте от 12 до 64 лет (средний возраст 38 лет).

На рентгенограмме черепа у 24 больных обнаружен линейный перелом затылочной кости, у 3 из них перелом продолжался к основанию ЗЧЯ. Вдавленный перелом затылочной кости обнаружен у 6 пациентов, у 1 из них перелом располагался над поперечным синусом. У 5 пациентов определялся линейный перелом лобной, височной и теменной кости в различных вариантах сочетания.

До операции КТ была произведена 36, МРТ - 2 больным. У 18 больных обнаружена эпидуральная гематома над полушариями мозжечка, у 3 из них гематома с супратенториальным распространением. У 14 из 18 больных с эпидуральной гематомой на краниограммах был выявлен линейный перелом, у 2 - вдавленный перелом затылочной кости, у 1 из них имел место вдавленный перелом затылочной кости с повреждением поперечного синуса. У 3 пациентов эпидуральная гематома задней черепной ямки сочеталась с субдуральной гематомой лобно-височной области. У 1 пострадавшего выявлена эпидуральная гематома задней черепной ямки в сочетании с внутримозговой гематомой лобной доли. На рентгенографии черепа у него также диагностирован линейный перелом височной кости по типу трещины.

Таким образом, проведенный анализ показал, что травмы ЗЧЯ характеризуются полиморфизмом клинической симптоматики. В диагностике травматических гематом субтенториальной локализации определяющее значение имеют краниография, КТ и/или МРТ головного мозга, которые дают возможность определить наличие травматических повреждений свода и основания черепа; вид, объем и локализацию внутричерепной гематомы.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Мирзаюлдашев Н.Ю., Бурханов И.М., Давлатов Б.Н., Ханапияев Ф.Р.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Успех лечения больных с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) зависит от предупреждения осложнений. В связи с этим возникает необходимость разработки системы лечения с применением патогенетически обоснованных взаимопотенцирующих способов и методов.

Нами проанализированы результаты лимфатической терапии (ЛТ) в профилактике и лечении осложнений у больных с тяжелой ЧМТ.

С учетом общего состояния в зависимости от преобладания той или иной патологии после обследования и выполнения необходимого объема помощи пострадавшим нами применены различные способы ЛТ:

- лимфостимуляция с целью уменьшения местных отеков, дегидратации, а также купирования болевого синдрома в первые и последующие часы после травмы;

- общая лимфатическая терапия как способ введения различных препаратов, в частности анальгетиков (лимфотропная аналгезия) и препаратов, стимулирующих иммунную систему (лимфотропная иммуностимуляции);

региональная ЛТ- основная составная антибактериальной терапии;

- местная ЛТ, показаниями к применению которой явилась необходимость воздействия на определенную часть анатомо-физиологического региона или органа, а также как селективная терапия в большей степени при сочетанной ЧМТ. Из способов местной ЛТ нами применены лазеротерапия и гипербарическая оксигенация.

Эффективность клинического использования ЛТ была подтверждена рандомизированными морфометрическими, иммунологическими и клиническими исследованиями.

Таким образом, простота выполнения, эффективность (как лечебная, так и экономическая) предлагаемых методик позволяют рекомендовать их при всех видах ЧМТ, в том числе при множественных и сочетанных повреждениях.

НООТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛЁГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Муминов М.Д.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Лёгкая черепно-мозговая травма (ЧМТ) (сотрясение и ушиб головного мозга лёгкой степени) - одно из наиболее частых нейрохирургических заболеваний. Пострадавшие с ЧМТ составляют около 80% от числа госпитализируемых. Частота ЧМТ в различных странах варьирует от 130 до 250 на 100 тыс. населения. Во все времена лёгкая ЧМТ оставалась в тени более драматично протекающей тяжелой ЧМТ.

Цель: изучить эффективность препарата тиоцетам в стандартном лечении больных с лёгкой черепно-мозговой травмой. По данным литературы, из ноотропных препаратов при стандартном лечении ЧМТ в настоящее время используется пирацетам. Неблагоприятные факторы, такие как стресс (чем и является лёгкая ЧМТ), пагубно влияют на больных, являясь условием повышенной астенизацией пострадавших. Фармакологический эффект тиоцетама обусловлен взаимопотенцирующим действием тиотриазолина и пирацетама.

Нами были обследованы 90 больных с лёгкой ЧМТ в возрасте от 18 до 43 лет. Больные были разделены на две группы: основная - 42 пациента, которые получали стандартную терапию в сочетании с тиоцетамом с момента полученной травмы: в 1-2 сутки 5,0 в/в с 4 по 14 сутки тиоцетам таб. 2 раза в сутки. Контрольная - 48 пациентов, которые получали стандартную терапию и ноотропное лечение с 3 суток от момента полученной травмы: пирацетам 20% 5,0 в/в, в 3-5 сутки, пирацетам таб. 2 раза в сутки в течение 6-14 суток.

В обеих группах сравнивали состояние когнитивных функций в течение острого периода (до 14 суток). Для оценки когнитивных функций нами использовались корректурная проба - тест Бурдона (исследование степени концентрации и устойчивости внимания) и проба Шульте (определение устойчивости внимания и динамики работоспособности). Полученные в сравниваемых группах результаты свидетельствовали о более раннем восстановлении когнитивных функций у больных основной группы.

Таким образом, применение препарата тиоцетам в комплексном лечении больных с лёгкой ЧМТ в качестве ноотропной терапии позволяет быстрее добиться стабилизации эмоционально волевой сферы, что способствует нормализации показателей когнитивных и мнестических функций.

Хорошая переносимость и отсутствие побочных реакций позволяют рекомендовать тиоцетам для лечения больных с лёгкой черепно-мозговой травмой.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КЕФАЛОГЕМАТОМАМИ

Мусаев А.К., Тухтабеков З.Л.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Нейрохирургия XXI века сделала огромный шаг в диагностике и лечении больных. Немаловажную роль сыграли методы лучевой диагностики. Применение таких методов как нейросонография, рентгенография, компьютерная томография (КТ) и МСКТ существенно изменили представление о различных повреждениях у детей с родовой травмой. Являясь наиболее информативными методами исследования и диагностики, они позволяют выявить характер поражения целостности костей черепа и головного мозга.

Работа основана на ретроспективном изучении 12 историй болезни детей с кефалогематомами. Дифференциальную диагностику при кефалогематомах проводили с родовой опухолью (кровоизлиянием в подкожную клетчатку), которая имеет тестоватую консистенцию, распространяется за границы швов на другие кости и не флюктуирует, исчезая обычно в первые 2-3 дня. В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи в 2009 год на обследовании и лечении находились 12 детей с кефалогематомами в возрасте от 3 недель до 3 месяцев. 8 больным обратившимся в ранние сроки, произведена аспирация кефалогематом, из них 4 детям одномоментно аспирирована путем пункции лизированная кровь, 2 детям после первичной пункции производились повторные аспирации,

2 аспирации проводились трижды. При более позднем обращении (более 1 мес.) у 4 детей кефалогематомы подверглись обызвествлению и окостенению. При оссификации кефалогематомы образуется деформацию соответствующей кости, рентгенологически проявляющиеся ее утолщением на месте бывшей кефалогематомы. На компьютерных томограммах оссифицированных кефалогематом выявлялись контуры основания кефалогематом, имеющих форму эллипса, различных диаметров. Оссифицированные кефалогематомы в наших наблюдениях локализовались в теменной области. Всем больным после стандартного исследования произведена операция по удалению оссифицированных кефалогематом. В более поздние сроки эвакуация кефалогематомы может быть затруднена вследствие организации ее содержимого.

Таким образом, при своевременной диагностике и ранней аспирации кефалогематомы можно предупредить такое неблагоприятное осложнение как ее оссификация.

Тактика лечения кефалогематомы должна предусматривать более ранее, менее травматичное и более радикальное вмешательство.

К ВОПРОСУ ОБ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Муссавий Б.Д., Асанов Э.А.
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Группу больных, требующих экстренной помощи, составляют пострадавшие с повреждением тканей челюстно-лицевой области. Среди наблюдаемых нами в СфРНЦЭМП в 2005 - 2009 гг. больных у 90% была бытовая травма, у 7% – дорожно-транспортная (до октября 2009 г. последние составляли 15-17%, т.к. автомагистраль Ташкент-Термез проходила через крупные населенные пункты нашей области, а с октября 2009 г. резко снизились); у 2,1% – производственная, у 0,2-0,3% – спортивная. Обычно бытовые травмы редко бывают тяжелыми, дорожно-транспортная травма чаще бывает сочетанной, сопровождается во многих случаях ушибом головного мозга,-переломом основания черепа и свода черепа, ликвореей, а иногда субарохноидальным и субдуральным кровотечением и сдавлением головного мозга. Более тяжелыми оказываются производственная и спортивная травмы.

Больные с бытовой травмой поступают к нам в стационар обычно по направлению хирургов-стоматологов из районных отделений экстренной медицинской помощи,из травмпунктов, травматологических отделений, реже из стоматологических поликлиник, как правило, самостоятельно. Только 2,7% пострадавших доставляются машинами скорой помощи, хотя 4,5% случаев при их поступлении врачами приемного отделения, нейрохирургами диагностируется сотрясение головного мозга. Это объясняется тем, что почти половина пострадавшие с бытовой травмой обращаются к врачам СВП, районных больниц, отделении экстренной медицинской службы лишь на 2-3 день и в более поздние сроки.

Анализ работы лечебных учреждений Сырдарьинской области показывает, что все еще не налажена надлежащая преемственность в организации помощи больным с челюстно-лицевыми, бытовыми травмами на этапах: СВП, районная больница, отделение экстренной службы, областной стационар (отделение сочетанной травмы с челюстно-лицевой хирургией).

Врачи СВП и районной экстренной службы допускают диагностические и тактические ошибки. Наиболее частой ошибкой на догоспитальном этапе является недостаточность диагностики локализации повреждения костей лицевого скелета. Так, перелом нижней челюсти распознан у 15 из 571 пострадавшего, у 2-го при двойном переломе. Причиной этих ошибок были недостатки рентгенографического и рентгеноскопического обследования. Второй серьезной ошибкой на догоспитальном этапе является игнорирование средств транспортной иммобилизации: 92% пациентов врачи направляют в стационары, не оказав им первой помощи.

Как правило, больным с травмой тканей челюстно-лицевой области в районных условиях не обеспечивают обезболивание травм, направляют больных с сотрясением головного мозга на стационарное лечение попутным транспортом.

В районах со значительной разобщенностью и низкой плотностью населения, (Сардобинский, Акалтынский) вполне оправдано требование обеспечения транспортной иммобилизации отломков нижней и верхней челюстей на этапе первичного обращения больного к врачам СВП или амбулатории,т.к. его поступление в специализированный стационар из-за отдаленности (бездорожье, сложные метеорологические условия) может затянуться на несколько дней. Все это сопряжено с большой непроизводительной затратой времени врачом стационара и создает серьезные предпосылки к развитию осложнений.

Чтобы повысить эффективность лечения на госпитальном этапе и снизить риски посттравматических осложнений необходимо повышать уровень квалификации специалистов на начальных этапах (СВП, амбулатория, РЦБ, поликлиника) оказания медицинской помощи, а также правильно выбирать эффективные методы лечения, (остеосинтеза) с привлечением специалистов другого профиля. Это обеспечивает благоприятный исход и хорошие прогнозы.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗВОНОЧНО-СПИНОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Набиев Ф.О., Давлатов Б.Н., Максудов Б.М., Мамаджанов Х.Х.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Достижения медицинской науки в последние десятилетия способствовали снижению летальности при позвоночно-спиномозговой травме (ПСМТ). В настоящее время большое значение приобретают вопросы социальной адаптации этого контингента больных. Все чаще при лечении таких повреждений применяются различные оперативные пособия. Среди множества методов оперативного лечения ПСМТ должны выбираться наименее травматичные и наиболее эффективные, с учетом вида, формы травматического повреждения позвоночного сегмента и внепозвоночных повреждений и уровеня повреждения спинного мозга.

Нами проанализированы результаты лечения 1850 больных с ПСМТ, находившихся в 2000 - 2008 гг. в Андижанском филиале РНЦЭМП. 224 больных (12,1%) были с шейной, 164 (8,9%) - с грудной, 887 (47,9%) - с грудопоясничной и с 575 (31,1%) - с поясничной ПСМТ. 206 (11,1%) больным выполнено оперативное вмешательство: в течение первых суток у 21 (10,2%), первых трех суток - у 63 (30,6%), до 10 дней - у 49(23,8%) в более поздние сроки - у 73 (35,4%).

Основной задачей проведенного лечения было устранение компрессии элементов СМ. У 112 (54,9%) больных имела место передняя компрессия, у 39 (34,8%) из них выполне-

на передняя декомпрессия из переднебокового доступа, у 73 (65,2%) на грудном и поясничном уровнях - передняя декомпрессия из задне-бокового доступа. У 8 (3,9%) больных проводилось открытое устранение вывихов, у 18 (8,7%) оперированных операция ограничивалась проведением декомпрессии с устранением клина Урбана и стабилизации позвоночника различными конструкциями как для переднего, так и для заднего спондилодеза.

Второй задачей явилось восстановление нормальных анатомических взаимоотношений между позвоночником и содержимым позвоночного канала. При переломах, переломовывихах шейных позвонков выполнено закрытое вправление с установлением вытяжения, оперативное лечение - после регресса признаков спинального шока, при неосложненной травме проведена фиксация с помощью головодержателей или гало-конструкциями. У 850 (45,9%) больных выполнена реклинация реклинирующими устройствами, у 315 (17,02%) больных применялись реклинирующие корсеты.

Таким образом, исход лечения ПСМТ зависит от суммы результатов: регресс неврологического дефицита и устранение нестабильности, ликвидация или уменьшение деформации тела позвонка.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ВЕГЕТАТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Намозов А.Н., Дадаев Х.Х., Ким А.В.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Тяжелая черепно-мозговая травма является причиной комы с исходом в вегетативное состояние (ВС) примерно в половине случаев.

Вегетативное состояние (апаллический синдром) – это симптомокомплекс, возникающий при нарушении связей между плащом и стволом мозга и другими центрами.

Нами обследованы 78 пациентов, перенесших тяжелую ЧМТ, с глубокой комой и переходом в апаллический синдром, которые находились на лечении в РНЦЭМП в 2005-2009 гг. Длительность коматозного состояния у всех больных превышала 10 суток. Мужчин было 59 (75,6%), женщин – 19 (24,4%) в возрасте от 15 до 82 лет. Всем пострадавшим проводилось комплексное клинико-неврологическое, лабораторно-инструментальное обследование, включавшее краниографию, спондилографию, Эхо-ЭС, ЭЭГ, МСКТ или МРТ головного мозга. Степень тяжести ЧМТ устанавливали в соответствии с положениями единой классификации ЧМТ. Результаты лечения оценивали на момент выписки в остром и в отдаленном периодах ЧМТ по шкале исходов Глазго.

По тяжести состояния больные распределены следующим образом: тяжелое состояние – у 16 (21,6%) больных, крайне тяжелое – у 62 (79,4%). Согласно шкале комы Глазго, уровень сознания у 19 (24,3%) больных оценен в 6-7 баллов (умеренная кома), у 52 (66,6%) – 4-5 баллов (глубокая кома), 7 (8,9%) – 3 балла (запредельная кома).

Больные были разделены на 2 группы. Пострадавшим 1-й группы проведено стандартное лечение, включающее препараты, включенные в стандарты лечения пострадавших с ТЧМТ (салуретики, осмотические диуретики, альбумин, ингибиторы протеолитических ферментов, антиоксиданты, антикоагулянты, нестероидные противовоспалительные препараты, вазоактивные препараты, метаболики, антиконвульсанты и т.д.).

Пострадавшим 2-й группы дополнительно назначали лечебные инсуффляции воздуха в субарахноидальное пространство (эндолюмбально, объемом 20-50 $см^3$) и гипербарическую оксигенацию (ГБО) с целью стимуляции головного мозга.

Эффективность проведенных методов контролировалось по данным ЭЭГ на 3, 7 и 10 сутки. После проведения стимуляции у 74 (94,8%) больных по данным ЭЭГ отмечено незначительное уменьшение количества острых волн по всем отведениям, снижение амплитуды тета-волн, появлялась тенденция к формированию альфа-ритма в затылочных отведениях, урежение частоты пик-волн по всем отведениям и формирование очага медленноволновой активности. У остальных 4 (5,2%) больных в неврологическом статусе и по данным ЭЭГ существенных изменений не наблюдалось.

Таким образом, лечебные инсуффляции воздуха и ГБО при посттравматическом апаллическом синдроме оказывают положительный стимулирующий эффект на корковые, подкорковые и стволовые структуры головного мозга, улучшают восстановление интегративной деятельности головного мозга, обеспечивающей сознание, когнитивные функции и саногенетические механизмы, что в свою очередь сокращает сроки стационарного лечения, уменьшает экономические затраты.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ГРУДОПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ – К ВОПРОСУ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Перфильев С.В.

Республиканский научный центр нейрохирургии

В настоящее время общепризнанной классификацией повреждений грудных и поясничных позвонков является классификация Magerl и соавт. (1994). Согласно этой классификации, только компрессионные переломы тел позвонков со снижением высоты не более 50%, при целости 2 столбов могут лечиться без стабилизирующих оперативных вмешательств. В большинстве же случаев повреждений позвонков (2 и более столба) больному показана стабилизирующая операция. В настоящее время необходимость декомпрессивных хирургических вмешательств при сдавлениях спинного мозга не подвергается сомнению, однако вопрос о необходимости фиксации позвонков, особенно в областных центрах, нуждается в дальнейшем изучении.

В течение последних 10 лет в РНЦНХ разработаны и широко внедряются имплантаты для фиксации позвонков при лечении больных с травматической и нетравматической нестабильностью. Мы имеем опыт лечения более 200 больных с применением металлических транспедикулярных фиксаторов.

Доказано преимущество титановых фиксаторов перед конструкциями из нержавеющей стали. Исходы лечения больных с травматическими повреждениями грудопоясничных позвонков зависели от тяжести повреждения спинного мозга и корешков конского хвоста, эффективности декомпрессии, качества установки фиксирующих систем и выбранных точек опоры. Разработанные нами транспедикулярные титановые фиксирующие системы показали свою эффективность и надежность. В РНЦНХ есть все возможности для оказания помощи в приобретении транспедикулярных стержневых и пластинчатых систем для фиксации 3 и более позвонков.

СТАБИЛИЗАЦИЯ ПОЗВОНКОВ И СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ

Перфильев С.В.
Республиканский научный центр нейрохирургии

В настоящее время декомпрессия спинного мозга при осложненных повреждениях шейных позвонков является неоспоримым стандартом, однако эффективность при нестабильных повреждениях может свестись к нулю без проведения надежной стабилизации позвонков.

Вопросы нестабильности позвонков при травматических повреждениях находятся в центре внимания не только ортопедов-травматологов, но и нейрохирургов. Вытяжение позвонков петлей Глисона практически ушло в прошлое из-за потери времени и малой эффективности. Общепризнана активная хирургическая позиция в отношении осложненных и нестабильных повреждений позвоночника в минимально короткие сроки с момента травмы.

В РНЦНХ активная хирургическая тактика вошла в стандарт оказания экстренной специализированной медицинской помощи больным с осложненной спинномозговой травмой и нестабильными повреждениями. Разработаны и широко применяются титановые имплантаты - фиксаторы позвонков - при операциях из переднебоковых парафарингиальных доступов типа АО с фиксацией винтами за тела 2-3 неповрежденных позвонков на завершающем этапе декомпрессивно-стабилизирующих операций; титановые кейджи для фиксации 2 смежных позвонков при сохраненных суставах позвонков; титановые конструкции для окципитоспондилодеза при атланто-аксиальных дислокациях и ГАЛО-аппарат для коррекции и фиксации верхнешейных позвонков.

Более чем 5-летний опыт применения металлоконструкций (54 больных) для фиксации позвонков показал эффективность применения титановых изделий в сравнении с металлоконструкциями из нержавеющей стали; позволил уточнить показания к выполнению стабилизирующих операций, улучшить технику установки имплантатов; содействовать внедрению стабилизирующих устройств в областях Узбекистана.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ

Потапов А.А., Охлопков В.А., Кравчук А.Д., Лихтерман Л.Б.
Институт нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко РАМП, г. Москва, Россия

Проанализированы результаты лечения 97 больных, оперированных в отделении нейротравмы Института нейрохирургии в 1997-2007 г. 77 (79,4%) их них оперированы в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Средняя продолжительность функционирования ликворных фистул до операции составила 3,5±0,5 года.

87 из 97 больных выполнено интракраниальное вмешательство; 10 – шунтирующие операции. Показаниями к интракраниальному вмешательству были постоянная или рецидивирующая ликворея, осложненная менингитом, и верифицированная инструментальными методами диагностики ликворная фистула. У 30 больных для пластики основания черепа использовался фибрин-тромбиновый клей. До 1990 г. интракраниальное вмешательство сочетали с повторными люмбальными пункциями после операции (30). Рецидив ликвореи отмечен у 5 (16,7%) больных. Последующие 53 операции были выполнены с использованием методики интра- и послеоперационного наружного дренирования люмбального ликвора (до 17 сут. в среднем 8,5 сут.). Частота рецидивов ликвореи снизилась до 3,8% (2 из 53 больных). В первых 14 наблюдениях (с 1990 по 1991 гг.) производили простую, перкутанную установку дренажа. Частота менингита в этой серии составила 28,6%. Позже использовали методику "длинно-туннельного" дренажа. Этот способ был применен у 39 больных и только у 3 (7,7%) из них развился менингит. У 4 больных интракраниальное вмешательство выполнено одномоментно с шунтирующей операцией; рецидива ликвореи не отмечено. Только шунтирующая операция выполнена 10 больным (9 люмбоперитонеостомий и 1 вентрикулоперитонеостомия). Показания к шунтирующим операциям: неверифицированная ликворная фистула, признаки повышения внутричерепного давления и сочетание ликвореи с посттравматической гидроцефалией. Рецидив ликвореи у (10%) пациента.

Таким образом, наилучшие результаты хирургического лечения длительной базальной ликвореи достигаются при сочетании интракраниального вмешательства с методикой интра- и послеоперационного дренирования ликвора.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ НА МОЗГОВОЙ КРОВОТОК У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Сабиров Д.М., Дадамьянц Н.Г, Сабиров Д.С., Дадаев Х.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) - одна из наиболее актуальных проблем современной нейрореаниматологии. Продленная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) больным с данной патологией необходима для предотвращения гипоксии мозга, нарушения мозгового кровотока, вторичных ишемических изменений головного мозга.

Появление современных аппаратов ИВЛ, позволяющих проводить вспомогательную вентиляцию легких (ВИВЛ), снижает проблему синхронизации больных с ТЧМТ с помощью седативных препаратов и релаксантов.

Целью нашего исследования явилось изучение мозгового кровотока при принудительной ИВЛ и ВИВЛ у больных с ТЧМТ.

Исследование выполнено у 46 больных в возрасте от 16 до 78 лет с ТЧМТ. Уровень сознания больных при поступлении составлял 4-8 баллов по шкале комы Глазго. У 43 (95,6%) больного были выполнены декомпрессивные краниотомии по поводу внутричерепных гематом. Умерли 18 (39%) больных. ИВЛ проводилась всем больным в течение 5,6±0,8 суток аппаратом Evita 2+ (Drager).

Всем больным проводились мониторный контроль и оценка АД, ЧСС, САД, SpO_2, ЭКГ (Nihon Kohden), ЭЭГ, исследование КОС артериальной крови (аппарат Roeh Omnic), мозгового кровотока методом ультразвуковой транскраниальной доплерографии (ТКДГ) аппаратом МТ-1010 (фирма Mindray). ТКДГ проводили на 1,3,5 сутки. Скорость линейного кровотока оценивали по интра- и экстракраниальным артериям головного мозга.

Все пациенты были разделены на 2 группы: контрольная (22 больных), которым проводилась ИВЛ в режиме IPPV с седацией и миоплегией, и основная (24 больных) которым проводилась ВИВЛ с использованием режимов BIPAP и CPAP.

У больных контрольной группы в периоды десинхронизации больной-респиратор отмечалось возрастание линейных скоростей в 1,6 раза, асимметрия кровотока.

У пациентов основной группы ЛСК было ниже чем в контрольной группе (18%).

Таким образом, ИВЛ у больных с ТЧМТ является более физиологичной и оказывает меньшее отрицательное влияние на мозговой кровоток.

ТАКТИКА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Сарибоев О.М., Давлатов Б.Н., Бурханов И.М., Ханапияев Ф.Р.
Андижанский филиал РНЦЭМП

По данным института скорой помощи им. Склифосовского, частота черепно-мозговой травмы (ЧМТ) достигает 39-40% в структуре общего травматизма. Следующее обстоятельство, подтверждающее актуальность изучаемой проблемы, - это тяжесть ЧМТ.

Целью настоящего сообщения является усовершенствование тактики хирургического лечения при сдавлении головного мозга (внутричерепными гематомами, субдуралыными гидромами, вдавленными переломами свода черепа) при ЧМТ.

Проанализированы результаты лечения 61 больного с ЧМТ различной степени тяжести. В возрасте от 14 до 65 лет, из них 49 (80,3%) мужчин. Диагностику ЧМТ проводили в следующим порядке:

1) обследование начинали с определения состояния жизненно важных функций – дыхания и кровообращения, выявления наружного и внутреннего кровотечения;

2) оценка состояния сознания и определение степени неврологических расстройств;

3) выявление внечерепных повреждений;

4) при неотложных состояниях допустима синдромологическая постановка диагноза.

Из дополнительных и обязательных методов диагностики остается стандартное рентгенологическое исследование. Остальные диагностические мероприятия являются методами выбора и выполняются индивидуально необходимости.

Быстротечность и динамичность всех процессов требуют от любого, кто столкнулся с проявлениями ЧМТ, оказания грамотной медицинской помощи, вследствие которой возможна быстрая стабилизация состояния. Устранение дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК) посредством рациональной инфузионно-трансфузионной терапии обеспечивает ликвидацию гиповолемии, улучшает реологические свойства крови и микроциркуляцию, предотвращает развитие ДВС-синдрома и микротромбозов, обеспечивая патогенетическое лечение острой дыхательной недостаточности (ОДН) у больных в состоянии шока. При поступление больных в бессознательном состоянии, в состоянии алкогольного опьянения, а также в состоянии шока оказание помощи начинали с проведения экстренных реанимационных мероприятий в специальной противошоковой палате. В некоторых случаях все диагностические мероприятия и специализированная помощь оказывались в отделении нейрореанимации с одновременной подготовкой к операции.

Выполнение конкретного оперативного вмешательства при ЧМТ требует от исполнителя адекватной оценки характера всех составных травмы, определения уровня поражения и возможности одноэтапного лечения, владения технологией операции. При определении объема дальнейшей тактики лечения и выбора оперативного пособия мы ориентировались на следующие показатели: АД выше 100 мл рт.ст; центральное венозное давление ЦВД-100 мм вод.ст; пульс менее 100 в мин, диурез выше 50 мл в час.

В свою очередь нами четко определена последовательность применения оперативных вмешательств и пособий напрямую зависящая от градации экстренности и плановости как составных ЧМТ, так с учетом разновидности травмы, т.е. с учетом наличия сочетанных повреждений, состоящая в следующем:

1) вмешательства первого порядка - экстренные: выполняются с учётом угрозы для жизни той или иной травмы, например, по поводу внутричерепной гематомы;

2) вмешательства второго порядка - срочные: выполняются при угрозе потери функции органа или системы органов, например, первичная хирургическая обработка ран или операция при вторичной посттравматической гигроме;

3) вмешательства и пособия третьего порядка - отсроченные, задержка которых существенно не влияет на исход лечения, например, операции при челюстно-лицевой травме;

4) вмешательства четвёртого порядка - плановые: выполняются при угрозе развития осложнений, например, с целью предупреждения генерализации инфекции -краниопластика или установление трахеостомы.

Таким образом, предлагаемая последовательность диагностических мероприятий и хирургического лечения больных с ЧМТ позволяет получить хорошие и удовлетворительные результаты.

К ПРОБЛЕМЕ ЗАМЕЩЕНИЯ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПА

Сарибоев О.М., Бурхонов И.М., Давлатов Б.Н., Мирзаюлдашев Н.Ю.
Андижанский филиал РНЦЭМП

По статистике ВОЗ, на долю черепно-мозговой травмы (ЧМТ) приходится 50-70% летальных исходов, наступивших в результате травмы. Согласно данным разных авторов, летальность при ЧМТ составляет 10-15%; 17-19% пострадавших становятся инвалидами. При ЧМТ больным по экстренным показаниям с лечебной и диагностической целью выполняются оперативные вмешательства, которые нередко сопровождаются декомпрессивной трепанацией черепа.

Дефекты костей черепа не способны самопроизвольно замещаться костной тканью, что в большинстве случаев вызывает ряд дополнительных функциональных расстройств у больных, таких как головные боли, рвота, тошнота; снижение или потеря трудоспособности, возможность травмы незащищенного мозга извне и т.д. Всё это является прямым показанием к оперативному вмешательству и ставит хирургов перед проблемой замещения костных дефектов черепа.

В ходе лечения пострадавших с ЧМТ нами разработан и применён способ пластики дефектов костей черепа углеродным эксплантатом, выполняемой как при первичной, так и

при ранней и поздней краниопластике. Предложенная нами методика краниопластики с использованием углеродного трансплантата (Заявка на изобретение № IAP 2006 0010) позволяет как в раннем, так и в последующих периодах травматической болезни приступать к выполнению ранних реабилитационных мероприятий.

Анализ ближайших и отдаленных результатов показал, что наличие углеродного эндопротеза предупреждает образование грубого фиброзного рубца в области дефекта, исключает развитие спаек твёрдой и мягкой мозговых оболочек. Имплантаты легко моделируются обычным режущим инструментом по периметру костного дефекта и укладываются в костное ложе без дополнительного крепления, так как имплантат хорошо прижимается к ложу кожно-апоневротическим лоскутом. Нарушений прочности фиксации эндопротез - кость и резорбции кости на границе с эндопротезом не было. Имплантат обладает достаточной прочностью, быстро прорастает окружающими тканями, сосудами и прочно вживляется в края костного дефекта. Через 2-3 месяца прочность фиксации имплантата с костью увеличивается за счет нарастания соединительнотканной плёнки.

Предложенный нами способ краниопластики дефектов черепа у больных с ЧМТ восстанавливает целостность и форму свода черепа, нормальные взаимоотношения между мозгом и оболочками, оболочками и наружными покровами, предотвращает образование спаек.

4 ОЙЛИК БОЛАДА СИЛКИНИШ ТУФАЙЛИ СУБАРОХНОИДАЛ ҚОН ҚУЙИЛИШИ

Сафаев М.К., Абдуллаев Д.Д., Ким К.А.
РШТЁИМ Фарғона филиали

Адабиётларда чақалоқларда силкиниш туфайли субарахноидал қон қуйилиш, яъни болалар силкиниш синдроми қайдаражада кўп ёки оз учраши аниқ ёритилмаган. Баъзи авторларни маълумоти бўйича силкиниш туфайли субарохнидал қон қуйилиши билан кўкрак ёшидаги болаларда неврологик белгилар узок сакланиб 25% гача беморларда ўлимга олиб келиши мумкин.

РШТЁИМФФ нейрохирургия бўлимида болалар силкиниш синдроми билан бир неча бемор даволанган. Шулардан бирини биз мисол сифатида келтирмоқдамиз.

Бемор З. Д., 4-ойлик, РШТЁИМ ФФ қабул-диагностика бўлимига 2009.31.12 да онаси томонидан олиб келинган.

Касаллик тарихидан: онаси сўзидан онаси қўлида ирғитиб уйнаётиб болани кулидан тушириб юборган, бола ерга тушмай ҳавода қўлидан ушлаб қолиб тутиб олган. 3 соатдан сунг бола инжиклик қилиб эммай қўйган калласини орқага ташлаб йиғлайверган. Яна 2 соатдан сўнг юзини ўнг томонида, ўнг қўл ва ўнг оёғида тонико-клоник тортишишлар бошланган, тана ҳарорати 38,8°гача кўтарилган, тез ёрдам чақирилган ва тез ёрдам машинасида "УРИ, гипертермик синдром, талваса синдроми" диагнози билан РШТЁИМФФ қабул бўлимига келтирилган, қабул диагностика бўлимида болалар реаниматологи, педиатр ва травматолог биргаликда кўришган. Стандарт бўйича текширилганда, ЭХОЭГ м-эхони патологик силжиши аниқланмаган. Краниографияда жароҳат аниқланмаган. Ўнг елка суяги рентгенограммасида елка суягининг ўртасидан ёпиқ силжиб синиши аниқланган. Травматолог томонидан репозиция қилиниб, ганчли иммобилизация қилинган. "УРИ гипертермик синдром, талваса синдроми, ўнг елка суягини ўрта қисмидан ёпик силжиб синиши" ташхиси билан болалар реанимация бўлимига ётқизилган, 2010.01.01 куни нейрохирург томонидан кўрилиб, люмбал пункция қилинган ва субарохноидал қон қуйилиши аниқланган. Олиб борилган интенсив нейротроп, метоболизмни яхшиловчи дорилар, дегидратацион терапия, симптоматик терапия ва санацион люмбал пункциялардан сўнг беморни аҳволи анча яхшиланди. Келганидан 12 суткасида яшаш жойида невропатолог ва травматолог кузатувида даволанишга жавоб берилди.

Юқорида кўрсатилганлардан хулоса қилиш мумкинки болаларда силкиниш туфайли субарохноидал қон қуйилиши мумкин экан ва кўкрак ёшидаги болаларни силтаб эркалатиш ва кўтариш бош мия жарохатланишига сабаб бўлиши мумкин.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Тожиев М.Т., Абдуллаев Д.Д., Исаков Э.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Нами были проанализированы истории болезни 278 пациентов с ушибами головного мозга средней и 'тяжёлой степени, лечившихся в Ферганском филиале РНЦЭМП в 2009-2010 гг. Эпилептический синдром отмечен у 42 (15,1%) больных. Чаще наблюдались генерализованные (85,9%), реже - фокальные судороги (11,7%). Эпилептический статус зарегистрирован у 6 (2,4%) человек.

Своевременная диагностика черепно-мозговой травмы у пациентов с судорожным синдромом представляет некоторые трудности. Нередко такие больные доставляются машинами скорой помощи в приёмные отделения больниц с неопределённым диагнозом "после судорожного припадка". Они обычно наблюдаются дежурными врачами в условиях приёмного покоя от нескольких часов до суток и более. В течение этого времени выполняются все необходимые диагностические мероприятия (обзорные краниограммы, Эхо-ЭС, КТ-сканирование полости черепа, исследование ликвора, осмотры смежных специалистов). Одновременно проводится консервативная терапия (дегидратация, противосудорожные препараты). По мере выхода больных из судорожного состояния уточняется анамнез. Если при обследовании и наблюдении за больным в динамике данных за черепно-мозговую травму (ЧМТ) не выявляется, то его отпускают домой с рекомендацией явки в поликлинику к неврологу. При обнаружении травматического сдавления головного мозга решается вопрос о целесообразности оперативного лечения. Судорожный синдром может быть одним из ранних и даже единственным клиническим проявлением травматических внутричерепных гематом, особенно - субдуральных.

Таким образом, наличие судорожного синдрома у пострадавших с ЧМТ в анамнезе должно настораживать врачей в плане исключения травматического сдавления головного мозга. Пациенты с повторными судорожными приступами при отсутствии эффекта от консервативной терапии с наличием в анамнезе даже "лёгкой ЧМТ" нуждаются в КТ или МРТ-исследовании для исключения травматических внутричерепных гематом.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Тухтабеков З.Л., Махкамов К.Э., Пяк А.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Большие компенсаторные и пластические возможности незрелого мозга у детей, незавершенность дифференциации структуры нервных центров, малая кальцинация и эластичность костей черепа с открытыми швами между ними обусловливают особенности клинической картины черепно-мозговой травмы (ЧМТ) у детей.

Обследованы 60 детей в возрасте от 1 года до 7 лет с ЧМТ, поступивших в отделение детской нейрохирургии РНЦЭМП в 2007-2008 гг. с предварительным диагнозом: Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга - 40 (66.6%) больных, ушиб головного мозга легкой степени - 20 (33.3%) больных. Все дети были в удовлетворительном состоянии, в ясном сознании, без грубых очаговых нарушений в ЦНС. При рентгенологическом исследовании костно-травматических повреждений, а при эхоэнцефалоскопическом исследовании смещений срединных структур не обнаружено. Однако у 8 (20%) детей с сотрясением головного мозга при компьютерно-томографическом (КТ) исследовании выявлены линейные переломы костей свода черепа, зоны ушиба мозга 1 вида (плотность +18 - +28 ед.Н), хотя в клинической картине были всего лишь умеренные явления общемозговой симптоматики (вялость, слабость). Локально имелся ушиб мягких тканей, подкожных или подапоневротических гематом не было. Поводом для проведения КТ - исследования послужило отсутствие регресса вышеуказанных явлений общемозговой симптоматики в течение 4-5 суток. Из 20 детей с предварительным диагнозом ушиба головного мозга легкой степени у 13 (65%) обнаружены пластинчатые эпидуральные гематомы над проекцией линии перелома, выявлены также зоны ушиба мозга 1-2 вида. В клинической картине присутствовали мягко выраженная очаговая симптоматика в виде двусторонней пирамидной недостаточности, легкой асимметрии сухожильных рефлексов. При этом явлений выраженной общемозговой симптоматики (тошнота, рвота, головные боли, сонливость) не было. Поводом к проведению КТ - исследования явилось только наличие подапоневротической гематомы. Ясно, что из-за стертости клинической картины черепно-мозговой травмы у детей ведущими становятся инструментальные методы обследования, в связи с чем расширение показаний к проведению КТ и МСКТ головного мозга и черепа на ранних этапах госпитализации, возможно привело бы к более своевременной и правильной диагностике повреждения.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ СУБДУРАЛЬНЫЕ ГИДРОМЫ У ДЕТЕЙ

Тухтабеков З.Л., Пяк А.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Частота травматических субдуральных гидром, по разным данным составляет 7-12% от всех черепно-мозговых травм (ЧМТ), частые рецидивы, отрицательное влияние их на течение травматической болезни головного мозга заставляют нас глубже исследовать данную патологию.

Ретроспективно изучены 55 историй болезни больных, перенесших тяжелую ЧМТ, у которых имела место травматическая гидрома в сочетании с другими травматическими повреждениями (гематомы, переломы, сочетанные повреждения и т.д.). У 10 (18%) больных гидрома имела первичный характер, т.е. возникла сразу непосредственно в момент травмы и диагностировалась на КТ головного мозга уже при поступлении. У остальных 45 (81.8%) детей гидрома верифицирована в более поздние сроки (на 6-10 сут.), хотя при первичном КТ-исследовании в ранние сроки после травмы она не визуализировалась. Всем больным проводились операции по удалению гидром с установлением дренирующей системы в субдуральное пространство. У 35 (63,6%) больных выполнено 1 оперативное вмешательство , у 15 (27.2%) возникали рецедивы гидром , и оперативные вмешательства проводились по 2 раза , у 5 (9%) – по 3-4 раза. Интервал между возникновениями рецидивов в среднем составлял 7-12 дней. Следует отметить характерное латентное течение в клинической картине субдуральных гидром. Клиники быстро нарастающей компрессии мозга, дислокации не было, что обусловлено особенностями механизмов образования гидром и их объемом. Это значительно затрудняло их диагностику, особенно на фоне тяжелой ЧМТ. В клинике можно было отметить только вегетативные нарушения в виде усиления гипергидроза, гипертермии, гиперсаливации. Основным клиническим признаком явилось отсутствие прояснения сознания, которое по срокам травматической болезни уже должно было наступить. Поэтому гидромы в большинстве случаев выявлялись только на КТ головного мозга. Учитывая их преимущественную локализацию 38 (69%) больных - в лобной области - на эхоэнцефалоскопии смещений срединных структур также не находили.

Скрытая клиническая картина гидром заставляет нас искать более новые диагностические критерии, а частота рецидивов требует решения вопроса об оптимизации хирургических вмешательств, направленных на удаление гидром и, самое главное, на предотвращение возникновения рецидивов.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ИСХОД ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Тухтабеков З.Л., Мусаев А.К.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) у детей является наиболее распространенным видом травмы, встречается чаще, чем у взрослых и, по данным различных авторов, составляет 21-75% у всех госпитализированных. В структуре смертности детей ведущее место занимают несчастные случаи, среди которых черепно-мозговые повреждения составляют 35-56,9%. У 10% детей они являются основной причиной смерти.

В литературу анализируются особенности течения травматического повреждения головного мозга у детей, однако не уделяется должного внимания возрастной характеристике клинических форм ЧМТ, значительно варьирующей в зависимости от того, в каком возрасте была получена травма.

С целью выявления особенностей клинического течения тяжелой ЧМТ у детей первого года жизни проанализированы истории болезни 54 пострадавших в 2009 год. В первые 6 ч после травмы госпитализированы 29 (53,7%) детей, спустя 1-3

суток – 22 (40,7%), 3-10 суток – 3 (5,6%). У 51 (94,3%) ребенка была закрытая, у 2 (3,8%) – открытая непроникающая и у 1 (1,9%) – открытая проникающая ЧМТ. Ушибы тяжелой степени имели место у 7, ушиб со сдавлением – у 12 детей.

Диффузных аксональных повреждений в этом возрасте мы не наблюдали. Перелом свода черепа был у 42 детей, основания черепа – у 1. У 22 детей ушибы мозга сопровождались субарахноидальным кровоизлиянием. Внутричерепная гематома и гидрома диагностирована у 12 детей, вдавленные переломы – у 2. Потеря сознания у детей первого года жизни наблюдается довольно редко – у 6 (11,1%) из 54. Поэтому наиболее часто родители обращаются к врачу по поводу появления у ребенка подапоневротической гематомы. Поступили в клинику в удовлетворенном состоянии (по шкале комы Глазго 15 баллов) 63,6% детей в возрасте до года, в оглушенном состоянии – 28% (13-14 баллов), в состоянии сопора – 4,2% (9-12 баллов), коматозном состоянии – 4,2% (4-8 баллов). Светлый промежуток был у 9 (16,6%) детей. Однократная или многократная рвота отмечалась у 20 (37%) детей. Чаще родители обращали внимание на заторможенность, сонливость, вялость ребенка – 17 (31,5%). Психомоторное или двигательное возбуждение было у 8 (14,8%) детей. Грубые неврологические расстройства наблюдались у единичных больных. Эписиндром был у 9 (16,6%) детей. Анизокория имела место у 2 (3,7%), угнетение или отсутствие зрачковых и роговичных рефлексов – у 11 (20,3%), парез взора – у 1 (2%), гемипарез – у 3 (5,6%) детей. Повышение мышечного тонуса зафиксировано у 7 (13%), понижение его – у 6 (11,1%), и меняющийся тонус – у 3 (5,6%) пациентов. Патологические топные рефлексы и симптомы раздражения мозговых оболочек выявлены в единичных наблюдениях. Сравнительно чаще у детей в возрасте до года наблюдались вегетативные нарушения (сосудистые, диэнцефальные).

Исходы тяжелой ЧМТ у детей до 1 года при своевременной диагностике и адекватном лечении благоприятны. Из 54 детей умерли 3 (5,6%) (причина смерти – отек и набухание головного мозга с ущемлением ствола).

Выводы. 1. Скудность очаговой и общемозговой симптоматики у детей первого года жизни, стертое и малосимптомное течение тяжелой черепно-мозговой травмы создает видимость легкости травмы. 2. Анатомо-физиологические особенности черепа и головного мозга у детей первого года жизни (наличие родничков и открытых швов, сравнительно малое основание черепа по отношению к своду, широкие субарахноидальные щели, высокая гидрофильность и функциональная незрелость ткани мозга, незначительная дифференцировка корковых центров и богатая васкуляризация мозга) своеобразно влияют на клинические проявления ЧМТ в этом возрасте.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ И ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Улмасбаев Р.М.,. Давлатов Б.Н., Ханапияев Ф.Р., Мамаджанов Х.Х., Набиев Ф.О.
Андижанский филиал РНЦЭМП

При закрытой позвоночно-спинномозговой травме (ПСМТ) до 30-40 % повреждений составляют осложненные переломы с синдромом компрессии спинного мозга различной степени тяжести. В этой группе больных остается высокая летальность (до 30 %) и сохраняется значительный процент неудовлетворительных исходов лечения. Перевод на инвалидность при выписке из стационара в группе с тяжелыми повреждениями спинного мозга достигает 100 %.

Современная комплексная лечебная тактика при ПСМТ строится, прежде всего, на запуске и реализации резервных возможностей организма, направленных на восстановление функциональной активности всего организма в целом, и позвоночника в частности.

Целью нашего исследования явилось улучшение результатов лечения больных с различными последствиями и осложнениями ПСМТ применением современных принципов реабилитационного лечения. В задачи исследования входило изучение клинико-неврологических особенностей последствий и осложнений у больных с ПСМТ; определение показаний и противопоказаний к различным видам реабилитационного лечения последствий и осложнений у больных с ПСМТ; оценка результатов различных видов реабилитации в ближайшем и отдаленном периоде после ПСМТ.

Проанализированы результаты лечения 40 больных с позвоночно-спинномозговой травмой большинство которых были в возрасте от 20 до 40 лет. Мужчин было 27 (67,5 %), женщин 13 (32,5 %). У 9 (22,5 %) больных диагностированы сочетанные повреждения. Основным механизмом травмы были транспортные происшествия, а также падение с высоты (87,5%).

При изучении неврологической картины у 15 (37,5%) больных выявлен выраженный болевой синдром в верхних конечностях и явления глубокого пареза в нижних конечностях, у 13 (32,5%) отмечалось симптоматика сдавления ткани спинного мозга с уровня повреждения. При неврологическом обследовании у 25 (62,5%) пациентов диагностированы компрессионный радикулярный или миелорадикулярный синдромы, рентгенологические исследования констатировали отсутствие костной патологии. По неврологической симптоматике, согласно шкале ASIA/IMSOP, к группе А отнесены - 5 (12,5%) больных, к группе В - 12 (30%), к группе С - 11 (27,5%), к группе D - 6 (15%).

На основании собственных наблюдений, а также анализа современных методов лечения последствий и осложнений нами разработан и внедрен в практику алгоритм реабилитационного лечения. Независимо от условий, комплексные восстановительные мероприятия у данной категории больных в конечном итоге должны способствовать полной медицинской и социальной реабилитации. При разработке плана и выполнении лечебных мероприятий в каждом конкретном случае учитывали следующие особенности ПСМТ: вид повреждения (открытый или закрытый), уровень и количество повреждённых сегментов позвоночника и их характер (стабильный, нестабильный), локализация и степень травмы спинного мозга, период травматической болезни, сопутствующие осложнения позвоночной травмы (пролежни, деформация опорно-двигательного аппарата, нарушение функции тазовых органов и др.), степень выраженности внепозвоночных повреждений и заболеваний, а также возраст и пол больных.

Непременным условием реабилитационного лечения ПСМТ было непрерывность, то есть после завершения госпитального этапа медицинской помощи все пострадавшие направлялись в специализированные санатории, где им проводились реабилитационные мероприятия не только по восстановлению нарушенных функций нервно-мышечного аппарата, но и направленные на развитие опоры и подвижности туловища и конечностей.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ И ТАКТИКА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Усмонов С.А., Давлатов Б.Н., Ханапияев Ф.Р., Мамаджанов Х.Х., Набиев Ф.О.

Андижанский филиал РНЦЭМП

По данным отечественных и зарубежных авторов, одиночные травмы позвоночника наиболее часто наблюдаются в переходных отделах позвоночного столба С6-С7 и Th11-L1. Частота таких повреждений составляют от 48 до 78 %, более половины их сопровождается травмой спинного мозга.

Сложность строения позвоночника, важность выполняемых им функций, разнообразие вариантов локализации и степени повреждения как самих позвонков, так и тесно связанных с ними сосудистых и нервных образований, связок, мышц придает многосимптомность и большую вариабельность клиническим проявлениям его повреждений. В связи с этим выбор тактики лечения повреждений позвоночника выросло в актуальную медицинскую проблему, которая далека от своего окончательного решения.

Нами проанализированы результаты лечения 48 больных с неосложненной травмой грудопоясничного отдела позвоночника, находившихся в АФРНЦЭМП с 2008 по 2009 г. Больные были в возрасте от 11 до 48 лет, мужчин было - 39 (81,3%). На основании собственных наблюдений, а также анализа современных методов консервативного лечения травм позвоночника нами разработан и внедрен в практику алгоритм, который включает: консервативное лечение без элементов реклинации, в том числе в сочетании со скелетным вытяжением. Скелетное вытяжение оказалось эффективным у 7 (14,6%) больных, у которых достигнута репозиция смещённого позвонков, а также полное неврологическое восстановление.

В зависимости от иммобилизации позвоночника мы использовали различные методы внешней фиксации с применением специализированных корсетов с целью проведения функциональных методов с элементами ранней активации. В качестве реклинации нами применялись, также аппараты внешней фиксации с возможностями реклинации и умеренного вытяжения, возможности и эффективность которых постоянно контролировалась путем рентгенодиагностики. Эффективность применения форсированной репозиции с помощью реклинирующих корсетов обусловлено прежде всего, строгой иммобилизацией позвоночника в гиперэкстензионном положении, что обеспечивает эффективность консервативного лечения. Нами использовался реклинирующий корсет Уринбаева - Пардаева.

При неэффективности предлагаемых методов консервативного лечения у 13 (27,1%) больных нами применены различные методы хирургического лечения с использованием декомпрессивно-репозиционно-стабилизирующего корпородеза (ДРСК). Выполненные задним доступом операции, были направлены на воссоздание анатомических соотношений позвонков, декомпрессию содержимого позвоночного канала и межпозвонковых отверстий, предупреждение прогрессирования и оптимизацию условий для регресса неврологических расстройств, с обеспечением надежной стабилизации позвонков на уровне повреждения.

Таким образом, современная обоснованная комплексная восстановительная терапия травм позвоночника обеспечивается адекватным сочетанием различных способов консервативного лечения и дифференцируется в зависимости от механизма травмы, характера повреждения, уровня поражения, его тяжести и периода протекания заболевания спинного мозга, а также степени компенсации нарушенных функций организма.

БОЛАЛАРДА АПОНЕВРОЗ ОСТИ ГЕМАТОМАЛАРИНИНГ УЧРАШИ

Файзуллаев Ф.Ф., Иботов Н.О.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази

Болаларда бош қисми жарохатлари ҳозирги кунда кўп учрамоқда. Болаларда бош мия жарохатлари клиник кечишининг ўзига хослиги вақтли диагностика қилишни қийинлаштиради.

Мақсад: болаларда апоневроз ости гематомалари билан бош мия жароҳатлари учраши, бу беморларда краниограмма ва МСКТ текширувлари диагностик имкониятларини солиштириш.

РШТЁИМ болалар нейрохирургия бўлимида 2008 йил мобайнида 1563 та бемор бош мия жарохатлари билан даволанишда бўлди. Касаллик тарихи ўрганилиб, ретроспектив таҳлил қилинди. Шулардан 112 тасида (7,1%) бош апоневроз ости гематомаси билан бош мия жарохатлари диагностика қилинди ва даволанди. Шикастланишдан сўнг 1-3-кунларда 61таси (54,4%), 31таси (27,6%) 3-7-кунларда, 20таси (18%) 7 кундан сўнг мурожаат қилган. 7-кундан сўнг келган беморларнинг асосий қисмида ота-оналар томонидан боланинг ҳолатида ҳеч қандай ўзгаришлар кузатилмаган. Улар фақат бош сохасидаги турғун шишга шикоят қилиб келган, беморларнинг келгандаги умумий аҳволи қониқарли.

112 та беморнинг 83 таси (74%) 3 ёшгача, 18 таси (16%) 3-7 ёшгача ва қолган 11 таси (10%) 7ёшдан 14 ёшгача бўлган болалар эди. Уларнинг 74 таси (66%) ўғил, 38 таси (34%) қиз бола.

Барча беморларга ЭхоЭС, краниограмма (фас ва профил проекцияларда), бош мия МСКТ, нейроофтальмоскопия текширувлари ўтказилди.

Бош қисми апоневроз ости гематомаси билан беморлар нейрохирург кўригидан кейин клиник бош суяги синиши ташхиси қўйилди. Стандарт текширувларларда 2 проекциядаги краниографияда беморларнинг 85тасида (76%) бош гумбаз суякларида синиқ чизиқлари аниқланди. Қолган 27 (24%) бемордаги бош гумбаз суяклари синиш чизиқлари МСКТ текширувидан кейин маълум бўлди.

Хулоса. Апоневроз ости гематомаси 3 ёшгача ва ўғил болаларда кўпроқ учрайди. Апоневроз ости гематомаси болаларда бош суяклари гумбаз қисми синишларини кўрсатувчи патогномоник белги бўлиб ҳисобланади. Апоневроз ости гематомаси аниқланган болаларда бош суяги синишини диагностика қилишда МСКТ текширувига кўрсатмаларни кенгроқ қўллаш керак.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Хазраткулов Р.Б., Мирзабаев М.Д., Ким А.А., Порсаев А.И.
Республиканский научный центр нейрохирургии

Лечение проведено 96 больным с травматическим повреждением лобных долей головного мозга, которые в остром периоде находились в отделении сочетанной травмы РНЦНХ. Повреждение лобных долей было верифицировано комплексом нейрохирургического обследования, включающего КТ головного мозга. По данным КТ-головного мозга больные в зависимости от объема очагов размозжения были разделены на 3 группы: 1-я группа - 22 (21,9%) больных с объемом очага до 30 см3, 2-я - 41 (42,7%) больной с объем очага от 30 до 50 см3, получавших консервативное лечение, 3-я - 33 (34,4%) больных, у которых объем очага размозжения достигал 50-80 см3, были оперированы. Для оценки нарушений жизнедеятельности использовалась шкала индекса активности повседневной жизни Бартеля (N-100), для объективизации данных исследований когнитивных функций - шкала MMSE (N-30).

Анализируя отдаленные результаты проведенного лечения, необходимо отметить, что наибольшее число практически выздоровевших наблюдалось среди пациентов с очагами небольших объемов. Так, из 22 (21,9%) пострадавших с объемом очага до 30 см3 у 30% практически отмечалось выздоровление. При объемах очага от 30 до 50 см3 практически выздоровевшие составили 18,3%. Как и следовало ожидать, у больных с большими объемами очагов размозжения, а также с множественными и сочетанными очагами получены худшие результаты. В отдаленном периоде после удаления очагов размозжения 50-80 см3 у 9(27,3%) больных отмечался церебрально-очаговый синдром, у 8 (24,2%) больных вегетативно-сосудистый синдром, у 6 (18%) эпилептический синдром.

Показатели качества жизни в 1-й группе по индексу Бартеля составили 80 баллов, по шкале MMSE - 28 балла, во 2-й - соответственно 75 и 26 баллов, в 3-й - 45 и 20 баллов.

Таким образом, качество жизни пациентов в отдаленном периоде после травматических повреждений лобных долей зависит от дифференцированного подхода к лечения в остром периоде.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Ханапияев Ф.Р., Худайбердиев К.Т., Давлатов Б.Н., Набиев Ф.О., Мамаджанов Х.Х.
Андижанский филиал РНЦЭМП

По мнению некоторых авторов (Cooper P. R., 1990; Frymoyer W., 1997), вколоченные переломы тел позвонков (тип AI) по классификации AO/ASIF всегда механически стабильны и нуждаются в адекватном консервативном лечении. Раскалывающие и взрывные повреждения тел позвонков, различающиеся лишь числом костных фрагментов (типы AII и AIII соответственно), условно стабильны, так как плохо срастаются, что приводит к поздним неврологическим осложнениям. Повреждения позвоночника, протекающие с растяжением (тип B), в большинстве случаев механически нестабильны, а повреждения с ротацией (тип C) всегда механически нестабильны.

На современном уровне развития медицинских технологий эти типы повреждений в подавляющем большинстве, в том числе, и у детей, подлежат оперативному лечению. (Ульрих Э.В., Мушкин А.Ю., 2002), однако во многих случаях ламинэктомия не производится (Коновалова А. Н. и др. 2004).

Тщательное клиническое обследование пациента с использованием современных методов визуализации (КТ и МРТ) в момент его поступления позволяет своевременно диагностировать повреждения позвонков по типу BIII (повреждение переднего опорного комплекса с преимущественным повреждением межпозвонковых дисков), а также повреждения по типу CI (ротационные повреждения с компрессией тел позвонков) и CIII (ротационные повреждения с горизонтальным сдвигом фрагментов), согласно классификации повреждений AO/ASIF, что и определяет объём оперативного вмешательства.

В настоящее время оптимальными методами оперативного лечении позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ) считаются такие операции, которые обеспечивают одновременную декомпрессию, редукцию, спондилодез и функциональную раннюю терапию, но реализация их предопределяется совокупностью клинических и социальных факторов.

Под нашим наблюдением в отделении Нейрохирургии АФРНЦЭМП в период с 2001-2009 гг. находились183 больных с ПСМТ различной локализации в возрасте от 16 до 75 лет из 95 (51,9%) мужчин.

Синдром нестабильности при ПСМТ характеризовался патологической подвижностью позвоночника у 46 (25,1%) больных, синдромом сдавления СМ и его корешков - у 126 (68,9%), клиникой полного - у 23(12,6%) и частичного перерыва спинного мозга - у 37 (20,2%), а также корешковыми симптомами - у 126 (68,9%).

Согласно классификации повреждений позвоночника AO/ASIF повреждения типа A встречались - у 137 (74,8%), B -у 36 (19,6%), C - у 10 (5,4%) пострадавших и в основном были диагностированы при травме шейного отдела позвоночника.

Применяя рациональную тактику лечения повреждений позвоночника при ПСМТ, при отсутствии абсолютных противопоказаний к выполнению оперативных вмешательств на позвоночнике и с учётом клинических проявлений повреждений позвоночника, нами произведено 25 оперативных вмешательств на позвоночнике передним и 33 задним доступом на различных уровнях позвоночного столба. Каждая из операций представляла собой декомпрессивно-репозиционно-стабилизирующий корпородез (ДРСК) (заявка на изобретение IAP 2006 0009). Предлагаемый способ заключается в том, что на место компримированного тела позвонка (в том числе и на место резецированного диска) укладываются аутотрансплантат (костная стружка + гемостатическая губка + Коллапана), уплотняя его до полного заполнения всего пространства и восстановления первоначальной высоты межпозвонкового расстояния. Спондилодез дополнительно завершается установлением передних титановых пластин различной модификации.

Наши наблюдения показали, что необходимо стремиться к раннему выполнению ДРСК в полном объёме, в том числе при сдавлении дурального мешка передний ДРСК рекомендован на шейных позвонках, боковой и задний ДРСК - на грудных позвонках, задний ДРСК - на поясничных позвонках.

При подобных травмах ДРСК является патогенетически обоснованным обязательным хирургическим вмешательством.

Таким образом, современные представления о ПСМТ помогли разработать оперативные пособия с применением новых технологий, что обеспечивает успешное выполнение хирургического лечения у данного контингента пострадавших.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НОСА У ДЕТЕЙ

Хатамов Ж.А., Мухаммадиев О.Ш., Бекмурадов М.А.
Самаркандский медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Несмотря на достижения медицины, до настоящего времени деформация костей носа и перегородки у детей остается одной из актуальных проблем оториноларингологии. Травмы носа всегда сопровождаются обильным кровотечением. Не вовремя диагностированный перелом костей и искривление перегородки у детей приводит к различным осложнениям со стороны ЛОР-органов, легких, сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы, кишечника и мочеполовой системы.

Целью нашей работы явилась ранняя диагностика различных вариантов деформации наружного носа и перегородки у детей и оценка эффективности подходов к оперативному лечению.

Под нашим наблюдением находились 30 детей в возрасте от 7 до 14 лет. В ранние сроки посттравматического периода всем больным проводились общеклинические исследования, эндоскопия ЛОР-органов и рентгенография костей носа в боковой проекции, которые при необходимости дополняли КТ или МРТ костей средней части лицевого черепа.

При отсутствии симптомов черепно-мозговой травмы больным выполнялась репозиция костей носа и перегородки под общим обезболеванием. У детей, у которых выявлено искривление перегородки носа в поздние сроки после травмы, проводили подслизистую резекцию носовой перегородки. Линейные размеры и площадь перегородки носа у детей развиваются не одинаково. Четырехугольный хрящ в возрасте от 7 до 14 лет растет интенсивно в высоту, поэтому более физиологичным будут его разрезы вертикально, т.к. горизонтальные резекции, нарушая рост четырехугольного хряща в высоту, приведут к образованию низкой перегородки носа.

Детям в возрасте от 7 до 14 лет проводилась щадящая круговая резекция по Воячеку на перегородке носа. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. После операции полноценное носовое дыхание у детей восстановилось на 2-3 сутки после удаления тампона.

Риноскопии полости носа и носоглотки, проведенные через 6 месяцев выявила размещение реконструированной перегородки носа по срединной линии, остов ее достаточно жесткий, слизистая оболочка имеет нормальный вид.

ИНТРАТУМОРОЗНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ – УРГЕНТНОЕ СОСТОЯНИЕ В НЕЙРООНКОЛОГИИ

Холбоев Ш.Х., Кадырбеков Р.Т., Холиков Н.Х.
Республиканский научный центр нейрохирургии

Интратуморозные кровоизлияния при опухолях головного мозга - одно из наиболее грозных осложнений интракраниальных новообразований и частая причина ухудшения состояния нейроонкологических больных, нередко приводящая к летальному исходу.

Цель работы: изучение особенностей клинического течения и своевременная диагностика интратуморозных кровоизлияний при опухолях головного мозга.

Под наблюдением находились 60 больных в возрасте от 15 до 69 лет (средний возраст – 39±3) с интратуморозными кровоизлияниями при опухолях головного мозга, госпитализированные в Республиканский научный центр нейрохирургии в 2008 - 2009 гг. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа - 36 мужчин (60%), 2-я группа - 24 (40%) женщины.

В отделении нейроонкологии РНЦНХ прооперированы все 60 больных. В зависимости от клинического течения больные были разделены на 3 группы: 1-я группа - 13 (21,7%) больных с инсультоподобным или молниеносным течением, 2-я группа - 28 (46,7%) больных подострым течением, 3-я группа - 19(31,6%) больных с латентным течением. Все больные 1-й группы поступили в стационар в тяжелом состоянию. В экстренном порядке им произведена хирургическая интервенция, что позволило снизить послеоперационную летальность до 6%. Больные остальных групп оперированы в различные сроки в плановым порядке.

Таким образом, изучение особенностей клинического течения и своевременная диагностика интратуморозных кровоизлияний при опухолях головного мозга сегодня является актуальной задачей. Необходимо отметить, что, своевременная ранняя диагностика и адекватная хирургическая тактика при данной патологии предотвращает развитие послеоперационных осложнений и улучшает качество жизни больных.

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Худайберганов Ш.А., Муминов М.Д.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Вопросы стандартизации диагностического и лечебного процессов в последнее время занимают особое место в отечественном здравоохранении. Медицинские стандарты - составляющие единого технологического процесса, который предусматривает использование наиболее эффективных по результативности и экономичности методов диагностики и лечения с учетом всех существующих методик, индивидуальных особенностей пациента, течения болезни, а также материальных, кадровых и других возможностей медицинских учреждений. Основными требованиями к стандартам лечебно-диагностического процесса являются ранняя диагностика и ее достоверность, своевременность и адекватность медицинской помощи, квалифицированность и полнота этой помощи, деонтологические аспекты, экономичность. При этом стандарты не являются раз и навсегда установленными параметрами, периодически они должны пересматриваться в соответствии с изменяющимися социально-экономическими условиями и научно-техническим прогрессом.

В мире стремительно возрастает травматизм, и Узбекистан не является исключением. Так, по данным Бухарского филиала РНЦЭМП, в 2000 г. в отделение сочетанной и осложнённой травмы были госпитализированы 1104 человек, в том числе 424 (38,4%) с черепно-мозговыми травмами (ЧМТ). Стационарное лечение получили 378 (89,2%) из них. Уровень черепно-мозгового травматизма составил 31,5 случая на 100 тыс. населения.

В последнее время частота острой ЧМТ в г. Бухаре и Бу-

харской области, согласно проведенных нами исследований, колеблется от 2,3 до 6,0%, составляя в среднем 4,0-4,2%, т.е. около 1,0 тыс. человек в течение года. Фактически в течение последних 9 лет ее частота увеличилась в 2,2 раза.

По данным Бухарского филиала РНЦЭМП в 2008 г. в отделение сочетанной и осложнённой травмы поступили 2800 в отделение нейрореанимации – 347 больных. Из них с черепно-мозговыми травмами в отделение сочетанной травмы – 684 (24,4%), 129 (37,2%) – в нейрореанимационое отделение. Уровень черепно-мозгового травматизма составил 51,5 случая на 100 тыс. населения.

В 2000 г. больные с ушибами головного мозга составляли, по данным БФРНЦЭМП, 15,8%, а в 2008 г. - уже 29,3% на фоне неуклонного роста числа госпитализированных (соответственно 67 и 238 больных). Летальность в 2000 г. составила 2,6% (10 больных), а в 2008 г. 8,1% – 28 (больных).

Тем не менее, в условиях сельской местности ряд пострадавших (до 25%) с острой ЧМТ госпитализируются в отделения другого профиля – неврологические, травматологические, общехирургические. Отмечается большая разница в подходах и результатах лечения пострадавших с одним и тем же видом травмы, даже по данным профильных отделений. Как свидетельствует проведенный нами анализ, среди основных причин неблагоприятных исходов явились тяжесть не только полученной ЧМТ, но и совокупных поражений органов и систем. Нередко отмечается неполное обследование и лечение, нехватка специалистов, устаревшие и неадекватные подходы к диагностической и лечебной тактике, игнорирование современных достижений медицинской науки в области диагностики и лечения ЧМТ.

Стремление к оптимизации предпринимаемых в каждом конкретном случае диагностических и лечебных мероприятии, наряду с масштабностью проблемы, в целом логично предполагает переход к построению и использованию стандартных, наиболее рациональных схем организации лечебно-диагностических мероприятий как в городах, так и в сельской местности.

В основу разработки стандартов медицинских технологий был положен нозологический принцип, т.е. диагноз является основой формирования стандарта. Такой подход имеет свои особенности, поскольку врач в своей практической работе, как правило, использует иную последовательность действий: обследование больного и выявление симптомов заболевания или травмы – группировка выявленных симптомов в синдромы – проведение дифференциальной диагностики – установление диагноза. При использовании же нозологического принципа перечень, объемы и кратность диагностических мероприятий фактически указываются в том случае, если диагноз уже установлен. Концептуально это вполне правомочно и оправдано, если учитывать, что стандарты являются не справочным пособием по диагностике и лечению, а технологическим и юридическим документом, определяющим как необходимые виды и объемы медицинской помощи, так и уровень требований к качеству диагностического и лечебного процессов. Разумеется, стандарты необходимо периодически пересматривать и совершенствовать. При соблюдении этого условия они будут соответствовать современному уровню развития медицинской науки и способствовать повсеместному повышению эффективности и качества лечения, рациональному использованию ресурсов, внедрению передовых медицинских технологий в практическое здравоохранение.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УГЛЕРОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Худайбердиев К.Т., Мирзаюлдашев Н.Ю., Давлатов Б.Н.
Андижанский филиал РНЦЭМП

В ходе лечения различных категорий больных в травматологии и нейрохирургии нередко встает вопрос об замещение целостности костной ткани.

Согласно основным требованиям, при лечении травм и заболеваний позвоночника патогенетически обоснованными являются декомпрессивные и стабилизирующие операции опорных структур и индивидуальный подбор материалов и конструкции трансплантата.

Применение в лечебной практике отделений нейрохирургий обл. больницы (в настоящее время отделение экстренной нейрохирургии АФРНЦЭМП) и клиник АГМИ углеродных трансплантатов связанно с именем проф. Н.М.Курбанова. До сегодняшнего дня нами выполнено свыше 250 оперативных вмешательств у больных с травмами и дегенеративными заболеваниями позвоночника. При использовании углеродных трансплантатов отпадает необходимость дополнительной фиксации имплантанта и повторной госпитализации больных для извлечения фиксаторов.

Не менее важное обстоятельство возникает при лечении больных с дефектами костей черепа. Мы располагаем опытом лечения 150 больных с дефектами костей черепа после декомпрессивно – резекционной трепанации черепа, которым проведена первичная и отсроченная пластика дефектов костей черепа углеродным материалом.

Высокая пористая структура капиллярного типа активированного углеродно-волокнистого материала (АУВМ) была учтена в лечении у 90 больных с повреждением позвоночника и спинного мозга, имевших нейротрофические раны и пролежни.

Опыт применения углеродных повязок показывает преимущества данного материала в лечении обширных и глубоких ран; не требуется комбинированного применения других лекарственных средств; не присыхают к ране; способствуют быстрому восстановлению кожного покрова без рубцов.

Таким, образом углеродные материалы отличаются высокой совместимостью, обладают биостимулирующим действием, способствуя регенерации тканей. Сегодня углеродные материалы могут использоваться в различных отраслях современной медицины.

О РАННЕЙ ТРАХЕОСТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Шаминов У.Э., Махматмуминов С.Н., Нафасов Б.Д., Боймуродов Х.Б.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: оценить возможность применения метода чрескожной дилатационной трахеостомии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ).

Для проведения длительной искусственной вентиляции легких, обеспечения адекватной санации трахеобронхиального дерева при бульбарных нарушениях была выполнена чрескожная дилатационная трахеостомия 45 больным с тяжелой ЧМТ в возрасте от 34 до 56 лет. Чрескожная дилатационная трахеостомия выполнялась, как правило, пациентам с хорошо идентифицируемыми анатомическими особенностями шеи. Противопоказаниями служили "короткая" шея, увеличение щитовидной железы и воспалительный процесс передней поверхности шеи. Трахеостомия выполнялась в операционной и отделении реанимации в условиях общей анестезии на 3-5 сутки проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) через интубационную трубку. Сроки нахождения трахеостомической трубки от 5-21 суток. Проводился регулярный контроль и коррекция кислотно-основного и газового состава крови, параметров вентиляции, SpO_2, артериального давления, частоты сердечных сокращений, центрального венозного давления.

Продолжительность выполнения методики составила в среднем 15 минут, осложнений во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде не было. Чрескожная дилатационная трахеостомия не требует специальной обработки инструментов, подготовки и занятости медперсонала, в отличие от классической трахеостомии, выполняемой, как правило, ЛОР-врачами.

Выводы. Методика чрескожной дилатационной трахеостомии малоинвазивна, менее травматична и достаточно безопасна. Накопленный нами небольшой опыт позволяет рекомендовать чрескожную дилатационную трахеостомию в качестве альтернативы классической трахеостомии у больных с черепно-мозговой травмой.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ И ВЫБОР ТАКТИКИ КОРРЕКЦИИ ГОМЕОСТАЗА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Эминов Б.Дж., Солиев Р.К.,Юлдашев А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Оценка состояния черепно-мозговой травмы в детском возрасте, а также выбор тактики лечения в экстремальных случаях остается актуальной проблемой. Несмотря на наличие экстренной нейрохирургической и реанимационной бригад по линии САС летальность пострадавших с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) остается высокой. Так, 2004-2006 гг. через отделение прошли 97 детей с тяжелой ЧМТ. Из них: 34 (35,5%) с изолированной черепно-мозговой травмой, 63 (64,5%) с сочетанной травмой (повреждение органов грудной, брюшной полости и забрюшинного пространства, открытые и закрытые переломы конечностей).

До 1 года было 16 (16,5%) детей, от 1 года до 6 лет - 34 (35 %), от 6 до 14 лет - 47 (48,5%); мальчиков 60, девочек-37. Умерли 25 (26%) детей, в основном с сочетанной ЧМТ. Нами стандартизированы диагностические и лечебные мероприятия на разных этапах оказания экстренной медицинской помощи.

Стандарты диагностики критических состояний при ЧМТ следующие:

1. Анамнестические: наличие сведений о травме.
2. Клинические:

а) общемозговая симптоматика;

б) симптомы диффузного ростракаудального нарастания неврологических нарушений.

3. Параклинические данные:

– общий анализ крови: снижение числа эритроцитов и гемоглобина, повышение гематокритного показателя, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ;

– биохимический анализ крови: гипопротеинемия, электролитные нарушения, гипо- или гипергликемия;

– рентгенография черепа: симптомы "пальцевых вдавлений", переломы костей;

– люмбальная пункция: наличие цитоза, крови, изменение давления;

– исследование глазного дна;

– компьютерная томография;

– ЭхоЭГ: смещение срединных структур мозга, расширение желудочковой системы, отсутствие эхопульсации;

– ЭЭГ: изменение биоэлектрической активности мозга;

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА.

Реанимационный этап в приемно-диагностическом отделении:

1. Ликвидация первичной дыхательной недостаточности: перевод ребенка на искусственную вентиляцию легких.
2. Ликвидация вторичной дыхательной недостаточности: восстановление проходимости дыхательных путей, профилактика вторичных инфекций дыхательных путей.
3. Нормализация показателей системной гемодинамики: восполнение объема циркулирующий крови, стабилизация системного артериального давления, увеличение сократительной способности миокарда, нормализация тонуса сосудов, снижение внутрилегочного давления. Назначение коллоидов - реополиглюкина в дозе 15-20 мл/кг/ч или кристаллоидов - глюкозы до 30 мл/кг/час.
4. Катетеризация центральных вен.
5. Стабилизация гемодинамических показателей.
6. В зависимости от вида черепно-мозговой травмы перевод ребенка в операционную или в отделение детской реанимации.

ИНТЕНСИВНЫЙ ЭТАП .

1. Поддержание адекватного мозгового кровотока (систолическое АД не ниже 60 и не выше 100-110 мм рт.ст.) путем назначения вазоактивных (дилататоров или вазоконстрикторов) препаратов быстрого действия.
2. Коррекция метаболических и сосудистых нарушений головного мозга: актовегин - внутривенно струйно через каждые 12 часов (от 80 до 400 мг или 400-1000 мг внутривенно капельно); пирацетам (10%) 50-100 мг/кг внутривенно медленно 3-4 раза в сутки.
3. Воздействие на васкулярные факторы: дексаметазон 1-3 мг/кг массы тела внутривенно медленно; Ингибиторы протеолитических ферментов: контрикал 1000 ед/кг массы тела внутривенно медленно (препарат замены гордокс).
4. Устранение тканевых расстройств: обеспечение адекватной оксигенации крови: поддержание проходимости дыхательных путей, адекватная оксигенотерапия (через носо-

вой катетер, ИВЛ, ГБО).

5. Устранение внутричерепной гипертензии: глицерин 33%; стимуляция мембранного транспорта натрия диуретиками - лазикс 2-4 мг/кг массы тела внутривенно медленно; усиление оттока спинномозговой жидкости - если нет противопоказаний, используют спинномозговую пункцию; хирургическая декомпрессия.

6. Коррекция нарушений микроциркуляции мозга: кавинтон - 1мг/кг массы тела внутривенно капельно; гепарин 50-100 Ед/кг под контролем времени свертывания крови;

7. Профилактика вторичных инфекций дыхательных путей: назначение антибиотиков группы цефалоспоринов II и III поколения.

По нашим данным, разработанные нами стандарты диагностики и лечения тяжелых форм ЧМТ у детей получить хорошие результаты.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Эргашев Р. Х., Жумаев М. Б., Наврузов А. А.
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Острые тяжелые повреждения шейного отдела позвоночника и спинного мозга относятся к тяжелейшим видам травм. Многие пострадавшие становятся инвалидами или погибают в остром и отдаленном периодах. До настоящего времени вопросы, связанные с лечебно-диагностической тактикой при острых тяжелых повреждениях шейного отдела позвоночника и спинного мозга, остаются актуальными.

В 2000 - 2009 гг. в нейрохирургическом отделении и в субфилиалах СФ РНЦЭМП на лечении находились 87 больных с тяжелыми повреждениями шейного отдела позвоночника и спинного мозга, из них 28 в НХО СФ РНЦЭМП, остальные 59 в условиях субфилиалов. Мужчин было 82, женщин – 5. При систематизации больных мы придерживались классификации Проблемной комиссии по нейрохирургии (1979) с учетом новых изменений и дополнений (F.Denis).

Выделили следующие группы больных;

1-я группа – тяжелые нестабильные, осложненные повреждения шейного отдела позвоночника и спинного мозга преимущественно переднего и среднего опорного комплекса – у 29;

2-я группа – тяжелые нестабильные осложненные повреждения шейного отдела позвоночника и спинного мозга преимущественно среднего и заднего опорного комплекса – 22;

3-я группа – тяжелые стабильные осложненные повреждения шейного отдела позвоночника и спинного мозга преимущественно переднего и среднего опорного комплекса (подвывих и переломы тела и дужек без смещения) – 19;

4-я группа – тяжелые стабильные, осложненные повреждения шейного отдела позвоночника и спинного мозга преимущественно среднего и заднего опорного комплекса – у 17.

Всем больным проводились спондилографии в 2-х проекциях, а лечебная тактика зависела от степени спинальных нарушений.

1-я группа – операции по удалению костных осколков и диска со стабилизацией аутокостью предним доступом;

2-я группа – операция декомпрессивной ламинэктомии с фиксацией титановыми проволоками;

3-я и 4-я группы – консервативное лечение: иммобилизация шейного отдела позвоночника воротником Шанца со склетным вытяжением петлей Глиссона. Всем больным проводились спондилографии шейного отдела позвоночника в динамике.

В динамике наблюдения отмечались следующие исходы:

1-я группа: летальных исходов было 5, грубая инвалидизация – 17, умеренная инвалидизация – 7;

2-я группа: летальных исходов – 8, грубая инвалидизация – 11, умеренная – 3 .

В 3-ей и 4-ой группах летальных исходов не было, грубая инвалидизация – 6, умеренная –18 больных, выздоровление - –12.

Таким образом, дифференцированный подход к лечебной тактике у больных с тяжелыми повреждениями шейного отдела позвоночника и спинного мозга приводит к увеличению числа благоприятных исходов.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Эргашев Х.Г., Парманов А.А., Хидиров М.С., Эшмирзаев Б.М.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Основные усилия при проведении анестезии у пациентов с черепно-мозговой травмой должны быть направлены на поддержание стабильной гемодинамики и предупреждение повышения внутричерепного давления (ВЧД).

Мы располагаем опытом проведения анестезии у 25 больных с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой (ЧМТ) и повреждениями опорно-двигательного аппарата.

Введение в анестезию проводили комбинацией оксибутирата натрия с бензодиазепинами.Поддержание анестезии у пациента со стабильной гемодинамикой и тяжелой внутричерепной гипертензией осуществляли посредством постоянной инфузии тиопентала (2-3 мг/кг/ч) в сочетании с опиоидами и недеполяризующими миорелаксантами на фоне ингаляции смеси кислорода с воздухом. Для борьбы с гипертонией, тахикардией или повышенным ВЧД дополнительно использовали блокаторы b-адренорецепторов и лидокаин. У пациентов с умеренной внутричерепной гипертензией поддержание анестезии осуществляли путем введения различных комбинаций барбитуратов, бензодиазепинов и наркотических анальгетиков на фоне ингаляции закиси азота. Анестезиологическое пособие было направлено на предупреждение развития вторичного повреждения мозга. Адекватная инфузионная терапия во время операции позволяла избежать гипотонии, обусловленной кровопотерей или назначением анестетиков. Было крайне важно поддерживать удовлетворительные параметры вентиляции ($PaCO_2$ между 25 и 30 мм рт. ст.) и оксигенации (PaO_2 > 60 мм. рт ст.).Для этого широко использовали режим PEEP, так как положительное давление в конце выдоха в пределах 5-10 см вод. ст. не способствует значительному повышению ВЧД.

После окончания оперативного вмешательства пациента обезболивали и на ИВЛ через интубационную трубку переводили в отделение хирурической реанимации. Во время транспортировки особое внимание обращали на поддержа-

ние адекватной вентиляции, оксигенации и нормального церебрального перфузионного давления.

Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась продленная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) респираторами Vela с использованием различных режимов вентиляции.

Проведение анестезии по вышеуказанной методике позволило избежать значительных колебаний гемодинамики, что способствовало более успешной интенсивной терапии в послеоперационном периоде.

К ВОПРОСАМ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОТЕКА СПИННОГО МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМЫ

Юлдашев Ш.С., Саттаров А.Р., Агзамов М.К., Муродова Д.С.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Высокий процент инвалидности при осложненной травме позвоночника (86-94%) и летальность (25-30%) связаны с повреждением и отеком спинного мозга. Для снижения отека спинного мозга применяются диуретики, гормоны, но они не всегда эффективны.

Целью исследования явилось применение 0,1% раствора L-лизина эсцината при травматических отеках спинного мозга при острой осложненной травме позвоночника.

Под наблюдением были 30 больных с осложненной травмой позвоночника, из них 24 мужчины и 6 женщин, в возрасте от 21 года до 53 лет. У 9 больных травма была в шейном, у 14 – в грудном, у 7 – в поясничном отделе позвоночника. Все переломы позвоночника были стабильными, у больных наблюдались различные неврологические изменения. Больным проведены рентгенологические и компьютерно-томографические (КТ) исследования.

Больные были разделены на 2 группы. 15 человек 1-й группы получали L-лизина эсцинат в дозе 5,0 мл 2 раза в сутки внутривенно с первого дня в течение 8-10 дней. 15 больным 2-й группы препарат назначали в дозе 10,0 мл 2 раза в сутки внутривенно капельно с 200,0 мл 0,9% физиологическим раствором.

Результаты оценивались на основании динамики неврологического статуса и данных ликвородинамических исследований. У больных 1-й группы, имевших грубую неврологическую симптоматику, на 8-10 сутки после назначения препарата отмечалась умеренная положительная неврологическая симптоматика. У больных 2-й группы, уже через 16-18 часов после введения второй дозы, регистрировалось заметное улучшение неврологической симптоматики.

Данные ликвородинамических проб показали, что у больных 2-й группы с ликворным давлением впервые дни на уровне 90-100 мм вод. ст., в последующие дни оно увеличилось до 180-200 мм вод.ст, что свидетельствовало о значительном уменьшении отека и улучшении проходимости субарахноидального пространства в травмированном участке спинного мозга. У больных 1-й группы ликворное давление, даже после неоднократных введений препарата, не превышали 120 мм вод. столба.

Таким образом, применение в дозе 10,0 мл 2 раза в сутки внутривенно капельно препарата L-лизина эсцината при травматических отеках спинного приводит к заметному улучшению неврологической симптоматики и нормализации ликвородинамики, что связано с уменьшением травматического отека травмированного участка спинного мозга.

СТАНДАРТНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ТРАВМАХ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Юлдашев Ш.С., Саттаров А.Р., Агзамов М.К., Муродова Д.С.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

При повреждении грудного и поясничного отделов позвоночника 70% больных имеют различные неврологические нарушения. Принципом оперативного лечения осложненных травм позвоночника является полноценное восстановление позвоночного столба, своевременная декомпрессия спинного мозга и его корешков, а также надежная фиксация поврежденного сегмента.

Под нашим наблюдением находились 24 больных с изолированным повреждением грудного и поясничного отделов позвоночника в возрасте от 23 до 63 лет. Мужчин было 18, женщин - 6. Наиболее часто повреждение позвоночника отмечалось на уровне Th11-12 (11 наблюдений), Th 7-8 (6), L1 (3) и L3-4 (4). Все больные при поступлении имели различные неврологические нарушения в виде парапареза, нарушения чувствительности ниже уровня повреждения и функции тазовых органов. Всем больным выполнена рентгенография и компьютерная томография (КТ) позвоночника. Во всех случаях проведены экстренные оперативные вмешательства. Время операции от момента поступления больных в стационар составило 3 - 12 часов.

У 14 больных при повреждении задних структур и смещении костных отломков в позвоночный канал произведена задняя декомпрессия спинного мозга и стабилизация позвоночных сегментов транспедикулярными фиксаторами. У 10 пациентов, при повреждении тел позвонков выполнена передняя декомпрессия спинного мозга трансторакальным или трансабдоминальным доступом с осуществлением корпородеза и/или межтелового спондилодеза аутотрансплантантом. В послеоперационном периоде всем больным проводились люмбальные пункции с ликвородинамическими пробами. Контрольные рентгенологические и КТ-данные показали надежную фиксацию поврежденного сегмента. Динамические люмбальные пункции с проведением ликвородинамических проб показали, что проходимость субарахноидального пространства спинного мозга восстанавливалась в течение 2-3 суток после операции.

Выводы. Таким образом, своевременно проведенное оперативное вмешательство, направленное на предотвращение сдавления спинного мозга, адекватная и надежная стабилизация при осложненных повреждениях грудного и поясничного отделов способствуют раннему восстановлению проходимости субарахноидального пространства спинного мозга, улучшению неврологической симптоматики и уменьшению инвалидности больных.

ДИНАМИКА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Юнусов Р.С., Махкамов К.Э.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Повышение внутричерепного давления (ВЧД) – это сигнал об усугублении черепно-мозговой травмы и наличии внутричерепных осложнений. Мониторинг уровня ВЧД позволяет получить точную информацию о неврологическом статусе, вносить коррективы в проводимую терапию и оценивать ее эффективность.

Цель работы - определить эффективность мониторинга ВЧД при лечении больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами (ТЧМТ) и его влияние на прогноз и клинический исход.

Проведен динамический мониторинг ВЧД у 51 пострадавшего в остром периоде ТЧМТ. Формирование синдрома внутричерепной гипертензии определяли путем динамического мониторинга ВЧД. Динамическое измерение ВЧД осуществляли с помощью апробированного нами универсального манометра ИиНД 500/75 Екатеринбургской фирмы Тритон - ЭлектроникС. В зависимости от средних показателей ВЧД и результатов его мониторинга в динамике пострадавшие были разделены на 4 группы: 1-я группа (12 больных) – 11-15 мм рт.ст.; 2-я группа (11) – 16-20 мм рт.ст.; 3-я группа (15) – 21-30 мм рт. ст.; 4-я группа (13) – более 30 мм рт.ст.

После удаления внутричерепных гематом у 1-го больного 1-й группы ВЧД в течение первых 3 суток было в переделах 6-9 мм рт.ст. У 6 больных в течение первых 6 суток после операции ВЧД соответствовало 10-14 мм рт.ст., а на 2-8 сутки величина его не превышала 10 мм рт.ст. У 3 пострадавших в течение первых суток ВЧД не превышало 10 мм рт.ст., а со 2 до 6суток величина его составляла от 11 до 16 мм рт.ст.. У 2 больных в течение 6 дней после операции ВЧД равнялось 11-18 мм рт.ст. У больных 1-й группы с умеренным ВЧД после удаления внутричерепных гематом на фоне проводимой дегидратационной терапии повышенное ВЧД (11-12 мм рт.ст.) удерживалось в течение 5 суток, а в дальнейшем ВЧД снижалось до нормальных показателей – 10 мм рт.ст.

У больных 2-й группы с выраженным ВЧД на фоне дегидратационной терапии в течение первых 3 суток ВЧД колебалось от 16 до 20 мм рт.ст. Через 4 суток после операции отмечалось снижение давления до 16 мм рт.ст.

У больных 3-й группы ВЧД было разным в течение всего периода наблюдение (2-9 дней). У 12 больных этой группы ВЧД было выше 20 мм рт. ст. в течение 2-6 дней его измерения. На фоне корригирующей терапии в течение 8 суток внутричерепная гипертензия (21-25 мм рт.ст.) сохранялась. На 4-5 сутки ВЧД не превышало 20 мм рт. ст.

У пострадавших 4-й подгруппы после удаления внутричерепных гематом ВЧД, несмотря на проводимую интенсивную реанимационную и противоотечную терапию, сохранялось на высоких цифрах с незначительной тенденцией к снижению. В течение 4 суток определялась критическая внутричерепная гипертензия (свыше 30 мм рт. ст.). Начиная с 5 суток отмечалась выраженная ВЧГ, сохранявшаяся вплоть до удаления дренажа.

На основе полученных данных проведена оценка средних показателей мониторинга ВЧД до и после его коррекции. Во всех подгруппах в процессе мониторинга ВЧД удалось значительно снизить. Особо следует отметить тот факт, что из 39 больных 2, 3 и 4-й групп, у которых ВЧД превышало 20 мм рт. ст., немедленная его коррекция позволила у 26 (66,66%) больных добиться его снижения.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости постоянного мониторинга ВЧД в комплексном лечении больных с ТЧМТ. Высокий уровень ВЧД у больных в остром периоде ТЧМТ опасен формированием и усугублением синдрома ВЧГ. Четкая регистрация ВЧД, своевременно выявленный синдром ВЧГ и его адекватная коррекция позволяют улучшить прогноз и клинический исход острого периода тяжелой черепно-мозговой травмы.

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ОЧАГОВ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Юнусов Р.С., Махкамов К.Э.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Формирование поздних внутримозговых гематом (ПВМГ) – самое тяжелое и серьезное осложнение тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ). Устранение тампонирующего эффекта (удаление оболочечных гематом, снижение внутричерепного давления медикаментозными средствами), увеличение мозгового кровотока и другие патогенетические механизмы нередко ведут к образованию ПВМГ в очаге ушиба мозга. В 2004-2009 гг. мы наблюдали 24 больных с ПВМГ, из них 18 мужчин и 6 женщин, преимущественно трудоспособного возраста. Вместе с тем, следует отметить, что 8 пациентов были старше 60 лет, что свидетельствует о роли возрастного фактора в развитии ПВМГ.

Компьютерная томография (КТ) проводилась в первые часы после поступления в стационар и на протяжении острого периода ТЧМТ. Оболочечные гематомы были обнаружены и удалены у 16 больных, у 8 пациентов на КТ выявлены очаги пониженной плотности мозга с незначительным геморрагическим пропитыванием.

После начала лечения период стабилизации и относительного благополучия длился от одних до десяти суток, а затем состояние пострадавших заметно ухудшалось. Обращали на себя внимание такие признаки как усугубление нарушения сознания, нарастание очагового неврологического дефицита или фокальные судороги, явления застоя на глазном дне. При повторном КТ-исследовании ПВМГ обнаруживались, чаще в лобной и височной долях базально (соответственно 11 и 7 б-х) и теменной доле (2 б-х). Двусторонняя ПВМГ обнаружена у 4 пациентов. При расчетном объеме гематомы более 50 $см^3$ проводилась реоперация и/или трепанация черепа с удалением ПВМГ (9 б-х).

После оперативного удаления ПВМГ умерли 7 пациентов, состояние которых до операции по ШКГ оценивалось в 8 и баллов и меньше. Всего в наблюдаемой группе умер 21 пациент.

Таким образом, геморрагическая трансформация очагов ушиба мозга при ТЧМТ - грозное осложнение, о котором следует помнить при относительно благополучной первичной КТ и которое требует своевременного нейровизуализационного динамического контроля.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Юсупов Н.А., Лутфуллаев С.М., Мамитов М.К.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Мы располагаем опытом лечения 221 пострадавших с закрытыми переломами костей конечностей в сочетании с черепно-мозговой травмой.

Причиной повреждений у 62,9% явилась дорожно-транспортная травма. Клиническое обследование больных с сочетанной черепно-мозговой травмой проводилось совместно травматологом и нейрохирургом по общепринятой методике с привлечением вспомогательных диагностических методов рентгенографии, эхо-энцефалоскопии, элекроэнцефалографии.

У 66 (26,5%) пострадавших диагностирован ушиб головного мозга различной степени тяжести, у 155 (73,7%) сотрясение головного мозга. У 165 пациентов черепно-мозговая травма сопровождалась повреждением одного сегмента конечностей, у 35 – двух, у 15 – трех, у 6 – четырех. У 221 больного с сочетанной черепно-мозговой травмой выявлено 306 поврежденных сегментов конечностей. Особенностью лечения больных было проведение одновременно реанимационных мероприятий, интенсивной терапии и диагностических исследований. Травма головного мозга в значительной степени определяла тактику лечения переломов конечностей. К лечению повреждений опорно-двигательного аппарата приступали, как правило, непосредственно после поступления пациентов в стационар, рассматривая в этих случаях остеосинтез как один из элементов противошоковых мероприятий. Всем пострадавшим выполнен чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова, причем в первые сутки после поступления – 118 (51,1%).

Остеосинтез по Илизарову во всех случаях выполнялся в полном объеме, репозиция костных фрагментов достигалась либо на операционном столе, либо в ближайшем послеоперационном периоде в зависимости от общего состояния больного. По показаниям одновременно или последовательно выполняли оперативные вмешательства на голове, органах грудной и брюшной полостей.

Консолидация костей конечностей достигнута у всех пострадавших. Умерли 3 (1.4%) больных вследствие травмы, несовместимой с жизнью.

Наш опыт свидетельствует о высокой эффективности чрескостного остеосинтеза по Илизарову при лечении закрытых переломов костей конечностей, сочетанных с черепно-мозговой травмой. Малотравматичность, управляемость и высокая фиксирующая способность метода делают его оптимальным при лечении данной категории пострадавших.

2.4. Стандарты диагностики и лечения повреждений органов грудной клетки, брюшной полости и мочеполовой системы

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛЫХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ

Абдувалиева Ч.М., Косимов З.Н., Рахимов Б.С., Косимов К.Л., Насретдинов З.Т., Акбаров Н.А., Аккузиев И.А.
Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский медицинский институт

В отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП за 5 лет поступили 40 детей с повреждением полых органов: до одного года - 2, 2-5 лет - 3, 6-10 лет - 12; 11-14 лет - 23.

Успех лечения этих больных определяет борьба с шоком, кровопотерей, развитием перитонита, а предупреждение тяжелых осложнений зависит от своевременной ранней диагностики. По данным литературы, повреждения полых органов брюшной полости часто встречаются у детей, в возрасте от 5 до 12 лет, что подтверждается нашими данными. Травматическое повреждение желудка наблюдалось у 7 больных, повреждение двенадцатиперстной кишки встречается очень редко. Редкость повреждений двенадцатиперстной кишки при закрытой травме живота объясняется ее анатомическим расположением, т.е. глубокой локализацией и небольшой длиной.

Под нашим наблюдением находились 9 больных. Повреждение тонкой кишки наблюдалось у 20 больных, у 9 из них повреждение локализовалось в области подвздошной кишки, у остальных - в области терминальной части тонкого кишечника. Повреждения толстой кишки наблюдалось у 4 больных: в восходящем отделе у 2, по задней поверхности поперечно-ободочной кишки у 2; последние диагностированы во время операции. Повреждение прямой кишки имело место у 18 больных, из них у 7 наблюдались проникающие ранения в брюшную полость, у остальных отмечались повреждения прямой кишки проникающие в тазовую клетчатку.

Обзорная рентгеноскопия и рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении является обязательным исследованием. На УЗИ определяется также наличие свободной жидкости в брюшной полости и нарушения целостности паренхиматозных органов.

Всем больным с перитонитом произведена лапаротомия, ушивание дефекта двухрядным швом с перитонизацией. У 3 детей с повреждением прямой кишки из-за запоздалого обращения, тяжелого общего состояния на почве перитонита наложена пристеночная сигмостома, которая была закрыта через 2 месяца. У 11 пострадавших с повреждением прямой кишки с проникновением в тазовую клетчатку наложены провизорные швы и дренирование тазовой клетчатки.

Своевременная доставка больных, рентгеноскопия и рентгенография брюшной полости, УЗИ и проведение лечебно-диагностической лапароскопии определяют успех хирургической тактики, предупреждает развитие перитонитов и в конечном итоге благоприятный исход лечения этих больных.

ПРОФИЛАКТИКА ЯТРОГЕННЫХ ТРАВМ МОЧЕТОЧНИКОВ

Азимов А.Н., Тураева Г.М., Саттаркулова М.К., Худаерова З.Г.
Джизакский филиал РНЦЭМП

По данным литературы, повреждения мочеточников при гинекологических операциях наблюдаются в 1,5-10% случаев. Такая разница в показателях зависит от многих факторов и в частности от характера оперативного вмешательства, квалификации хирурга и других причин. Некоторые авторы считают, что даже безукоризненная техника операции не является гарантией от подобных осложнений, подчас трагических.

Д.В.Кан (1967) делит ранения мочеточников на случайные и преднамеренные и подчёркивает, что случайные повреждения наиболее опасны, так как могут быть не замечены во время операции. Преднамеренные ранения мочеточников наблюдаются при больших опухолях матки, когда мочеточники прорастают опухолевыми массами, и выделить их не представляется возможным. В возникновении хирургических травм мочеточников имеет значение борьба с кровотечением после соскальзывания лигатуры, когда предпринимаются отчаянные попытки вновь наложить ее на невидимый кровоточащий сосуд. Это бывает при удалении больших опухолей, которые могут изменить нормальную анатомическую картину, закрытии заднего листка брюшины с искривлением или смещением мочеточника, при проколах, размозжениях от зажимов и при отсутствии видимости.

В отделении гинекологии Джизакского филиала РНЦЭМП в 2000-2009 гг. оперированы 1560 больных: 6,2% – по поводу миомы матки (ампутация и экстирпация матки), 1,8% – по поводу тубоовариальных гнойных образований (сальпингоовариоэктомия), 13,4% – по поводу кисты яичника (кист- и овариоэктомии). Перед гинекологическими операциями, когда имеется опасность повреждения мочеточников из-за нарушения нормальной анатомии органов малого таза, с целью профилактики ятрогенных повреждений проведена двусторонняя катетеризация мочеточников. За период 2000-2009 гг. прооперированы 18 больных с применением катетеризации мочеточников в возрасте от 16 до 55 лет. Во время операции в хирургическую бригаду включен уролог. Для катетеризации мочеточников использован мочеточниковый катетер №5 и 6. С целью предупреждения различных посткатетеризационных воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей (обострение хронического пиелонефрита, апостема почек, травмы мочеточника и чашечно-лоханочной системы, цистит, уретрит и др.) перед эндоскопической манипуляцией в обязательном порядке назначали антибактериальную терапию широкого спектра действия.

18 операций действительно были технически трудны из-за нарушения нормальной анатомии органов малого таза при больших размерах миомы матки и интралигаментарном расположении кист и кистом яичника, но ни в одном случае ятрогенного повреждения мочеточников не выявлено.

Таким образом, при экстренных и отсроченных гинекологических операциях с целью профилактики ятрогенных повреждений мочеточников необходима их катетеризация.

ТРАВМЫ ПОЧЕК В УРГЕНТНОЙ УРОЛОГИИ

Азимов А.Н., Убайдуллаев Г.У., Исматов Б.М., Атамурадов Ш.К., Низомов О.Ш.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Среди всех органов мочеполовой системы при травме наиболее часто повреждаются именно почки. Анатомическое строение предполагает, что почки подвижный орган, не прочно зафиксированный в организме.

Закрытые травмы бывают различной степени тяжести.Наиболее часто встречаются ушибы , составляющие 80% от всех травм почки.

Кровоизлияния в ткань почки могут сопровождаться образованием гематомы в почке, надрывами почечной ткани.

При падении с большой высоты высока вероятность разрыва почки. Дело в том, что почка-орган, состоящий из полостей, содержащих жидкость. Сильное сотрясение разрывает почку.

Открытые повреждения почек могут быть колото - резаными или огнестрельными. Диагностика повреждений почек при таких травмах основана на наличии гематурии.

Цель исследования: изучение частоты и разновидностей травм почек, определения пути оптимизации диагностики и лечения пострадавших с повреждениями почек.

За период с 2005 по 2009 гг. на лечении в урологическом отделении Джизакского филиала РНЦЭМП находились 32 больных с травмой почек в возрасте от 15 до 60 лет, женщин было 7 (21,8%), мужчин 25 (78,2%).

Тупая травма имела место у 28 (87,5%), колото-резаные - у 4 (12,5%). У 14 (43,7%) больных был ушиб почки, у 16 (50%) - разрыв фиброзной капсулы и паренхимы с образованием урогематомы, у 2 (6,3%) -разрыв гидронефротически измененной и кистозной почки. В первые 3 часа в стационар поступили 23 (71,8%), в течение 4-12 часов-4 (12,6%), в первые сутки (12-24 ч) - 3 (9,3%) пострадавших. Еще 2 (6,2%) пациента госпитализированы в течение трех суток.

При поступлении состояние было оценено как относительно удовлетворительное у 9 к(28%),средней тяжести у15(47%),тяжелое у 8(25%) пациентов.

У всех больных при поступлении производили общий анализ мочи, УЗИ, рентгенологическое исследование; у 21 больных(65,6%) возникла необходимость в консультации смежных специалистов

В общем анализе мочи микрогематурия выявлена у 14 (43,7%), макрогематурия у 10 (31,3%),тотальная гематурия у 8 (25%) больных.

У 14 (43,8%) больных имелись изменения УЗИ-картины в виде увеличения размеров почки, нечеткого контура органа, неоднородности паренхимы, изменения интенсивности эхосигнал (гипоэхогенность), наличия в паренхиме мелких гипоэхогенных включений, расширения и деформации чашечно-лоханочной системы. У 18 (56,2%) больных изменений на УЗИ не обнаружено. Среди них было 4 больные с ушибами поясничной области и 14 - с ушибами почек. Всем больным, у которых были выявлены изменения на УЗИ, произведена экскреторная урограмма.

Всем больным обязательно выполняли биохимический анализ крови с определением уровня мочевины. У 6 (18,8%) пациентов уровень мочевины превышал 9 ммоль/л.

У 20 (62,5%) - больных с ушибом почки (14) и подкапсулярным разрывом почки (6) проводилось консервативное лечение, которое включало строгий постельный режим, гемостатическую терапию, антибактериальную терапию, анальгетики. Средняя продолжительность консервативного лечения - 12,8 дня.

Оперативное лечение проведено 12 (37,5%) пострадавшим. 5 (15,6%) из них поступили в тяжелом состоянии (больные с сочетанными повреждениями печени и селезенки). В первые 3 часа с момента поступления прооперированы 9 (75%) больных. В течение 3 суток 2 (16,6%). В отсроченном периоде (3 суток) произведена 1 (8,4%) операция после экскреторной урограммы, повторного УЗИ при отсутствии эффекта от консервативного лечения и нарастания признаков воспалительного процесса. Органосохраняющие операции выполнены у 8 (66,7%) больных.

С закрытыми повреждениями почек наблюдали 4 больных, у которых выявлены урогематомы, им произведены ушивание разрыва, опорожнение гематомы, пиелостомия и дренирование забрюшинной клетчатки.

В 3 пациентам с открытими повреждениями почек (ножевые ранения) осуществлено ушивание разрыва почки, опорожнение гематомы.

Органоуносящие операции выполнены у 1 больного по поводу полного поперечного разрыва почки.

Средняя продолжительность лечения оперированных больных составила 6,1 дня.

У 4 больных после ушивания разрыва почки послеоперационный период осложнился обострением пиелонефрита. После консервативного лечения, состояние улучшилось.

Средняя продолжительность стационарного лечения больных с травмой почки 8,8 дня.

Выводы. 1.Больные с травмой почки в основном люди трудоспособного возраста, преимущественно мужчины. 2. Наиболее частый вид травмы - ушиб почек, чаще это бытовая травма, лечение его преимущественно консервативное. 3. Во время операций следует стремиться производить органосохраняющую операцию, проведение нефрэктомии можно считать крайней мерой, когда органосохраняющая операция невозможна.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК

Азимов О.Х., Хашимов У.Т., Соибов С.И., Баймурадов Н.У.
Навоийский филиал РНЦЭМП

Травматические повреждения почек остаются одной из важных проблем экстренной хирургии. Поврежденная почка и возникающие вследствие этого осложнения могут представлять опасность для жизни больного не только в момент получения травмы, но и в отдаленные сроки. Для установления своевременного и полного диагноза повреждения почки большое значение имеет раннее распознование почечной травмы на основании клинических симптомов. Важную роль здесь может сыграть тщательный сбор анамнестических данных, подробное изучение обстоятельств, при которых произошла травма, ее механизма, объема первой помощи, продолжительность транспортировки и др.

В Навоийском филиале РНЦЭМП в 2000-2009 гг. на лечении находился 41 больной с различными повреждениями почек.При постановке диагноза учитывали механизм полученной травмы,общее состояние больного,локализацию

болей,наличие урогематомы,цвет мочи,гемодинамические показатели и данные УЗС и экскреторной урографии.

Макрогематурия отмечалось у 36 (87,8%) больных: у 11 (30,5%) она была значительной а, у 20 (55,6%) умеренной,у 5 (13,9%) незначительной.

Среди закрытых травм почек выделяют:

1) контузию почки (множественные паренхиматозные кровоизлияния). Ограниченная подкапсульная гематома без паренхиматозных разрывов;

2) ограниченную околопочечную гематому.

3) разрыв почечной паренхимы глубиной больше 1 см, не проникающий в полостную систему почки;

4) разрыв почечной паренхимы, проникающий в полостную систему почки. Повреждение крупных артерий и вен почки;

5) полное размозжение почки,отрыв почки от почечной ножки.

Согласно клинико-анатомической классификации 1-я группа повреждений имела место у 28 (70,6%) больных, 2-я - у 6 (14,6%), 3-я - у 4 (9,7 %), 4-я у 2 (4,9%), 5-я - у 1 (0,4%).

При повреждениях почки мы придерживаемся традиционной хирургической тактики: при ее ушибах - строго консервативная терапия,при субкапсулярных разрывах почки вопрос хирургического вмешательства решался лишь после тщательного обследования пациента. Операция выполнялась лишь в случае нарастающей гематомы паранефральной клетчатки несмотря на проводимую консервативную терапию. При разрывах почки, сообщающихся с чашечно-лоханочной системой,однозначно выполняли экстренное оперативное вмешательство.

Показаниями к экстренной операции явились травмы,сопровождающиеся повреждениями почек 3-4-5 групп.

Оперативному вмешательству были подвергнуты 7 больных.У 2 повреждение правой почки сочеталось с повреждением печени геморрагическим шоком тяжелой степени. Им произведена срединная лапаротомия с ушиванием разрыва печени и правосторонней нефрэктомией, причиной которой явилась 3-я группа повреждений правой почки. У 1 больного с повреждением левой почки 3-й группы в момент операции обнаружена аномалия-подковообразная почка, в связи с чем была выполнена резекция поврежденной части её, геминефрэктомия. У 2 больных во время операции обнаружен субкапсулярный разрыв верхнего полюса левой почки, выполнено ушивание разрыва почки П-образными швами с тампонированием раны почки с околопопечной жировой клетчаткой. У 2 пациентов наблюдали сочетанную травму, у одного с разрывом обеих почек, у второго отрыв сосудистой ножки правой почки. Травма оказалась несовместимой с жизнью.

Таким образом,своевременная диагностика,правильно выбранная хирургическая тактика и лечение способствуют снижению частоты осложнений и летальных исходов у больных с повреждением почек.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОШОНКИ И ЯИЧКА

Азимов О.Х., Хашимов У.Т., Соибов С.И., Пирматов И.Р.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Закрытые повреждения мошонки и ее органов, частота которых составляет 9-13 % от всех повреждений мочеполовых органов. Закрытые повреждения возникают при ударах-,падении на твердые предметы, сдавлении мошонки.Закрытые повреждения мошонки и яичка наблюдаются с частотой от 25 до 50 %.

Работа основана на анализе результатов наблюдений за 68 больными, поступивших в урологическое отделение НФ РНЦЭМП в 2001-2009 гг.

Наиболее часто повреждения мошонки и яичка встречаются в возрасте от 10 до 30 лет,основной причиной их была бытовая и спортивная травма.

45 (66,2%) пострадавших поступили в стационар в течение 12-24 часов,8 (11,7%)- в течение 24-48 часов,15 (22%)-спустя более чем через 72 часа после травмы.Диагностика основывалась на анализе субъективных симптомов,данных осмотра, пальпации и УЗИ.

У 46 (67,7%) больных диагностировано изолированное повреждение мошонки,у 22 (32,4%) обнаружены разрывы белочной оболочки яичка.

Сильные,нарастающие боли при незначительном увеличении или нормальных размерах яичка свидительствовали о наличии внурияичковой гематомы.Таким образом,анализ клинических проявлений повреждений мошонки и яичка позволил выделить:

1) изолированные повреждения мошонки,

2) разрывы яичка,

3) внутрияичковую гематому,

Показанием к операции явились наличие нарастающей гематомы мошонки и боль. Предоперационная подготовка обычная.Новокаиновая блокада семенного канатика показана при сильных болях и шоке, возникающих при повреждениях яичка и его придатка. При изолированных закрытых повреждениях мошонки и ее органов оперативные вмешательства проводились под местной анестезией. При нарастающих гематомах мошонки и яичка произведено операция удаления глубоких гематом с окончательной остановкой кровотечения у 37 больных. При разрывах белочной оболочки ревизия, ушивание белочной оболочки яичка выполнены у 9 больных.

При внутрияичковых гематомах с деструкцией тканей яичка произведено удаление нежижнеспособных тканей, резекция яичка а также ушивание белочной оболочки у 22 пациентов.

Все операции завершены дренированием раны и наложением суспензория. Для профилактики послеоперационных осложнений назначены антибактериальные препараты.

Вывод.Ушибы яичка имеют характерную клиническую картину, консервативная терапия при этом виде повреждения как самостоятельный вид лечения имеет основное значение. При обширных гематомах мошонки с разрывами яичка,внутрияичковых гематомах показана неотложная операция.

Таким образом, органосохраняюшие операции в сочетании с консервативной терапией позволили у большинства больных получить хорошие ближайшие и отдаленные результаты.

ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Азимов О.Х., Хашимов У.Т., Соибов С.И., Баймурадов Н.У.
Навоийский филиал РНЦЭМП

Повреждения мочевого пузыря относят к тяжелой травме живота и таза. Тяжесть состояния пострадавших и исходы лечения определяются не столько повреждениями мочевого пузыря, сколько их сочетанием с травмой других органов и тяжелыми осложнениями,обусловленными затеком мочи в окружающие ткани и брюшную полость.Закрытые повреждения мочевого пузыря составляет 0,4% от всей травмы, 15% среди лиц с повреждениями мочеполовых органов.Изолированные внутрибрюшинные повреждения встречаются в среднем в 26 % случаев,а внебрюшинные- в 12 %. Травматические разрывы мочевого пузыря у мужчин всречаются значительно чаще,чем среди женщин. Причиной закрытого повреждения мочевого пузыря чаще является транспортная травма, реже удар в живот и падение больного с высоты, больные с изолированными повреждениями мочевого пузыря жалуются на боль в надлобковой области, нарушение мочеиспускания, гематурию.

При внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря перитонеальные явления слабо выражены и непостоянны, нарастают постепенно, в связи с чем мочевой перитонит диагностируется поздно.Первоначально локализованные в надлобковой области боли приобретают разлитой характер, присоединяются парез кишечника,вздутие живота,задержка стула газов,тошнота,рвота. После очистительной клизмы бывает стул и отходят газы, живот участвует в акте дыхания, наблюдается напряжение мышц брюшной стенки.

В Навоийском филиале РНЦЭМП в 2000-2009 гг. на лечении находились 34 больных в возрасте от 30 до 50 лет с повреждениями мочевого пузыря. При диагностике учитывали характер и механизм полученной травмы, общее состояние больного, локализацию болей,гематурию,нарушения мочеиспускания,гемодинамические показатели и данные УЗ-исследования и цистографии.

Гематурия отмечалась у 31 (91,1%) больного. 27 (79%) пострадавших поступили в стационар в течение 6-12 часов,7 (20,5%) - 12-24 часов после травмы.

У 7 (20,5%) больных диагностирован внебрюшинный разрыв,у 19 (55,8%) - внутрибрюшинный, у 8 (23,5%) были неполные разрывы стенки мочевого пузыря.

Травму в дорожно-транспортном происшествии получили 18 (52%) случаях, бытовая травма отмечалась у 13 (38%), ятрогенная - у 3 (8,8%).

Оперативному вмешательству были подвергнуты 26 (76,4%) больных.У 1 больного повреждение задней стенки мочевого пузыря сочеталось с повреждением передней стенки прямой кишки.Всем больным произведена срединная лапаротомия с ушиванием разрыва стенки мочевого пузыря с экстраперитонизацией,эпицистостомия,санация и дренирование брюшной полости,околопузырного пространства и малого таза.

Вывод. Успех лечения повреждения мочевого пузыря зависит, главным образом, от своевременной диагностики и правильно выбранной тактики оказания квафилифицированной экстренной медицинской помощи.

СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧЕК

Акбаров И.М., Исаков Х.А., Умаров А.Р.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Раняя диагностика и своевременное лечение сочетанных травматических повреждений почек остается одной из актуальных проблем экстренной урологии.

Нами изучены и проанализированы результаты лечения 20 больных, поступивших в экстренное урологическое отделение ФФРНЦЭМП в период 2005-2009 гг. с сочетанными травматическими повреждениями почек, из них 17 (70,8%), мужчин и 7 (29,1%) женщин. 15 больных пострадали вследствие автотравмы, 7 - при падении с высоты, 2 - в результате удара в живот.

Повреждения капсулы и лоханок наблюдалось у 6 (25%), - у повреждение капсулы без вовлечения лоханки - у 1 (4%), подкапсулярная гематома - у 14 (58%), размозжение почек - у 3 (13%) пострадавших.

Состояние всех больных при поступлении было тяжелым, что было обусловлено повреждением не только почек, но и органов грудной и брюшной полости: пневмогемоторакс отмечался у - 2 , разрыв печени у - 4, разрыв селезенки у - 5, обширная гематома брыжейки тонкого кишечника у - 2. У 7 пострадавших установлены переломы конечности и таза, у-2 - черепно-мозговая травма. У 18 (75%) пострадавших были явления травматического и постгеморрагического шока различной степени тяжести.

В приемно- диагностическом отделении, больные обследованые по общепринятой методике стандарту согласно.

Помимо общеклинических и биохимических исследований у больных выполняли ультразвуковое рентгенологическое исследование, диагностическую лапароскопию.

Во время операции повреждения капсулы и лоханок обнаружены - у 6 (25%) больных, повреждение капсулы без вовлечения лоханки - у 1 (4%), субкапсулярная гематома - у 14 (58%), размозжение почек - у 3 (13%). Нефрэктомия выполнена 3 пострадавшим, остальным произведено удаление гематомы, ушивание раны капсулы почек. Во всех случаях операция заканчивалась дренированием паранефральной клетчатки.

Таким образом, у больных с повреждениями почек при сочетанной травме для своевременной диагностики необходимо шире применять УЗИ, рентгенологическое исследование, при необходимости диагностическую лапароскопию.

ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Ходжиметов Ф.И., Урмонов Н.Т.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В клинике РНЦЭМП в отделении неотложной хирургии детского возраста в 2005 -2009 гг. на лечении находились 16 детей с закрытыми травмами поджелудочной железы (ПЖ) в возрасте от 4 до 14 лет. У 10 (62 %) больных в анамнезе имела место бытовая, у 6 (38 %) - автомобильная травма. У 9 (56 %) больных была изолированная травма ПЖ , у остальных 7 (44 %) травма ПЖ сочеталась с повреждениями других органов брюшной полости: у 3 (18 %) больных с разры-

вом печени, у 2 (12%)-селезенки, у 1 (6%)- двенадцатиперстной кишки .

Диагностика травм ПЖ при сочетанных травмах представляет значительные трудности. При сочетании с повреждениями других органов брюшной полости были выявлены разрыв печени

У всех больных основным клиническим симптомом была боль в животе. Показатели амилазы и диастазы крови у 10 (62%) больных в первые трое суток были повышены от 45 до 160 мг/мл .

Учитывая трудности клинической диагностики повреждений ПЖ при закрытой травме живота, кроме клинико-лабораторных исследований, использовали дополнительные методы, такие как УЗИ, КТ брюшной полости , при необходимости - лапароскопию с последующим исследованием полученной жидкости на содержание ферментов ПЖ.

7 (44%) больных с повреждениями органов брюшной полости, и в 1 с изолированной травмой ПЖ были оперированы в экстренном порядке. 3 (18%) пациента с изолированной травмой ПЖ оперированы на 3 - 5 стуки после травмы, то есть с ухудшением состояния, нарастанием перитонеальных симптомов. Остальным пострадавшим проводилась консервативная терапия.

В послеоперационном периоде с целью профилактики развития панкреонекроза назначали сандостатин , ингибиторы протеаз, применялись также спазмолитики, цитостатики, антибиотики широкого спектра. Несмотря на проведение ранней комплексной терапии, направленной на профилактику острого панкреатита у 3 больных с изолированной травмой ПЖ развилась клиническая картина деструктивного панкреатита, что потребовало оперативного вмешательства.

Таким образом, несмотря на многочисленные исследования, диагностика и лечение травм ПЖ у детей исключительно сложны. Для улучшения результатов лечения данной категории больных считаем целесообразным госпитализацию их только в специализированные учреждения с применением всего комплекса диагностических и хирургических мероприятий .

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Абдурахманов А.А., Ли Э.А., Матякубов Х.Н.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

За период с мая 2005гг. по 2009г в детском хирургическом отделении на лечении находились 72 ребенка с закрытыми повреждениями паренхиматозных органов брюшной полости и подозрением на них. Мальчиков было 53 (73,6%), девочек - 19 (22,4%). Все больные обследовались по стандарту (общеклинические анализы, рентгеноскопия, УЗС).

У 29 (40,3%) детей в связи с явными признаками внутрибрюшной катастрофы, нестабильной гемодинамикой выполнена экстренная лапаротомия. При лапаротомии у 17 (58,6%) детей выявлен разрыв селезенки с повреждением сосудистого пучка, в связи с чем им произведена спленэктомия. У 11 (37,9%) детей обнаружены линейные разрывы правой доли печени, у 1 (3,5%) больного- выявлен разрыв левой половины диафрагмы и линейный надрыв селезенки, которые ушиты.

У 43 (59,7%) пациентов клиническая картина травмы органов брюшной полости была стертая, с неопределенной ультразвуковой картиной, в связи с чем при подозрении на повреждение органов брюшной полости им выполнена диагностическая лапароскопия. У 14 (32,6%) детей во время лапароскопии диагностированы небольшие разрывы печени с продолжающим кровотечением, которые были коагулированы. У 9 (20,9%) детей обнаружены субсерозные гематомы брыжейки петель тонкого и толстого кишечника. У 19 (44,2%) детей с внутрибрюшным кровотечением до 100 мл выявлены надрывы капсулы и небольшие разрывы селезенки с умеренным кровотечением, у них гемостаз достигнут коагуляцией. У 1 (2,3%) больного выявлена субкапсульная гематома селезенки. Во всех случаях видеолапароскопия завершена удалением сгустков крови, ирриго-аспирацией промывных вод брюшной полости и дренированием.

В послеоперационном периоде больным проводилась гемостатическая терапия и ультразвуковое сканирование в динамике. Рецидивов кровотечения и послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Таким образом, широкое использование видеолапароскопии в диагностике и лечении повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости у детей позволяет значительно повысить качество диагностики, уменьшить количества напрасных лапаротомий.

ОСОБЕННОСТИ СТАНДАРТИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Алиджанов Ф.Б., Анваров Х.Э., Ризаев К.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Относительная редкость повреждений поджелудочной железы (ПЖ), экстренность ситуации и высокая частота сочетанных повреждений, создают определенные затруднения в выборе объема и вида хирургического вмешательства. Данное обстоятельство требует стандартизации хирургической тактики при повреждениях ПЖ.

За 10 летний период функционирования в РНЦЭМП на лечении по поводу травмы ПЖ находились 19 пострадавших. Это составило 2,9% из всех пациентов с травмами живота. Открытые повреждения имели место у 21,1%, закрытые – у 78,9%. Летальность составила 47,4%

Анализ результатов лечения и данных современной литературы позволил нам выделить следующие принципы стандартизации хирургического лечения данной категории больных:

Стандартизация единой классификации повреждений поджелудочной железы. При этом выбранная классификация должна отвечать практическим требованиям и наряду с указанием наличия или отсутствия сочетанных повреждений, а также общего состояния пациента, прежде всего, указывала на тяжесть повреждения самой поджелудочной железы. С этих позиций наиболее приемлемой, по нашему мнению, является международная классификация повреждений поджелудочной железы предложенная американской ассо-

циацией по хирургии и травмы (American Association for Surgery and Trauma - AAST). Согласно данной классификации тяжесть (шкала) повреждений ПЖ разделяются на 5 степеней:

1. G I – поверхностные ушибы ткани или разрывы и ранения капсулы железы.
2. G II – глубокие ушибы и ранения паренхимы без повреждения главного панкреатического протока (ГПП).
3. G III – дистальный (слева от верхней брыжеечной вены) разрыв и ранения паренхимы с повреждением ГПП.
4. G IV – проксимальный (справа от верхней брыжеечной вены) разрыв и ранения паренхимы с повреждением ГПП.
5. G V – массивное разрушение головки ПЖ или панкреатодуоденальное повреждение

Стандартизация объема хирургического вмешательства прежде всего определяется в зависимости от тяжести повреждения железы, а также тяжести повреждений других органов в случае сочетанной травмы.

При GI небольшие некровоточащие раны капсулы не ушивают. Формируют бурсоментостому, через которую дренируют сальниковую сумку;

- при выявлении травмы при лапароскопии и отсутствии показаний к лапаротомии по сочетанным повреждениям допускается выполнение лапароскопического дренирования сальниковой сумки.

При GII с интенсивным кровотечением прошивают кровоточащий сосуд с минимальной травматизацией ткани железы. Рану органа не ушивают, что бы не препятствовало дренированию панкреатического сока и раневого содержимого из ткани поджелудочной железы. Формируют бурсоментостому, через которую дренируют сальниковую сумку;

При GIII выполняют дистальную резекцию ПЖ, для того, что бы предотвратить тяжелый распространенный панкреонекроз и его осложнения;

- при тяжелом состоянии пациента обусловленного сочетанными повреждениями допускается наружное дренирование дистальной части ГПП и сальниковой сумки.

При GIV производят тщательный гемостаз места повреждения железы с перевязкой и прошиванием сосудов. При невозможности осуществить надежный гемостаз тампонируют зону кровотечения. Операцию завершают дренированием сальниковой сумки через бурсоментостому, забрюшинной клетчатки позади головки поджелудочной железы через контрапертуру в правой боковой области живота.

При GV выполняют гемостаз путем прошивания или тампонирования кровоточащих участков.

- при наличии раны двенадцатиперстной кишки ее ушивают с выключением кишки из пассажа пищи с формированием гастроэнтероанастомоза;

- при невозможности ушить рану кишки формируют дуоденостому на отключенной кишке. Операцию завершают дренированием желчевыводящих протоков, забрюшинной клетчатки, брюшной полости.

- массивное повреждение головки ПЖ и двенадцатиперстной кишки с нарушением их кровоснабжения является абсолютным показанием к выполнению панкреатодуоденальной резекции .

Стандартизация терапии. Профилактика послеоперационного панкреатита наряду с инфузионно-трансфузионной терапией и нутритивной поддержкой является обязательным условием послеоперационного лечения повреждений ПЖ. Она достигается путем создания функционального покоя поджелудочной железе в течение 3-5 суток и состоит из гуморального воздействия (октреотид по 0,1 п/к 3 раза в сутки, H_2-блокаторы), воздействия на вегетативную нервную систему (атропин 0,1% в/м 2 раза в сутки).

В заключение следует отметить, что предложенные лечебно-диагностические стандарты лечения травм ПЖ основаны пока еще на небольшом клиническом материале и их эффективность требует дальнейших исследований.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Аллаев М.Я., Рахмонов А.А., Косимов З.Н., Халилов Ш.К., Абдужабборов А., Абдулазизов Ж.
Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

В нашей клинике в последние 5 лет на лечении с травмой почек находились 46 больных в возрасте от 2 до 13 лет. С ушибами почек были 25 (правой - 18, левой - 7), травматическими разрывами - 8 (соответственно - 4 и 4), с сочетанной травмой - 13 пострадавших. У 1 больного травма почек сочеталась с разрывом печени, у другого - с разрывами селезёнки, у третьего - с разрывами селезёнки, толстой кишки и диафрагмы, у 7 - с сотрясением головного мозга, по одному - с переломами XI ребра, ушибом головного мозга и проникающим ранением брюшной стенки, с разрывами лоханки.

В диагностике наряду с клиническими и лабораторными данными, проводили ультразвуковое исследование с последующей экскреторной урографией и нефротомографией. У больных с сочетанной травмой органов брюшной полости дополнительно проводили лапароскопическое исследование.

Консервативное лечение (строгий постельный режим, обезболивающие, гемостатическая и антибиотикотерапия) проводилась при ушибах почек. У остальных пациентов тактика была активно - хирургическая.

Максимально старались произвести органосохраняющую операцию. После обнажения травмированной почки ее промывали антисептическим раствором. Производили ревизию для установления объема и характера повреждения и определяли жизнеспособность разорванных частей паренхимы.

У 3 пациентов произведена нефрэктомия (при отрыве ножки, полном размозжении органа). У 25 больных лечение проводилось консервативно, а 18 пострадавших произведены органосохраняющие операции. При сочетанных травмах по обще принятой методике по очереди производили ушивание других травмированных органов (селезенки, кишки). Дренировали околопочечное пространство, а при сочетанных травмах органов брюшной полости дополнительно дренировали последнюю. Перед выпиской из стационара всем больным произведены контрольные клинико-лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые исследования.

ОЗОНОТЕРАПИЯ МОЧЕВОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Аллазов С.А., Кодиров С.К., Аллаяров Д.Т, Дарханов Ж.А.
Самаркандский медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

В экстренном урологическом отделении СФРНЦЭМП на лечении находились 12 больных с внутрибюшинными повреждениями мочевого пузыря, осложненными мочевым перитонитом. Согласно классификации Американской ассоциации по хирургии травм и Европейской ассоциации урологии (2006), интраперитониальные повреждения стенки мочевого пузыря до 2 см имели место у 3 больных, более 2 см - у 5, интраперитониальные повреждения, охватывающие шейку мочевого пузыря, - у 3 ,треугольника Льето - у 1. Внутрибрюшинные повреждения мочевого пузыря обычно возникают вследствие закрытой травмы при переполненном мочевом пузыре, зачастую (у 7 из 12) сопровождаясь переломами тазовых костей. Мы наблюдали больного 74 лет, у которого спонтанный внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря произошёл дважды с интервалом в один год после падения в состоянии алкогольного опьянения при переполненном мочевом пузыре, обусловленным доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Повреждения мочевого пузыря в первые часы диагностированы у 4 больных, через 24-48 часов - у 8. Диагностика осуществлялось обычными клиническими, инструментальными (катетеризация мочевого пузыря, цистоскопия), рентгенологическими (восходящая цистография) методами согласно стандарту. Ретроградная цистография проводилась с соблюдением адекватного растяжения стенки мочевого пузыря для выявления перфорации (заполнение мочевого пузыря не менее чем 350 мл контрастного вещества). На наш взгляд, много достоверных и точных сведений можно получить с помощью неинвазивного ультразвукового метода исследования.

Все больные были оперированы: лапаротомия, ревизия и санация органов брюшной полости, ушивание раны стенки мочевого пузыря (с дренированием мочевого пузыря через уретру у 3 женщин и путем цистостомии - у 9 мужчин). Озонотерапия у больных включала интраоперационные мероприятия и продолжение их в послеоперационном периоде. Во время операции после полной санации брюшной полости и герметичного ушивания поврежденной стенки мочевого пузыря с дренированием его полости проводилось орошение органов брюшной полости озонированным физиологическим раствором, такой же раствор вводился в мочевой пузырь через дренажную трубку. В послеоперационном периоде брюшную полость орошали озонированным физиологическим раствором (200 мл) через дренажные трубки, а мочевой пузырь через цистостому или постоянный катетер в уретре (50 мл) ещё в течение 5-6 дней. Предварительные результаты свидетельствуют о положительном эффекте озонотерапии , ускоряющем разрешение мочевого перитонита и заживление послеоперационной раны.

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ

Аллазов С.А., Меликова М.Х., Бобокулов Н.А., Абдуллаев Б.А.
Самаркандский медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

С учетом особенностей урологической практики и ошибок при этом мы склонны различать следующие ошибки и ятрогенные осложнения и ошибки: 1) при проведении урологических методов исследования (повреждения мочеточников инструментами); 2) ошибочная диагностика и соответственно неадекватное лечение при урологической казуистике; 3) допущенные при самих урологических операциях; 4) совершенные при акушерских процедурах и гинекологических операциях; 5) возникшие при хирургических операциях.

Абу Али ибн Сино ещё в 1028 году предостерегал, что "если режущий инструмент поразит естественное мясо, то иногда возникает неизлечимое истечение мочи" наш современник Д.В.Кан (1986) утверждает, что ошибки "бывают не только у начинающих, но и у самых крупных, обладающих громадным опытом хирургов".

Мы располагаем опытом лечения 43 больных с ятрогенными повреждениями мочеточников

При катетеризации у всех больных установлена обструкция мочеточников и выявлен уровень поражения. У 3 больных этой манипуляции и оставления катетера в мочеточнике выше повреждения на 7-10 дней было достаточно для устранения препятствия и восстановления проходимости мочеточника. Но 40 больным потребовалось оперативное вмешательство.

У 10 больных, у которых спустя 3-4 суток и более после травмы успела наступить ОПН, безотлагательно осуществляли дренирование почек (у 38- нефростомия, у 2 уретерокутанеостомия). В последующим после нормализации общего состояния и восстановления функции почек этим больным , выполнены реконструктивные операции по восстановлению проходимости мочеточников. У 4 больных с билатеральными повреждениями мочеточников в тот же или на следующий день после акушерско-гинекологических операции нам удалось провести пластические операции забрюшинным доступом (уретеро-уретероанастомоз, уретероцистонеостомия) и восстановить проходимость обоих мочеточников.

У 1 больного с перевязкой обоих мочеточников и одновременным действием преренальных и ренальных факторов (кровотечение, шок, переливание резус-несовместимой крови) срочная нефростомия с обеих сторон и борьба с ОПН оказались безуспешным и на 12 день наступил летальный исход.

В заключение следует отметить, что, согласно правильному мнению акад. Н.А.Лопаткина (2009), "все публикации по лечебно-диагностической тактике при повреждении мочеточников носят ретроспективный характер, их достоверность достигает всего III степени или ниже", что "заставляет индивидуально подходить к восстановлению проходимости мочеточников в каждом конкретном наблюдении".

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ТРАВМ И СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К., Хошимов М.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Нами систематизированы подходы к диагностике и лечению интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков (ВЖП) у 86 больных. У 59 пациентов (68,6%) повреждение гепатикохоледоха произошло при традиционной холецистэктомии; у 22 (25,6%) пациентов после лапароскопической холецистэктомии; у 3 (3,5%) - при выполнении эхинококкэктомии, у 2 (2,3%) - во время резекции желудка.

Рентгеноконтрастные исследования желчевыводящих путей (ЭРПХГ, ЧЧХГ, фистулохолангиография, интраоперационная телехолангиография) позволяли определить уровень и протяженность поражения, степень блока желчных протоков. Так, перевязка и прошивание гепатикохоледоха на уровне пузырного протока выявлены у 35 (40,7%) больного, рубцовые стриктуры и дефекты гепатикохоледоха - у 51 (59,3%), в том числе у 28 (32,6%) имела место высокая стриктура различного типа.

Пассаж желчи в кишечник у 9 (10,5%) больных был восстановлен швом на Т-образном дренаже между поврежденными концами гепатикохоледоха. У остальных 77 (89,5%) пациентов выполнены различные варианты билиодигестивных анастомозов: холедоходуоденоанастомоз применен у 16 пациентов, гепатикодуоденоанастомоз - у 14, гепатикоэнтеро- и бигепатикоэнтероанастомоз на выключенной петле по Ру - у 19, гепатикоэнтероанастомоз с межкишечным брауновским анастомозом - у 28. При проксимальных стриктурах для надежного формирования анастомоза использовали наружные дренажи по Фелькеру (7) или сквозной сменный дренаж по Сейпол-Куриану (6). Эти дренажи длительно (от 6 мес. до 2 лет) сохраняли в просвете анастомоза и при необходимости заменяли (сменные дренажи) на другие.

Наряду с механическими (пересечение, иссечение, клипирование) при лапароскопической холецистэктомии всегда имеет место и термическое воздействие на стенку протока.

Различные послеоперационные осложнения отмечались у 27 (31,4%) больных, умерли 11 (12,8%) пациентов. Причиной смерти были несостоятельность швов анастомоза и перитонит (5), кровотечение из острых язв желудка (1), печеночно-почечная недостаточность на фоне тяжелой интоксикации при гнойном холангите (4) и истощение при дуоденальном свище (1).

Таким образом, способ хирургической коррекции ятрогенных нарушений желчевыведения зависит от результатов рентгеноконтрастных методов диагностики, уровня и протяженности поражения гепатикохоледоха. Факт выявления травмы желчных путей является показанием к срочному переводу в специализированное отделение с целью радикального восстановления желчеоттока с наложением билиодигестивных анастомозов еще до развития тяжелых осложнений.

РОЛЬ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ЖИВОТА

Алтыев Б.К., Жаббаров Ж.И., Мадиев Р.З., Асомов Х.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

При травмах органов брюшной полости в профилактике инфекции, интоксикации и восстановления водно-электролитного баланса особое место занимают мероприятия по снижению внутрибрюшного давления (ВБД). Если учесть, что в норме давление в брюшной полости около нуля или отрицательное, то его повышение сопровождается изменениями в различных органах и системах: чем выше ВБД, тем вероятнее развитие нежелательных осложнений.

Целью нашего исследования явилось изучение состояния внутрибрюшного давления у больных с травмами живота, после операции.

Под наблюдением 32 пациента, из них 18 мужчин и 14 женщин. Средний возраст 34,2±1,38 года. Всем больным была выполнена лапаротомия по поводу травмы живота. У 21 (65,6%) пациента было с ранение, у 11 (34,4%%) - закрытая травма живота.

Внутрибрюшное давление измерялось путем оценки давления в мочевом пузыре через катетер Фолея, подключенного гидромонометру - аппарату Вальдмана. Степень повышения внутрибрюшного давления оценили по протоколу Всемирного конгресса по синдрому абдоминальной компрессии (Австралия, 2004 г.): I степень - давление в брюшной полости 10-15 мм рт. ст.; II - 16-20 мм рт. ст., III - 21-25 мм рт. ст., IV - более 25 мм рт. ст.

У 9 (28,1%) пациентов интраоперационно выявлены повреждения со стороны полых органов, у 16 (50%) - повреждения паренхиматозных органов, у 4 (12,5%) - одновременно повреждения полых и паренхиматозных органов, у 3 (9,4%) больных во время операции повреждений внутренних органов не найдено.

Шок тяжелой степени диагностирован у 21 (65,6%) пострадавшиго, средней степени тяжести - у 7 (21,9%), легкой - у 4 (12,5%).

Динамическое измерение ВБД в послеоперационном периоде у пациентов с травмой живота показало, что у 12 (37,5%) больных давление в брюшной полости не превышало 15 мм рт.ст. II степень выявлена у 13 (40,6%), III - у 5 (15,6%), IV у 2 (6,3%).

В послеоперационном периоде 13 (40,6%) пациентам проведены мероприятия для уменьшения ВБД (назогастроинтестинальная зондовая декомпрессия, коррекция синдрома энтеральной недостаточности, респираторная поддержка путём продлённой искусственной вентиляции лёгких с увеличением положительного давления в конце выдоха, эпидуральная аналгезия), остальных 19 (59,4%) больных - вели традиционно.

Повышение ВБД более 25 мм рт.ст. имело место у 2 (6,3%) пациентов, поступивших в тяжелом шоковом состоянии с повреждениями полых органов.

Послеоперационные осложнения (пневмония, нагноение послеоперационных ран и т.д.) наблюдались у 11 (34,4%) пациентов. У 7 больных отмечалось повышение ВБД более 20 мм рт.ст. В послеоперационном периоде умерли 4 (12,5%) пациента с тяжелыми сочетанными травмами. Повторно оперирован 1 больной по поводу подпеченочного абсцесса. У тех пациентов, у которых применялись мероприятия для уменьшения ВБД, осложнений в послеоперационном периоде было 2 раза меньше, чем у больных, которым проводилось традиционная тактика. Летальных исходов в этой группе не было.

Таким образом, больным с травмами живота, особенно с повреждениями полых органов и тяжелым шоком, показано динамическое наблюдение ВБД. В раннем послеоперационном периоде необходимо проведение мероприятий, направленных на снижение интраабдоминального давления.

При нарастании внутрибрюшного давления, появлении жидкости в брюшной полости на УЗИ и симптомов раздражения брюшины необходимо проведение санационной лапароскопии или лапаротомии с ревизией органов брюшной полости.

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ

Аминов У.Х., Нарзуллаев С.И., Кулиев Й.У., Отабобоев Ш.Р., Арзиев Ш.Н.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Множественной травмой груди (МТГ) называется одновременное повреждение двух или более органов груди. В 1999-2009 гг. мы оказали помощь 483 пострадавшим с МТГ, из них мужчины составили 79,8% абсолютное большинство пострадавших 78,9% получи-ли МТГ в дорожно-транспортном происшествии.

Слева повреждения локализовались у 313 (64,8%) пострадавших, справа - у 103 (21,3%), у 67 (13,9%) имелись двусторонние повреждения. Легкие были повреждены у 153 (25,4%). Наиболее частым осложнением закрытой травмы груди был пневмоторакс, который наблюдался у 152 больных. У подавляющего большинства причиной пневмото-ракса было повреждение легкого обломками ребер. У 10 больных пневмоторакс возник без повреждения ребер вследствие разрыва булл, что было подтверждено рентгенологическим исследованием. Напряженный пневмоторакс имел место у 32 больных и часто сопровождался эмфиземой грудной клетки и средостения (у 15). У 64 больных выявлен гемопневмоторакс. Изолированный гемоторакс отмечался у 43, из них у 10 свернувшийся. У 15 пациентов гемоторакс был расценен как большой, у остальных имел место малый и средний гемоторакс. Межмышечные гематомы отмечались у 35 человек, у 8 имелось кровохарканье. Ушибы сердца наблюдались у 8 пострадавших, в том числе у 6 - ишемическая, у 2 - аритмическая форма. У 4 пострадавших имелись разрывы бронха и у 3 - перикарда.

Диагностика МТГ в стационаре обычно не представляет затруднений: изучение анамнеза, проведение субъективных и объективных методов исследования. Основным специальным методом остаётся рентгенологический. При этом с достоверностью, приближающейся к 100%, выявляются переломы костей грудной клетки, пневмоторакс, гемоторакс, эмфизема средостения, расширение границ сердца и смещения органов средостения. Характерным признаком эмфиземы средостения является также гнусавость голоса.

Наибольшие трудности для диагностики представляет закрытая травма сердца (у 18 больных). Мы ставим диагноз ушиба сердца при наличии характерных болей в груди и изменениях ЭКГ в виде признаков очаговой ишемии миокарда или различных аритмий. Целесообразно проведение ЭКГ в динамике.

Особую сложность представляет дифференциальная диагностика сочетанной закрытой травмы груди и живота. Для этого используются лапароцентез, лапароскопия, УЗИ и КТ по необходимости.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Арслонов Э.Г., Наврузов М., Пирматов Ш.Р., Нарбаев О.И.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Абдоминальная травма в экстренной хирургии относится к патологии, диагностика которой довольно часто бывает затруднительной из-за множества причин, но чаще всего из-за сочетания травмы живота с повреждением других органов и систем. В детской практике диагностические проблемы встают ещё более остро из-за ограничения возможности полноценного контакта с детьми младшей возрастной группы. Нашей целью было изучение роли и результатов лапароскопии при закрытых травмах живота у детей.

В отделении детской хирургии Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП в течение 2005 - 2009 гг. выполнено 114 диагностических и лечебных лапароскопий по поводу закрытых травм живота. Среди сопутствующих повреждений преобладали черепно-мозговые трвмы, переломы костей скелета, внутригрудные осложнения и т.д. У 49 пациентов (42,9%) повреждений внутренних органов не обнаружено, у 22 больных отмечалось повреждение нескольких органов. У 65 (57,1%) пострадавших обнаружен гемоперитонеум, у 28 (43%) вследствие разрыва селезёнки, у 31 (47,7%) - разрыва печени, у 28 (43%) - других причин, то есть у 9 детей обнаружен разрыв кишечника с наличием перитонита и у 19 выявлена забрюшинная гематома. К более редким находкам следует отнести повреждения поджелудочной железы, желудка, мочевого пузыря. 53 (81,5%) из 65 больных с гемоперитонеумом выполнена лапаротомия, а у 12 (18,5%) больных с малыми ранами органов и незначительным количеством крови в брюшной полости ограничились коагуляцией и введением дренажной трубки. В динамике кровотечение не возобновилось.

Таким образом, применение малоинвазивных технологий в лечении пострадавших с абдоминальной травмой является чрезвычайно перспективным направлением, позволяющим у большинства больных избежать напрасных лапаротомий, что способствует уменьшению операционной травмы и улучшению результатов лечения этой тяжёлой категории больных.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Артиков Д.Н., Хайдаров А.Х., Файзуллаев Н.У.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Среди травм органов брюшной полости, требующих хирургического вмешательства, 2% составляют травмы мочевого пузыря. Закрытая травма встречаются в 67-86% от всех разрывов мочевого пузыря, в то время как открытая повреждения составляет 14-33%. Наиболее частой причиной (90%) разрывов мочевого пузыря в результате закрытой травмы живота является дорожно-транспортные происшествия. Разрывы мочевого пузыря как результат закрытой травмы можно классифировать как вне- и внутрибрюшинные. Около 70-97% всех больных с разрывом мочевого пузыря в результате закрытой травмы имеют сочетанные переломы.

За период с 2005 по 2009 гг. в отделении экстренной урологии на лечении находился 21 больной с разрывом мочевого пузыря, из них с внебрюшинные разрывом мочевого пузыря 7 (33 %), с внутрибрюшинным разрывом мочевого пузыря - 14 (66%).

Всем больным при поступлении произведено лабораторное исследование по стандарту: общий анализ мочи, общий анализ крови, гематокрит, время свертываемости крови, общий белок, мочевина, креатинин, билирубин, глюкоза крови, определение группы крови. По стандарту произведено инструментальное исследование: проба Зельдо-

вича, рентгенография мочевыводящих путей, контрастная цистография, УЗ сканирование почек, забрюшинного пространства, брюшной полости мочевого пузыря. У 3 больных выполнена диагностическая лапароскопия, у 1 пациента больного повреждение мочевого пузыря обнаружено при лапаротомии.

Внебрюшинный разрыв обнаружен у 4 (19%) пострадавших, у остальных 17 (81%) с мочевым перитонитом был внутрибрюшинный разрыв.

Тактика оперативного лечения у больных с разрывом мочевого пузыря заключалась в ушивании разрыва мочевого пузыря 2-рядными кетгутовыми швами, перитонизации с последующим наложением эпицистостомии.

В послеоперационном периоде умерли 2 больных вследствие тяжелой сочетанной травмы, сопровождающейся шоком и полиорганной недостаточностью.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ

Аскаров Д.А., Сайдалиев СС., Улмасов К.С.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Хирургическое лечение травматических повреждений в детском возрасте остается актуальной проблемой детской хирургии. Так, летальность среди детей с травмой живота составляет 14%. Последняя намного больше средней летальности (2,4%) при любых других повреждениях в детском возрасте.

В 2005-2009 гг. на лечении находились 5851 больной, из них с травмой живота было 242. В возрасте от 4 до 15 лет. Мальчики составили 85%. Все больные при поступлении подвергнуты клинико-лабораторному обследованию включая рентгеноультразвуковую диагностику по стандарту.

Из них 72 (29,7%) больным произведено оперативное лечение -лапаротомия. У 3 (1,2%) больных применена диагностическая лапароскопия. Умерли 4 (1,6%) больных на госпитальном этапе из-за позднего обращения.

Для профилактики и лечения осложнений в послеоперационном периоде, а также для асептического рассасывания гематом при консервативной тактике нами с 2008 г. применялся метод лимфотропного введения антибактериальных средств. Осложнения в послеоперационном периоде до 2008 года наблюдались у 11% (из 57 оперированных) в виде нагноение раны и заживление вторичным натяжением. После применения лимфотропной терапии осложнений в виде инфицирования раны и присоединения вторичной инфекции не наблюдались. Следует подчеркнуть, что даже наличие гематом и признаков острой респираторной патологии при поступлении не усугубило послеоперационное течение, все раны зажили первичным натяжением ран.

Таким образом, применение лимфотропной терапии при травмах у детей является эффективной профилактикой нозокомиальной инфекции.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Аскаров Д.А., Холматжонов С.С., Сайдалиев С.С.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Вопрос о показаниях к консервативному и оперативному лечению, характере консервативной терапии и объем хирургического вмешательства при повреждениях толстого кишечника окончательно не решен. Тактика ведения зависит не только от объема повреждения, но и от состояния больного. По нашему мнению, этому этот вопрос всегда должен решаться индивидуально и лучше всего коллегиально.

За последнее 5 лет (2004 по 2009 гг.) в отделение детской хирургии ФФРНЦЭМП госпитализировано 5851 больной, из них с повреждением толстого кишечника 7 (0,11%), в том числе 5 (71,4%) мальчиков. Оперированы 7 пациентов, консервативное лечение проведено в 1 (1%). Умер 1 (14,2%) больной.

Диагностические исследования проведены всем больным по стандарту. При сроки поступлении все больные обследованы рентгенодиагностическим и ультразвуковым методом обследования. Рентгеноскопия проведена у 7 случаях (100%) пострадавших, ирригоскопия и ирригография строго по показаниям 1 (14,2%).

Наиболее частой причиной длительного нахождения больных в стационаре было, абцедировании перифокального инфильтрата, при котором нами произведена проксимальная колостомия.

Таким образом, при повреждениях толстого кишечника тактика ведения больного должна быть индивидуальной на фоне усиленной антибактериальной терапии, а при развитии инфицирования и/или абцедирования гематомы накладывается проксимальная колостомия.

СИЙДИК ҚОПИГА ТЕШИБ ЎТГАН БАЧАДОН СПИРАЛИНИ ЭНДОСКОПИК УСУЛДА ОЛИБ ТАШЛАШ

Атаханова М.А., Нарқобилов П.А., Махмудалиев Н.А.
Фарғона вилоят урология маркази

Аёлларда учрайдаган сийдик қопи ёш жисмларидан бири, бачадон спиралининг бачадон деворини тешиб ўтиш механизми адабиётларда ёритилмаган.

Бачадон спирали бачадон даворини тешиб ўтиб, қисман ёки тўлиқ қувуққа ўтади ва тош пайдо бўлишига сабаб бўлади.

Фарғона Вилоят Урология Марказига 2005-2007 йиллар давомида 11 та шундай беморлар мурожаат қилиб келди.

Ушбу беморлар бир неча марта амбулатор ва стационар шароитида даволанганлар, аммо натижаси бўлмаган. Аксарият беморлар сийдикда қон борлигига шикоят қилиб келганлар. Баъзи беморларни эса бошка дизурик симптомлар безовта қилган.

Ушбу беморлар марказимиз шароитида тўлиқ текширувдан ўтдилар. Уларга пешобнинг Ничепоренка бўйича ва бактериал тахлиллари, ультратовуш, рентгенологик текширувлар, цистоскопия қилинди. Барча беморларда қувуқ тоши ҳисобига сийдик йўллари

инфекцияси аниқланди ва инфекция қўзғатувчиси тури ва сезувчанлиги аниқлангандан сўнг консерватив даво давом эттирилди.

Мурожаат қилиб келган беморлардан 7 тасида спирал операциясиз, эндоскопик усулда олиб ташланди.

Бу беморларда ўткир яллиғланиш симптомлари йўқ, қувуқ тоши ва ёт жисм уретрани жарохатламай чиқадиган размерда бўлган.

Эндовезикал текширув натижасида 3 та холатда спирал қувуқ деворини тўлиқ тешиб ўтган, 2 та беморда спиралда инкрустация белгилари бўлган, қолган 6 нафар беморда эса қаттиқ тошлар пайдо бўлганлиги аниқланди.

Етти нафар беморлар эндоскопик усулда ушбу касалликдан фориғ бўлишди. 4~нафар беморга эпицистолитостомия операцияси ўтказилди. Операциядан кейинги 2 кун мобайнида гематурия сақланиб қолди. Антибактериал даволаш натижасида дизурик холатлар хам тез кунда бартараф қилинди..

Барча холатлар асоратсиз якунланди.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННЫХ ТРАВМ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М., Улугмурадов А.А., Маматов С.О.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Изолированные повреждения двенадцатиперстной кишки (ДПК) в хирургии детского возраста являются актуальной проблемой вследствие несвоевременного распознавания. Данная патология отличается высокими показателями летальности (30-50%) и высокой (50-70%) частотой послеоперационных осложнений в виде перитонита, дуоденальных свищей, забрюшинных гематом, профузных гастродуоденальных кровотечений.

Под нашим наблюдением с изолированным повреждением 12 перстной кишки находились 8 детей в возрасте от 4 до 14 лет. Мальчиков было 6, девочек 2. Причинами травм явились тупая травма и удар в область живота и падение с высоты на спину. Из 4 ребенка поступили в первые 6 часов, 4 - спустя 24 часа после травмы.

Всем больным, помимо общеклинических исследований, проводились полипозиционная рентгеноскопия, УЗИ и КТ брюшной полости.

У 3 (37,5%) больных была выявлена забрюшинная эмфизема, скопление жидкости в околопочечной клетчатке на стороне поражения. 2 детям хирургическая коррекция проводилась в первые 8-10 часов. При выделении ДПК по Кохеру были выявлены пятна Винивартера, забрюшинная гематома с эмфиземой и желчь. У 2 пациентов разрыв ДПК был ушит однорядным швом монофиламентной нитью. У 6 детей отмечалось обильное истечение желчи и имбибиция стенки ДПК гематомой, им выполнена дивертикуляция ДПК с наложением заднего еюногастроанастомоза с браунским соустьем, холецистома и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. Обязательным было установление трансназального зонда с проведением его в начальный отдел тощей кишки через анастомоз. У 1 больного наблюдалась несостоятельность анастомоза, потребовавшая повторной операции.

В послеоперационном периоде проводилось стандартное лечение, направленное на восполнение кровопотери, профилактику и лечение инфекционных осложнений. Кормление осуществлялось только по зонду, проведенному в тощую кишку.

Таким образом при лечении повреждений ДПК методом выбора в ранние срокиявляется ушивание разрыва кишки, а в поздние сроки- дивертикулизация двенадцатиперстной кишки с наложением гастоэнтроанастомоза с браунским соустьем, холецистостома и декомпрессия желудочно-кишечного тракта.

ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Улугмуратов А.А.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

За последнее время среди детей значительно увеличилось количество травм. В 2005 -2009 гг. на базе кафедры факультетской хирургии СамМИ на обследовании и лечении находились 149 детей с закрытыми травмами органов брюшной полости, из них 107 мальчиков и 38 девочек в возрасте от 6 до 15 лет.

Все дети были обследованы по единой схеме, включающей общий анализ мочи, крови, УЗИ органов брюшной полости, почек и мочевыводящей системы, обзорную рентгенорафию (скопию) органов грудной клетки и брюшной полости. В трудных случаях больным выполнялись компьютерная томография и диагностический лапароцентез.

Диагностический комплекс позволил у 100 пострадавших установить травму мягких тканей передней брюшной стенки.

Экстренное оперативное лечение потребовалось 49 больным, 41 мальчик и 8 девочек. Показанием к хирургическому вмешательству явились нестабильная гемодинамика, снижение артериального давления, наличие по данным УЗИ свободной жидкости в брюшной полости, данные КТ, увеличение размеров гематомы селезенки или печени по данным УЗИ в динамике через 3 часа, наличие крови при лапароцентезе.

У 24 детей был диагностирован разрыв селезенки. Интраоперационно у 3 детей установлен поверхностный надрыв капсулы. В этих случаях травмы селезенки были ушиты отдельными швами на атравматической игле монофиламентной нитью с подведением и фиксацией этими нитями сальника. 17 больным, у 8 из которых отмечался отрыв селезенки от ножки и у 13 разрывы капсулы и паренхимы, произведена спленэктомия с аутотрансплантацией ткани селезенки.

У 25 пострадавших установлено закрытое повреждение печени. Им выполнена лапаротомия, ушивание разрывов печени с помощью круглой атравматической иглы рассасывающей монофиламентной нитью. У 22 детей наблюдались одиночные разрывы печени с повреждением капсулы, у 3 разрывы были множественными. В основном травмы печени локализовались в VI, VII и VIII сегментах.

Всем детям, которым произведено хирургическое вмеша-

тельство, брюшная полость дренировалась. При отсутствии выделений дренаж удалялся на 3-4 сутки после операции. В послеоперационном периоде проводился комплекс интенсивной терапии, направленный на восстановление витальных функций организма ребенка.

Все дети после закрытых травм органов брюшной полости в удовлетворительном состоянии были выписаны домой.

Таким образом, применение в диагностике закрытых повреждений органов брюшной полости динамического УЗИ, компьютерной томографии, лапароцентеза, позволяет своевременно установить правильной диагноз, что обеспечивает благоприятный исход.

ВЫБОР МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ УРЕТРЫ

Бекмурадов Б.У., Ахмедов Ю.М.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель: улучшение методов лечения больных с травмами уретры.

В Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2004-2009 гг. на обследовании и лечении находились 23 больных с повреждениями мочеиспускательного канала в возрасте от 16 до 65 лет. Характер травмы: закрытое повреждение уретры (бытовой травматизм, автоавария). Диагностический комплекс включал сбор данных: анамнез, физикальный осмотр, ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря, уретры, ретроградную уретрографию. Интерпретацию результатов ретроградной уретрографии проводили на основании классификации AAST, EAU Guidelines (2006г). Все больные в зависимости от данных уретрографии и вида проведенного лечения травмы были разделены на три группы: заживление на катетере, наложение первичного шва уретры и отведение мочи путем цистостомии.

По данным уретрографии 8 больным с удлинением уретры или надрывом слизистой произведено заживление уретры постоянным катетером сроком на 5 дней. У 4 больных удалось осуществить наложение первичного шва уретры. У 14 больных с разрывом (отрывом) уретры в связи с поздним поступлением в центр (более 6 часов от момента травмы, с наличием урогематомы) наложена троакарная цистостомия с последующим пластическим восстановлением уретры по модифицированной методике Хольцова. Анализ отдаленных результатов (от 3 мес. до 3-х лет), показал, что у больных подвергшихся заживлению на катетере, стриктуры уретры не наблюдалось. У 1 больного с наложением первичного шва в дальнейшем развилась стриктура уретры. Причинойа неудачи было нагноение послеоперационной раны. В дальнейшем этому больному произведена повторная операция с хорошим результатом. Остальным больным в различные сроки (от 6 мес. и более) осуществлена пластика уретры модифицированным способом Хольцова. Рецидив заболевания наблюдался у 1 больного, в дальнейшем ему произведена повторная операция. Положительные результаты лечения получены у 92,9%, рецидив стриктуры возник у 1 (7,1%) больного

Выводы. Рентгенографическая картина уретры позволяет классифицировать повреждение и облегчает выбор тактики ведения больного; правильно проведенный алгоритм диагностики и лечения помогает оказать квалифицированную помощь и избежать нежелательных осложнений; в связи с развитием страховой медицины правильные действия врача могут избавить его от возможных неприятностей.

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПОЧКИ У РЕБЕНКА. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Бекназаров Ж.Б., Сафаров Х.А., Хотамов Х.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Нетравматический, или спонтанный разрыв почки, в отличие от травматических разрывов, встречается гораздо реже и во многих случаях представляет диагностическую сложность. В доступной нам литературе мы нашли 500 работ о случаях самопроизвольного разрыва почки однако информации о детях мы не нашли.

Приводим собственное клиническое наблюдение. Больной А.Ф., 1 г. 8 мес. Со слов матери у ребенка болезненное мочеиспускание, покраснение цвета мочи, повышение температуры тела. Ребенок беспокоен, слаб, вял, капризен. Обследован по стандарту: изучение жалоб, анамнеза, клинический осмотр, УЗИ органов мочевыводящих путей, (МВП), обзорная рентгенография МВП, экскреторная урография и МСКТ с контрастированием МВП а также клинические, биохимические анализы крови и мочи.

Установлен диагноз: врожденный порок развития мочевыводящих путей. Стеноз устья правого мочеточника. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс слева. Осложнение: спонтанный разрыв левой почки. Уретерогидронефроз с двух сторон - V ст. Обострение хронического обструктивного пиелонефрита. Хроническая почечная недостаточность, интермиттирующая стадия. Микроцистит. Нейромышечная дисплазия мочеточников. Соп.: анемия II ст. Нарушение питания по типу гипотрофии II ст.

Выполнена операция: 1-й этап - люмботомия слева, ревизия и ушивание разрыва почки, наложение пиелостомы. Санация и дренирование паранефрального пространства. 2-й этап - разрезом Пфанненштиля вскрыто паравезикальное пространство. Лигирование обоих мочеточников в ПМС, дистальная уретеростомия справа. В послеоперационном периоде больной получал антибактериальное, противовоспалительное, инфузионное и симптоматическое лечение. Ребенка готовили к 3-му этапу операции. Путем ежедневной гидравлической дилатации мочевого пузыря в течение месяца удалось увеличить его объем до 180,0 мл. Через месяц выполнен 3-й этап операции - уретероцистонеоимплантация с антирефлюксным механизмом по методу Политано-Лидбеттера. Послеоперационное течение гладкое. Полное восстановление диуреза и нормализация анализов крови. Через 12 дней выписан в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Рост чувствительности таких диагностических методов, как ультразвуковое сканирование, мультиспиральная компьютерная и магнитно-резонансная томография существенно увеличивают возможности хирурга в плане своевременного и точного установления причины, вызвавшей спонтанный разрыв почки.

СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У ДЕТЕЙ

Бекназаров Ж.Б., Акилов Х.А., Низомов Ш.А., Хотамов Х.Н., Сафаров Х.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Частыми причинами неудачных исходов хирургического лечения стриктур и облитераций уретры травматического происхождения являются неполное удаление рубцово-измененных тканей, неудачное наложение швов анастомоза, натяжение линии анастомоза в ближайшем послеоперационном периоде, а также неэффективное дренирование мочевого пузыря и уретры.

После тщательной подготовки концов уретры к анастомозу "конец в конец" мочевой пузырь дренировали двухдиаметровой пузырно - уретральной трубкой. Проксимальный конец этой трубки диаметром 0,5-0,6 см выводится на надлобковую область, а на уровне льетидового треугольника в трубке имеются множественные отверстия. От начальной части шейки мочевого пузыря стенка этой трубки утончается (диаметр 0,15-0,18 см) и на нее надевается другой катетер с наружным диаметром 0,4-0,5 см, на стенке которого имеются маленькие множественные дренирующие отверстия. Конец обоих катетеров выводится через наружное отверстие уретры на 5-6 см.

Для промывания места анастомоза антибиотиками и антисептическими растворами служит микрокатетер (диаметр 0,1-0,12 см), нижний конец которого находится ниже шейки мочевого пузыря, а проксимальный конец выводится через цистостомическое отверстие на надлобковую область и надежно фиксируется.

Самым главным условием использования дренирующего катетера является его свободное расположение в уретре, чтобы не было никакого напряжения линии анастомоза. Через микрокатетер продолжается введение растворов антибиотиков. Катетер удаляется на 8-9 день после операции.

Этим способом дренирования оперированы 32 ребенка с травматической стриктурой заднего отдела уретры. В раннем и отдаленном периоде после операции осложнений не наблюдались.

На основании этих данных можно предварительно заключить, что новый способ обеспечивает эффективное дренирование мочевого пузыря, гладкое заживление линии анастомоза, тем самым предотвращает рецидивы стриктуры.

ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Бекназаров Ж.Б., Акилов Х.А., Сафаров Х.А., Хотамов Х.Н., Хаккулов Э.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствование врачей

При закрытой абдоминальной травме у детей почки повреждаются чаще, чем печень, селезенка и другие органы, повреждаются почки, а среди всех других повреждений уступают по частоте только травме центральной нервной системы (ЦНС).

За период с мая 2005 г. по декабрь 2009 г. в отделении неотложной хирургии детского возраста РНЦЭМП были обследованы 105 детей в возрасте от 4 до 15 лет с подозрением на закрытые повреждения почек. Мальчиков было 10 (71,4%), девочек 4 (28,6%). У 51 (48,57%) больного установлены травматические повреждения почек различной степени. 37 (72,54%) детей получали консервативное лечения, 14 (27,46%) детей оперированы. Наиболее распространенным механизмом травмы было ДТП - у 9 (64,28%) и падение с высоты - у 3 (21,42%) у 2 (14,28%) больных имела место уличная травма.

Все больные обследованы по стандартам, принятым в РНЦЭМП.

У 12 (85,7%) из 14 оперированных больных были сочетанные повреждения ЦНС различной степени тяжести. У 7 (58,33%) клиника осложнялась повреждением паренхиматозных органов брюшной полости с явлениями внутрибрюшного кровотечения. У 5 (41,67%) больных было сочетание переломов конечностей, ребер, ключицы. У 2 (14,28%) установлена изолированная травма почек с ушибами мягких тканей передней брюшной стенки и боковой области живота. Травматическое повреждение правой почки наблюдалось у 3 (21,42%) больных, левой почки у 11(78,58%). У 13 (92,85%) оперированных больных удалось сохранить орган, только у (7,15%) пациента с размозжением левой почки выполнена нефрэктомия. У 3 (21,42%) детей наблюдались обструктивные явления в верхних мочевыводящих путях различного генеза.

Выводы. 1. Применение ранней активной хирургической тактики при явных травматических повреждениях почек обоснованным и необходимым методом лечения, позволяющим сохранить орган.

2. Хорошим скрининговым методом является УЗИ, которое может применяться для выделения группы больных, нуждающихся в дальнейшем рентгенологическом исследовании.

3. Будущее диагностики и оперативного лечения - за малоинвазивными методами как наиболее информативными и менее травматичными.

4. КТ является самым чувствительным визуализирующим методом, который должен применяться во всех сложных случаях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Болтаев Д.Э., Мадаминов А.С., Оллокулиев Б.Р.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Повреждения мочевого пузыря бывают открытыми и закрытыми. В мирное время наблюдаются преимущественно закрытые повреждения мочевого пузыря, которые в свое очередь делятся на внебрюшинные и внутрибрюшинные разрывы. Среди повреждений внутренних органов разрывы мочевого пузыря составляет 5-12%.

Внебрюшинные разрывы встречаются при переломах костей таза и ранениях его отломками костей, как правило, когда мочевой пузырь бывает пустым или наполнен незначительно.

Внутрибрюшинные разрывы мочевого пузыря возникают вследствие удара или сдавления области наполненного мочевого пузыря из-за повышения в нем гидростатического давления.

В 2000-2009 гг по поводу травм мочевого пузыря в Хорезмском филиале РНЦЭМП на стационарном лечении находились 54 больных. Из них 18 (33,3%) с внебрюшинным разрывом мочевого пузыря, 28 (51,4%)с внутрибрюшинным разрывом мочевого пузыря. У 6 (11,2%) больных отмечался смешанный разрыв мочевого пузыря, а у 2 (3,7%) имело место ятрогенное повреждение мочевого пузыря (при сложных оперативных вмешательствах в хирургии и гинекологии).

Изолированный внутрибрюшинный разрыв наблюдался у 21 (38,9%) больного , у 14 больных (25,9%) разрыв мочевого пузыря сочетался с травмой внутренних органов.

Основными признаками повреждения мочевого пузыря являются боли над лоном, нарушение мочеиспускания и гематурия, а также невозможность самостоятельного мочеиспускания.

Для установления диагноза разрыва мочевого пузыря использовали ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, катетеризацию мочевого пузыря с определением пробы Зельдовича, экскреторную урографию и ретроградную цистографию.

Всем больным было произведено оперативное лечение.

Цель операции при внутри- и внебрюшинном разрыве мочевого пузыря состоит в отведении мочи, восстановления целостности стенки мочевого пузыря, а при внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря и наличии перитонита в дренировании брюшной полости.

Выздоровление наступало у 52 (96,2%) пациентов. У 2 (3,8%) больных наблюдался летальный исход, причиной которого являлись тяжелые сочетанные травмы.

Вывод. Своевременное установление диагноза и оказание квалифицированной помощи при повреждениях мочевого пузыря являются основными факторами, определяющими благоприятный исход травмы. Причиной летальных исходов в наших наблюдениях при повреждениях мочевого пузыря были тяжелые сочетанные травмы.

ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Болтаев Д.Э., Йулдошев Г.Ю., Душамов М.Р., Тожиев С.А., Рахимов И.Р.
Хорезмский филиал РНЦЭМП(

Закрытая травма двенадцатиперстной кишки в мирное время, по данным литературы, встречается в 2-5%, летальность остается высокой - от 29 до 50% .

Под нашим наблюдением были 9 больных в возрасте от 16 до 52 лет с различными повреждениями двенадцатиперстной кишки. У 6 больных была закрытая травма двенадцатиперстной кишки, у 3 - ножевые ранения. Сочетанные повреждения наблюдались у 7, изолированные - у 2 больных. Травма двенадцатиперстной кишки сочеталась с повреждением желудка у 2, печени - у 1, тонкой кишки - у 3, толстой кишки - у 1.

Диагностика повреждений двенадцатиперстной кишки трудна и осуществлялась в основном во время операции. У 7 из 9 оперированных больных до операции забрюшинный разрыв двенадцатиперстной кишки не был распознан. С подозрением на забрюшинный разрыв двенадцатиперстной кишки после обзорной рентгенографии брюшной полости, при которой обнаружено пятно просветления (газ в забрюшинном пространстве) в подпеченочной области оперированы 2 больных.

У 4 (44,4%) пострадавших оперативное вмешательство заключалось в мобилизации двенадцати-перстной кишки по Кохеру, обязательном освежении краев раны, наложением 2-рядных швов на дефект кишки, дренированием брюшной полости и забрюшинного пространства. У 2 больных дополнительно на линию швов применяли участок сальника на ножке. У 3 больных при сужении кишки в месте её ушивания накладывали задний гастроэнтероанастомоз.

Всем больным во время операции трансназально проводили зонд в двенадцатиперстную кишку ниже повреждения с активной аспирацией на 4-5 суток. Этим достигалась разгрузка кишечника, предупреждался сброс в двенадцатиперстную кишку тонкокишечного содержимого и сохранялся бактерицидный эффект соляной кислоты желудочного сока. Через 2 сутки через зонд начинали энтеральное питание.

После операции умерли 2 (22,2%) больных, оперированных спустя 12 часов после травмы. У 1 из них после ушивания стенки ДПК возникла несостоятельность швов, которая привела к перитониту. 1 больной умер после ушивания стенки ДПК и наложения гастроэнтероанастомоза вследствие развившейся флегмоны забрюшинного пространства и сепсиса.

Таким образом, на основании нашего опыта следует подчеркнуть трудности как дооперационной, так и интраоперационной диагностики повреждений двенадцатиперстной кишки, особенно при забрюшинных разрывах. Применение обзорной рентгенографии подпеченочного пространства для выявления газа в забрюшинной клетчатке в неясных случаях уменьшает количество диагностических ошибок. Хорошие результаты дают обычные зашивания ран кишок 2-рядным швом и оментодуоденопексия с дренированием забрюшинного пространства и обязательным проведением во время операции зонда ниже места повреждения двенадцатиперстной кишки.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА

Гафуров А.А., Мамажонов Н.М., Болтабоев Т.Т., Тошбоев Ш.О., Юлчиев К.
Андижанский государственный медицинский институт

В последние годы отмечается рост травматических повреждений различной локализации среди детей. Среди повреждений мочевыделительных органов у детей наиболее частым и тяжелым является разрыв уретры.

Под нашим наблюдением в последние 15 лет находились 18 больных в возрасте от 4 до 15 лет с травмой уретры. 12 детей поступили непосредственно после травмы, остальные 6 детей были госпитализированы к нам через 12-36 часов после оказания первой помощи в других лечебных учреждениях. Основными жалобами у всех больных были кровянистые выделения из наружного отверстия уретры и частые безрезультатные позывы к мочеиспусканию.

Диагноз установлен на основании жалоб, анамнеза и осмотра больного. Выполняли уретрографию с добавлением антибиотиков, что позволило безошибочно ставить диагноз разрыва уретры. Основной задачей явилось восстановление целостности уретры. Для этого вводили два встречных бужа, один в наружное отверстие уретры, другой через надлобко-

вый свищ, что облегчало поиск разорванных концов уретры. Отрезки уретры сшивали кетгутом циркулярно, к парауретральной гематоме устанавливали резиновый выпускник. Выведенный через надлобковый свищ катетер оставляли на 2-3 недели для формирования канала. С целью профилактики инфицирования в мочевой катетер ежедневно вводили раствор антибиотиков. У 1 больного наблюдали стриктуру уретры, повторные бужирование и консервативная терапия дали положительный результат.

Таким образом, лечение детей с посттравматическим разрывом уретры должно проводиться комплексно. Необходимо своевременное установление диагноза и оценка состояния больного с целью раннего радикального хирургического вмешательства.

К ИЗУЧЕНИЮ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ДЕТЕЙ

Гафуров А.А., Мамажонов Н.М., Болтабоев Т.Т., Бозоров Ш.Т., Сотиболдиев А.А., Тошбоев Ш.О.
Андижанский государственный медицинский институт

Закрытые травматические повреждения органов малого таза у детей сопряжены с повреждением мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, переломом костей таза. В связи с увеличением абсолютного количества автодорожных травм и детского травматизма актуальным являются изучение и разработка лечебного алгоритма при закрытых травматических повреждениях органов малого таза у детей.

Цель работы: провести анализ методов диагностики и хирургического лечения больных с закрытыми травматическими повреждениями органов малого таза.

В 2000 - 2009 гг. в отделении урологии на базе кафедры детской хирургии на лечении находились 13 детей с закрытыми повреждениями органов малого таза. У 9 (69,2%) больных наблюдался полный разрыв уретры, перелом костей таза; у 4 (30,8%) - ушиб промежности, неполный разрыв уретры; у всех пациентов (100%) - урогематома. Все пациенты поступали в экстренном порядке. При поступлении состояние всех детей было средней степени тяжести или тяжелым, посттравматический шок I-II степени. При физикальном обследовании выявлены: гематомы, ссадины наружных половых органов, нижних конечностей, при пальпации болезненность в области лонного и крестцово-подвздошного сочленения. Больные самостоятельно не мочились или была макрогематурия. Лабораторно выявлена анемия. На рентгенограмме костей таза в прямой проекции были видны линии перелома костей таза. На фоне противошоковой терапии проводилась ретроградная уретерография (на снимке видны затеки рентгеноконтрастного вещества в парауретральную клетчатку). До операции проводилась противошоковая, гемостатическая, инфузионная терапия. Операция заключалась в наложении первичного шва уретры, дренировании урогематомы, цистостомии. Дооперационных, интраоперационных осложнений не было, из послеоперационных осложнений имели место уретрит, цистит, недержание мочи, стеноз уретры. Летальных исходов не было.

Таким образом, закрытые травматические повреждения органов малого таза у детей являются показанием к экстренной госпитализации. Необходима ранняя диагностика повреждения уретры и мочевого пузыря, а при наличии урогематомы - выбор правильной тактики лечебных мероприятий, проведение противошоковой терапии и оперативного лечения в полном объеме.

К ВЫБОРУ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ

Гафуров А.А., Джумабоев Ж.У., Болтабоев Т.Т., Саипов Х.И., Сотиболдиев А.А., Тошбоев Ш.О.
Андижанский государственный медицинский институт

В связи с увеличением количества автодорожных травм и детского травматизма изучение и разработка лечебного алгоритма при закрытых травматических повреждениях органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей приобретает особую актуальность.

Цель исследования: сравнительная оценка задних и передних оперативных доступов, применяющихся при повреждениях органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей в условиях оказания экстренной медицинской помощи.

В отделении детской хирургии АФ РНЦЭМП, начиная с 2007 г., применяются два способа щадящих межмышечных оперативных доступов к почке в зависимости от повреждающего фактора: задний косо-вертикальный межмышечный оперативный доступ, используется при острых хирургических заболеваниях почек, передний межмышечный доступ - при сочетанных повреждениях органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Всего с применением этих оперативных доступов оперированы 36 детей. Из них девочек было 13 (36%), мальчиков 23 (64%). В возрасте до 3 лет было 7 (19,4%), 3-7 лет - 10 (27,7%), 7-11 лет - 10 (27,7%), 11-15 лет - 9 (25%) детей.

Передним межмышечным доступом оперированы 9 больных. У 3 (33,3%) больных выполнена операция ревизии органов брюшной полости, ушивание разрыва печени, санация и дренирование брюшной полости, ушивание разрыва паренхимы почки, нефростомия слева. Ревизия органов брюшной полости, удаление селезенки, санация и дренирование брюшной полости, и ушивание разрыва паренхимы почки, нефростомия слева произведены у 2 (22,2%) больных, ревизия брюшной полости с сохранением селезёнки, санация и дренирование брюшной полости и ушивание разрыва паренхимы почки, нефростомия - у 3 (33,3%). 1 (11%) ребенку выполнена нефроуретерэктомия.

8 больных были доставлены в отделение детской хирургии АФ РНЦЭМП после дорожно-транспортного происшествия. Установленными основными диагнозами у 3 из них был травматический разрыв печени и правой почки, у 2 - травматическое повреждение селезёнки и левой почки, перитонит и забрюшинная гематома, макрогематурия.

Таким образом, при острых хирургических заболеваниях почек применение заднего косо-вертикального щадящего оперативного доступа позволяет успешно выполнять не только паллиативные, но и радикальные хирургические вмешательства на почке и верхней трети мочеточника.

При повреждениях брюшной полости и забрюшинного пространства наиболее эффективным является передний межмышечный оперативный доступ, который обеспечивает одномоментную ревизию и выполнение необходимого хирургического вмешательства на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, нанося больному минимальную операционную травму.

ТРАВМА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Джумабаев Э.С., Аллаев М.Я., Рахимов Б.С., Косимов З.Н., Косимов К.Л.
Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Нами проанализированы результаты лечения травм печени у 26 детей, поступивших в отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП в 2004 - 2009 гг. Из них с изолированной травмой - 19, с комбинированной - 5, с сочетанной - 2.

При изолированных повреждениях подкапсульные разрывы с внутриорганной гематомой наблюдались у - 11 пострадавших, разрывы эхинококковых кист - у 5, трещины и разрывы с нарушением целостности капсулы - у 3. Из 5 пациентов с комбинированной травмой печени у 2 были разрывы правой почки, у 3 - разрыв левой доли печени и селезенки, у 1 - разрыв желудка и левой доли печени, у 1 - разрыв нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки и правой доли печени.

Из числа больных с сочетанной травмой печени диагностировано по одному случаю повреждения правого легкого и черепно-мозговой травмы.

Диагностика и лечение проводились на основе протокола хирургической тактики при закрытых повреждениях органов брюшной полости.

У детей с небольшими подкапсульными гематомами при стабильной гемодинамике, отсутствии перитонеальных явлений, с учетом данных УЗИ гемограммы, начинали консервативную терапию. У больных с тяжелой травмой, осложненной шоком, на фоне противошоковой терапии и гемотрансфузии выполняли лапаротомию. Наряду с традиционным методом лечения, в нашей клинике используется лимфатическая антибиотикотерапия с установлением интраоперационно катетер в круглую связку печени.

Эффективность данного метода оценивалась на основании улучшения общего состояния больных, показателей функции печени и снижения количества лейкоцитов в периферической крови. В послеоперационном периоде у всех пациентов рана зажила первичным натяжением, осложнений со стороны печени и других органов не наблюдалось.

Учитывая вышеизложенное, считаем, что успех лечения больных с травмой печени зависит от своевременной диагностики и правильного выбора тактики хирургического лечения.

ГИСТОРЕАНИМАЦИЯ – НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОПЕРАЦИОННОЙ ТРАВМЫ

Джумабаев Э.С., Хакимов В.А., Джумабаев С.Э.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Многие хирургические операции, несмотря на вековую историю, не лишены недостаток.

Большое значение имеет ближайший послеоперационный период, течение которого во многом определяет исход хирургического лечения и дальнейшей реабилитации больных, перенесших операции.

Как показали наши собственные экспериментальные исследования, выполненные на 86 крысах линии вистар с использованием электронной микроскопии, радионуклидных и иммуноморфологических методов, а также клинический материал, охватывающий более 1000 хирургических вмешательств на различных органах и системах, хирургические операции уже в самом раннем послеоперационном периоде сопровождаются микроциркуляторными расстройствами и избыточным содержанием отёчной жидкости, разрушением клеток и наличием микробов в интерстициальном пространстве оперированных и близлежащих органов. Они связаны, прежде всего, с операционной травмой, контаминацией микробов, пептическим воздействием соков эндокринных и паракринных желёз. В межклеточном пространстве в большом количестве накапливаются крупномолекулярный белок, продукты дисметаболизма и аутоиммунные комплексы, что нарушает местный гомеостаз и усугубляет интерстициальный отёк. При этом происходит сдавление кровеносных капилляров, а лимфатические микрососуды, в силу особенностей анатомического строения, напротив расширяются и способствуют отведению из интерстиции продуктов нарушенного метаболизма. Этим проявляется защитная реакция, создающая условия для усиления лимфопродукции и выведения клеточных ядов и других посторонних веществ с последующей их нейтрализацией в лимфатических узлах.

Однако в условиях повышенного разрушения тканей или микробного обсеменения наступает недостаточность лимфатического дренажа, связанная с изменением реологических свойств лимфы и наступлением рассеянного микролимфотромбоза. При этом развивается декомпенсация микроциркуляции, сопровождающаяся местным иммунодифицитом, что приводит к таким серьезным осложнениям как отёк анастомоза, анастомозит, недостаточность швов, инфильтраты, абсцессы и другие дистрофические и гнойно-воспалительные осложнения.

Адекватное лимфатическое дренирование оперированных тканей определяет метаболические процессы и гомеостаз региона, что имеет важное значение для исхода операции. Важно отметить, что существующие методы общей реанимации недостаточно эффективны из - за выраженных микроциркуляторных расстройств в зоне патологического процесса и операции.

На основании экспериментальных исследования и клинического материала нами разработан и успешно применяется метод региональной лимфатической стимуляции тканей (гистореанимация), который подразумевает катетерное лимфотропное введение лимфогенных средств, антибиотиков и иммуномодуляторов в близлежащие к операционной травме ткани.

Накопленный материал свидетельствует о достоверном усилении лимфатического дренажа и микроциркуляции оперированных тканей, уменьшении микробной обсеменённости и выраженном местном иммуностимулирующем эффекте. Всё это приводит к уменьшению ряда послеоперационных осложнений в 2-4 раза.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПРОНИКАЮЩИХ ТРАВМ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Джумаев Г.Д., Саатов Р.Р., Каримов З.З.

Многопрофильный медицинский центр Сурхандарьинской области, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкентская медицинская академия

Представлен десятилетний опыт хирургического лечения 362 пострадавших во время афганских событий. Все пациенты поступили в сроки 48-72 часа с момента ранения. Кровотечения различной степени отмечались у всех 362 больных. Тактика лечения определялась с учетом первичного инфицирования, ожога раневого канала различной степени, ушибов легкого и сердца. При анализе исходов лечения все раненые были разделены на три группы: 1-я - 47 пациентов, у которых применялась активная хирургическая тактика. В этой группе 32 раненым выполнена торакотомия. 2-я группа - 193 раненых, которым применили пункционный метод и последующее пассивное дренирование плевральной полости. 3-я группа - 122 пострадавших, которым в плевральную полость вводили два дренажа, через которые осуществлялось промывание с применением антибиотиков и антисептиков с последующей активной аспирацией. У больных 2-й и 3-й групп к торакотомии прибегали по абсолютным показаниям: при повреждении жизненно важных органов, продолжавшемся внутриплевральном кровотечении, обширном свернувшемся гемотораксе, обширном дефекте грудной стенки, возобновившемся кровотечении аррозивного характера. У больных этих групп операции при необходимости выполнялись после ликвидации гнойно-септических воспалительных процессов. Диагностика включала рентгенографию грудной клетки, УЗС, клинико-биохимические анализы, при необходимости - КТ, торакоцентез, торакоскопию.

В 1-й группе различные осложнения встретились в 63,8% случаев, во 2-й - в 9,2%, в 3-й - 5,7%. В 1-й группе после операции умерли 12 раненых, летальность составила 37,5%, общая летальность - 25,5%. У остальных оперированных отмечалось тяжелое течение послеоперационного периода. Во 2-й группе летальность составила 5,2%, в третьей - 2,4%.

Вывод. Легочное кровотечение при огнестрельных ранениях грудной клетки не должно быть обязательной причиной экстренной торакотомии, которая должна применяться лишь по абсолютным показаниям, целесообразнее придерживаться активно- консервативной тактики. Операции по необходимости должны быть выполнены после ликвидации гнойно-септических процессов.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ОРГАНОВ МОШОНКИ

Жумаев А.У., Рузикулов С.П., Туляков Р.П.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Травмы органов мошонки у мужчин остаются актуальной проблемой в экстренной урологии.

По данным разных авторов, закрытые травмы мошонки встречаются в 18-20% случаев.

Цель работы: оптимизация методов лечения больных с закрытыми травмами органов мошонки.

В отделение хирургии Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП за период с 2006 по 2009 гг. госпитализированы 40 больных с закрытыми травмами органов мошонки. 36 (90,0%) из них произведены оперативные вмешательства: орхоэктомия у 15 (37,5%), восстановление белочной оболочки яичка у 15 (37,5%), ликвидация гематомы у 6 (15,0%); консервативное лечение получали 4 (10%) пациента.

У 10 из 15 больных, которым произведена операция орхоэктомия, установлен разрыв белочной оболочки с повреждением яичка, у 5 случаях - размозжение яичка. У 15 пострадавших отмечался поверхностный разрыв яичка и гематома мошонки. Целостность белочной оболочки восстановлена; гематома ликвидирована с дополнением операции Винкельмана. У остальных 6 больных выполнены операция скрототомия, ревизия и декомпрессия полости мошонки. Всем больным в послеоперационном периоде назначились антибиотики широкого спектра действия, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики, перевязки раны со спиртовым компрессом. У 4 пациентов к лечению добавлено местное лечение - суспензорий с мазью Вишневского.

У 2 из 36 оперированных больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны с вторичным заживлением.

Таким образом, при закрытых травмах органов мошонки, оперативное лечение и применение комплексного лечения с местными процедурами сокращает сроки пребывания больных в стационаре и уменьшает частоту послеоперационных осложнений.

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Исхаков Б.Р., Эрметов А.Т., Рузматов А.Э., Ходжаев Х.Б.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В Наманганском филиале РНЦЭМП в 2000-2009 гг. на лечении находились 79 детей в возрасте от 4 до 14 лет с подозрением на закрытые повреждения селезенки. Мальчиков было 56 (74%), девочек - 23 (26%).

В первые часы после полученной травмы поступили 43 (54,4%) ребенка, до 3 часов - 27 (34,2%), до 6 часов и более - 9 (11,4%). При падении с высоты травму получили 29 (36,7%) детей, в дорожно-транспортном происшествии - 45 (57%), в результате удара тупым предметом - 5 (6,3%).

У 24 (30,4%) детей в связи с явными признаками внутрибрюшной катастрофы и нестабильной гемодинамикой выполнена экстренная лапаротомия. У 55 (69,6%) детей со скрытой клинической картиной травмы органов брюшной полости, с неопределённой ультразвуковой картиной и подозрением на повреждение внутренних органов произведена диагностическая лапароскопия.

У 11 (13,9%) пострадавших во время диагностической лапароскопии обнаружены повреждения селезенки, потребовавшие перехода на лапаротомию. Ушивание дефекта селезенки с тампонадой прядью большого сальника выполнено у

3 (3,8%) пострадавших, спленэктомия - у 8 (10,1%).

У 4 (5%) больных с капиллярным кровотечением гемостаз достигнут лапароскопической биполярной диатермокоагуляцией. У 34 (43%) больных с внутрибрюшным кровотечением до 300 мл выявлены надрывы капсулы и поверхностные разрывы селезёнки глубиной до 0,5 см, фиксированными сгустками крови без продолжающегося кровотечения.

У 11 (13,9%) больных отмечалась гематома брыжейки тонкой кишки, забрюшинная гематома с сохранением целостности брюшины. У 6 (7,6%) пострадавших повреждения органов брюшной полости не выявлены. У 55 (69,6%) больных диагностическая лапароскопия позволила избежать лапаротомии, т.е. мы ограничились лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости.

Таким образом, видеолапароскопия при закрытой травме селезенки у детей позволяет повысить качество диагностики, уменьшить количество напрасных лапаротомий и послеоперационных осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Йулдошев Г., Душамов М.Р., Рахимов И.Р., Тожиев С.А., Собиров А.Р.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Хирургическая тактика при ранениях толстой кишки (ТК) остается одной из нерешенн?х проблем ургентной хирургии (Jacobson L.E. et al., 1997; Clarke D.L. et al., 1999). В общей структуре абдоминальных травм повреждения ТК, по данным С.В. Лохвицкого (1992), занимают 3-4 место и составляют 4-17%. Анатомо-физиологические особенности предопределяют преимущественно сочетанный характер ее повреждения, на долю которых приходится 75% от общего числа всех наблюдений (Дарвин В.В., 1990; Черкасов М.Ф. и др., 2005). Частота летальных исходов при изолированных повреждениях ТК достигает 2-14% (Шеянов С.Д., 2000; Conrad W., 2000), множественных повреждениях - 25,3-41,2% (Брюсов П.Г., 2002; Carlin A., 2002), а на фоне сочетанной травмы-39,5-51,8% (Цыбуляк Г.Н., 1992; Buchert A., 1997).

В 1991 - 2009 гг. в Хорезмском филиале РНЦЭМП 301 пострадавший находился на лечении с ранениями живота (259) и поясничной области (42). Повреждение толстой кишки выявлено у 23 (7,6 %), при ранениях живота изолированная травма толстой кишки обнаружена у 14 (60.8%) потерпевших, сочетанное ранение тонкой и толстой кишки - у 6 (26.2%). При локализации ранения в поясничной области повреждение толстой кишки выявлено у 3 (73.9%) пациентов. 17 (73,9%) пострадавших были доставлены в стационар в первые 6 часов после ранения. Преобладали мужчины молодого возраста (средний возраст 34,6+12,3 года). Ранения носили преимущественно криминогенный характер. При подозрении на проникающий характер ранения поясничной области выполнялась диагностическая лапароскопия. Выявление забрюшинных гематом, локализующихся в проекции восходящей и/или нисходящего отдела ободочной кишки, при лапароскопии являлось показанием к лапаротомии с ревизией органов брюшной полости.

Хирургическая тактика носила индивидуализированный характер. Во время операции учитывалось: а) время, прошедшее с момента травмы; б) состояние брюшины (степень и распространенность перитонита); в) градация раневого дефекта и обширность повреждения толстой кишки. При небольших дефектах (до 1/3 окружности), местном перитоните в первые часы с момента травмы производили ушивание раны двухрядными швами (14 б-х). При дефектах более 1/3 окружности толстой кишки травмиро-ванный сегмент располагали экстраперитонеально (6 б-х). При дефектах более 1/2 окружности толстой кишки производилась резекция по типу Гартмана (3 больных). Оперативное пособие завершалось санацией и дренированием брюшной полости. В послеоперационном периоде проводилось комплексное лечение, направленное на нормализацию гемодинамических показателей, профилактику гнойно-септических осложнений, острых язв и эрозий пищеварительного тракта. Благоприятный исход достигнут у 89% пациентов.

РОЛЬ ЛАПАРОЦЕНТЕЗА И ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА

Кадиров З.Л., Махмудов Н.И., Ахраров Б.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Ранняя диагностика закрытых травм живота и правильный выбор хирургической тактики при них остается актуальной проблемой. По данным разных авторов повреждения живота составляют, от 1 до 20%. Послеоперационная летальность при них колеблется от 5,1 до 64% (Стручков В.И. и др.). Закрытые повреждения органов брюшной полости часто сочетаются с повреждениями опорно-двигательного аппарата, органов грудной полости, черепно-мозговой травмой, повреждениями позвоночника и таза. В связи с этим классические симптомы острого живота нередко стёрты в результате сочетанных повреждений, шока, частого введения пострадавшим наркотиков на госпитальном этапе, алкогольного опьянения. Следствием чего являются запоздалая диагностика повреждений живота или эти повреждения вообще не диагностируются. Кроме того, при экстраабдоминальных повреждениях бывает явная картина острого живота, так называемый псевдоабдоминальный синдром. Он отмечается при забрюшинной гематоме, переломах нижних рёбер ,нижних грудных и первых поясничных позвонков, переломах костей таза. Такая картина живота часто вынуждает хирургов прибегать к напрасной лапаротомии , при которой не обнаруживаются повреждения органов брюшной полости. Выполненная таким образом эксплоративная лапаротомия в значительной степени усугубляет их общее состояние и способствует зачастую летальному исходу.

Следовательно, ранняя диагностика закрытых повреждений органов брюшной полости на основании клинических признаков значительно затруднена, что приводит к увеличению летальности. Последняя, по данным разных авторов (Скрипниченко Д.Ф., Иванов В.А., Петров В.И., Мариев А.И., Шапошников Ю.Г.и др.) составляет 10 - 57,5%. Кроме того, при тяжёлой сочетанной травме живота информативность данных УЗИ несколько снижается, о чём свидетельствуют данные исследований проведенных в условиях РНЦЭМП (Алтыев Б.К.и др.).

В отделении абдоминальной хирургии ФФРНЦЭМП в 2007-2009 гг. на лечении находились 124 больных с закрытой травмой живота. Для ранней диагностики применяли лапароцентез и лапароскопию. Исследование начинали с лапароцентеза. Если лапароцентез давал отрицательные ре-

зультаты при проверке шарящим катетером и диагностические сомнения не разрешались, то производили лапароскопию. По нашим данным, диагностическая достоверность лапароцентеза составила 87%, лапароскопии - 98%. Умерли - 7 пострадавших послеоперационная летальность составила 5,6%. Использование этих методов позволило снизить летальность с 24 до 5,6%. Особенно лапароцентез в диагностике поздних осложнений закрытой травмы живота. Это связано с тем, что течение повреждения некоторых органов живота (субсерозные и субмукозные гематомы кишечника , кровоизлияния в брыжейку, субкапсулярные гематомы печени или селезёнки, забрюшинные повреждения двенадцатиперстной кишки) носят особый характер. В первые дни после травмы явные клинические признаки катастрофы в брюшной полости могут отсутствовать. Даже применение лапароцентеза и лапароскопии в ближайшие часы после травмы не даёт положительных результатов. После проведенного лапароцентеза при отрицательном результате мы оставляем контрольную трубку в брюшной полости на несколько дней для динамического наблюдения.

Ценность лапароцентеза неоценима в условиях субфилиалов, где нет лапароскопической стойки. Лапароцентез и лапароскопия у тяжелобольных с псевдоабдоминальным синдромом позволяет избежать ненужной лапаротомии , которая , несомненно влияет на исход и увеличивает летальность.

Таким образом лапароцентез и лапароскопия являются ценными и безопасными методами диагностики повреждений органов брюшной полости при закрытой травме живота. Лапароцентез в условиях субфилиалов является неоценимым методом ранней диагностики закрытых травм живота (в условиях отсутствия лапароскопической стойки).

Повторные лапароцентез и лапароскопия позволяют избежать у некоторых больных напрасной лапаротомии и релапаротомии, усугубляющих общее состояние больных с закрытыми травмами живота.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ ПРИ ТУПЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА

Кадыров З.Л., Махмудов Н.И., Ахраров Б.М.
Ферганский филиал РНЦЭМ

Диагностика закрытых повреждений живота представляет большие трудности, оставаясь одной из наиболее сложных и до конца не решенных проблем абдоминальной хирургии. Диагностические трудности значительно возрастают, когда травма живота сочетается с черепно-мозговой травмой, повреждениями опорно-двигательного аппарата, а также у больных, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. При этом у 20-30% больных возможны диагностические ошибки. Позднее распознавание повреждений является одной из основных причин высокой летальности, которая колеблется от 10 до 56%.

В 2005-2009 гг. в нашей клинике под наблюдением находились 118 больных в возрасте от 15 до 79 лет с диагнозом тупая травма живота, из них мужчин было 86 (72,9%), женщин – 32 (27,1%). В состоянии алкогольного опьянения поступили 45 (38,1%) больных.

Изолированные повреждения диагностированы у 19 (16,1%) больных , у 45 больных травмы ограничились ушибом передней брюшной стенки. У 54 (45,7%) пострадавших повреждение внутренних органов брюшной полости сочетались с черепно-мозговыми травмами, повреждениями опорно-двигательного аппарата и органов грудной клетки. У 14 (11,9%) больных отмечалось повреждение 2 и более органов брюшной полости. 40,6% пациентов оперированы в первые 2 часа после поступления, послеоперационная летальность составила 12,7%.

Диагностика тупых травм живота основана на клинической картине, оценке характера травмы и данных инструментальных исследований. Не всегда удавалось найти характерные признаки, подтверждающие наличие разрыва внутренних органов.

Рентгеноскопическое исследование произведено 43 (36,4%), и лишь у 3 больных с наличием повреждения полого органа обнаружен такой важный рентгенологический признак, как наличие пневмоперитонеума. У остальных на рентгеноскопии со стороны органов брюшной полости патологии не выявлено.

Ультразвуковое обследование производилось всем больным, поступившим с тупыми травмами. Лишь у 23 больных удалось выявить наличие свободной жидкости или нарушение целостности поврежденного органа.

Цистоскопия проводилась у 7 больных, у 2 из них обнаружен разрыв мочевого пузыря.

Лапароцентез произведен 12 (10,1%), больным, у 5 из них выявлено наличие крови и кишечного содержимого, после чего произведена лапаротомия. У 2 пациентов повреждений внутренних органов не обнаружено.

Диагностическая лапароскопия произведена 24 (20,3%) больным. У 14 (11,9%) из них диагностированы повреждения внутренних органов, потребовавшие лапаротомию. У 10 пациентов с политравмой лапароскопия позволила избежать напрасной лапаротомии. У 14 пострадавших при лапароскопии обнаружено внутрибрюшное кровотечение, у 6 из них удалось установить топический диагноз разрыва печени (3), разрыва селезенки (4), разрыва мочевого пузыря (1). У 3 больных обнаружено наличие кишечного содержимого, что дало основание заподозрить наличие повреждения кишечника. Эндоскопический диагноз подтвердился при последующей лапаротомии. Осложнений во время лапароцентеза и лапароскопии не наблюдалось.

Таким образом, диагностика тупых травм живота, несмотря на применение современных методов исследования, остается сложной задачей, что в значительной степени определяет неудовлетворительные результаты лечения.

В комплексной диагностике закрытых травм живота нужно шире использовать лапароцентез и лапароскопию.

Использование лапароскопии позволяет сократить время дооперационного обследования, уменьшить число диагностических ошибок и показатели послеоперационной летальности.

РЕДКИЕ ФОРМЫ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

Каримов З.Д., Касымова Д.М., Абдикулов Б.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Травмы половых органов наблюдаются у 0,2-0,5% больных гинекологического профиля, находящихся на лечении в стационаре. В настоящее время в клинической практике используется классификация повреждений полового аппарата женщин, предложенная И.Л.Брауде (1959). Частота травм наружных и внутренних половых органов в отделении гинекологии РНЦЭМП в среднем наблюдается в 0,2% из числа всех поступающих в стационар. За истекшие 5 лет структура патологии мало чем отличалась от той, что приводится в современной литературе. Вместе с тем, мы наблюдали 5 клинических эпизодов, весьма редко встречающихся в практике. Так, в 2006 г. была доставлена женщина, сбитая автомобилем при доношенной беременности. Характер травмы: травматический отрыв правой голени, тяжелый перелом таза с нарушением тазового кольца, диастаз перелома лонных костей достигал 20 см; разрыв мочевого пузыря; тяжелая контузия беременной матки с внутриутробной гибелью плода и атонией матки; черепно-мозговая травма. Объем вмешательства: открытый остеосинтез правой голени, микрохирургическое восстановление прерванных структур, открытый остеосинтез тазовых костей; восстановление целостности мочевого пузыря, кесарево сечение с извлечением мертвого плода массой 3450,0 г с последующей ампутацией матки из-за полной её атонии. Объем общей кровопотери составил 3500,0 мл. Через 2 суток после операции пришлось ампутировать правую голень из-за неадекватного кровотока и развития контрактуры. В последующем медленное выздоровление без дополнительных осложнений.

Второй эпизод был связан с введением во влагалище инородного тела (большой толстостенный граненый стакан), который находился во влагалище в течение 2 месяцев у психически больной молодой женщины. В результате пролежней возникли большие дефекты между мочевым пузырем, прямой кишкой и влагалищем, буллезный цистит и парапроктит. Из-за резкого отека вульвы инородное тело удалось извлечь из влагалища только после его предварительного осторожного дробления и вымывания остатков стекла. В дальнейшем после 6-месячного консервативного лечения проведена операция по восстановлению дефектов мочевого пузыря и ампулы прямой кишки в нашем отделении. Предварительную сигмостому не использовали. Результат - полное излечение.

Третий эпизод был связан с падением женщины, находящейся в послеродовом периоде (7 сут.), на трубу диаметром 10 см. Произошел полный отрыв матки от сводов влагалища, повреждение везикоуретрального отдела мочевого пузыря. Матка размером до 11 нед. беременности при поступлении почти свободно находилась в средних отделах брюшной полости. Больная в экстренном порядке была оперирована. Произведено восстановление поврежденных структур, циркулярное ушивание сводов влагалища. В последующем постепенное выздоровление без осложнений.

Анализ этих эпизодов показывает абсолютную целесообразность лечения больных с разнообразными тяжелыми формами травматических повреждений в одном и том же учреждении. Без мгновенной квалифицированной многопрофильной курации в РНЦЭМП судьба этих больных могла бы быть иной.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Касымова Д.М., Абдикулов Б.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Травматические повреждения половых органов у женщин нередко требуют экстренной медицинской помощи. Травмы половых органов, возникающие после ушиба, операции, аборта или полового сношения, наблюдаются у 0,2-0,5% больных гинекологического профиля. С 2001 г. при данной патологии нами предложены клинические алгоритмы, этапы дифференциальной диагностики, которые помогают избежать врачебных ошибок на всех этапах госпитального ведения, экономить драгоценное время и принять единственно правильное решение по сохранению здоровья и спасению жизни пациенток (Каримов З.Д., Касымова Д.М., 2005).

Травматические повреждения половых органов отмечались у 0,2% больных, поступивших в отделение неотложной гинекологии РНЦЭМП. Возраст женщин колебался от 12 до 42 лет. У 81,2% из них имел место разрыв стенок влагалища, клитора, у 18,8% - повреждение внутренних полых органов. У 67,1% имелась бытовая травма, у 32,9% - ятрогенное повреждение. Обследование и лечение проводилось на основе принятых стандартов: сбор жалоб и анамнеза, измерение пульса и АД, оценка степени шокового состояния, осмотр наружных половых органов на гинекологическом кресле (операционном столе), осмотр стенок, сводов влагалища, шейки матки в зеркалах, двуручное влагалищное исследование, пальцевое ректальное исследование, катетеризация мочевого пузыря с оценкой оттекающей мочи. У малолетних эти манипуляции выполняли под общим медикаментозным обезболиванием.

При травматическом, геморрагическом шоке любой степени - транспортировка в операционную, катетеризация центральной вены, противошоковая терапия. На этом фоне дальнейшее обследование для уточнения диагноза, УЗИ органов малого таза и брюшной полости, по показаниям рентгенография костей таза, брюшной полости, общий анализ крови и мочи, при подозрении на повреждение внутренних органов - лапароскопия.

Лечение ссадин, кровоподтеков малых гематом наружных половых органов - консервативное. Объем оперативного вмешательства зависит от характера повреждения органов и тканей. Объем оперативного лечения больших гематом наружных половых органов - вскрытие, опорожнение, ушивание ложа гематомы. При наличии жидкости в брюшной полости (перкуссия, УЗИ) - показана диагностическая лапароскопия. В обязательном порядке вводится по схеме противостолбнячный анатоксин, проводится комбинированная антибактериальная терапия - цефалоспорины (цефазолин, цефтриаксон) в сочетании с метронидазолом в течение 3-5 дней. У малолетних все манипуляции проводятся на фоне общего обезболивания. Летальных случаев мы не отмечали. Гнойно-септических осложнений не было.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ АЛГОРИТМЫ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Ким К.А., Холматов Х.Х., Эшонова А.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Инородные тела дыхательных путей – наиболее часто встречающаяся патология детского возраста. Частота случаев аспирации инородных тел у детей - 80-97%. Возраст 60-93% детей <5 лет. Инородные тела гортани - встречаются в 13%, трахеи - в 22%, бронхов - в 65%. Инородное тело чаще попадает в правый бронх (57-67%). Преобладают инородные тела растительного происхождения - кожура семечек и земляного ореха , курурузные зерна, скорлупа грецкого ореха (70-80%).

На базе ФФРНЦЭМ в отделении экстренной педиатрии на протяжении года мы совместно с узкими специалистами наблюдали 16 детей с данной патологией.

Инородные тела дыхательных путей влекут за собой повреждение слизистой оболочки (реже более глубоких слоёв стенки органа), отёк, инфицирование. При длительном пребывании инородного тела образуются пролежни.

Инородные тела гортани характеризуются острым началом, инспираторной одышкой, выраженным стридорозным дыханием, цианозом , приступообразным коклюшеподобным кашлем. При инородных телах, имеющих острые края или грани, часто возникают кровохарканье и кровотечения.

При инородных телах трахеи наблюдается острое начало с длительным лающим кашлем, переходящим в рвоту; стридорозное дыхание; иногда тупая боль за грудиной; характерен симптом хлопанья, возникающий вследствие резкого смещения инородного тела.

При инородных телах бронхов период острых респираторных нарушений (прохождение инородного тела через верхние дыхательные пути) обычно непродолжителен. Острый приступ кашля, цианоза, удушья Период скрытого течения (фиксация инородного тела в периферическом бронхе). Длительность нахождения инородного тела - от нескольких часов до 10 сут. Период осложнений: ранние осложнения: кровотечения, ателектазы, острая пневмония, бактериальная деструкция лёгких, прогрессирующая эмфизема средостения, пиопневмоторакс . Поздние осложнения: бронхостенозы, бронхоэктазы. Инородные тела бифуркации трахеи следует дифференцировать с перемежающимся ателектазом лёгких.

Специальные исследования: обзорная рентгенография грудной клетки - выявление рентгеноконтрастных инородных тел, а также ателектазов, эмфиземы .Прямая ларингоскопия, трахеоскопия, бронхоскопия имеют решающее значение в диагностике выявления инородных тел в соответствующих отделах дыхательных путей.

При инородных телах гортани показано удаление инородного тела с помощью прямой ларингоскопии, а при невозможности её проведения оправдана трахеотомия. При инородных телах трахеи рекомендовано их удаление при проведении трахеоскопии. В критических ситуациях необходимо перевернуть ребёнка вниз головой и потрясти. При инородных телах бронхов следует удалить инородное тело при проведении бронхоскопии. Своевременная и адекватная работа медицинского персонала при данной патологии в тактике экстренной помощи при инородных телах в дыхательных путях способна свести к минимому риск осложнении.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ДИАФРАГМЫ У ДЕТЕЙ

Косимов З.Н., Рахимов Б.С., Аллаев М.Я., Аккузиев И.К., Халилов Ш.К.
Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Закрытые повреждения диафрагмы являются следствием тяжелой травмы. У детей встречаются сравнительно редко. Механизм разрыва диафрагмы (РД) связан с внезапным и резким повышением внутрибрюшного давления. В результате перемещения органов брюшной полости в грудную развивается картина острой травматической диафрагмальной грыжи. РД обычно является одним из компонентов комбинированной или сочетанной травмы.

Нами проанализированы результаты лечения 4 пострадавших РД за 10 лет, поступивших в детское хирургическое отделение Андижанского филиала РНЦЭМП.

Возраст детей от 7 до 14 лет. Мальчиков было 3, девочек - 1.

У всех детей были комбинированные и сочетанные травмы. Все РД распознаны позже первых суток после травмы в связи с развитием острой дыхательной недостаточности.

Всем больным диагноз был установлен после контрастного исследования желудка. Все повреждения локализовались в левой половине диафрагмы. У 2 детей повреждения локализовались в сухожильном центре диафрагмы. В грудную полость переместились петля тонкого кишечника и желудок. У 1 больного был поврежден передний край диафрагмы. В грудную полость были перемещены желудок, тонкая, толстая кишка и селезенка. У 1 больного был полный отрыв заднего, бокового и часть переднего края диафрагмы до перикарда и разрыв дна желудка. В грудную полость переместились печень, селезенка, желудок и петля тонкой кишки. У 2 пострадавших РД сочетался с тяжелой черепно-мозговой травмой, ушибом и гематомой головного мозга. 1 больному произведена торакотомия, 3- тораколапаротомия из-за трудности вправления органов в брюшную полость. Всем больным выполнены операции пластики диафрагмы и торакодиафрагмопластики с последующим дренированием грудной и брюшной полостей.

3 больных выписаны с выздоровлением. Одному из них дополнительно произведена трепанация черепа с удалением эпидуральной гематомы. 1 больной умер от тяжелой черепно-мозговой травмы на пятые сутки после травмы.

Таким образом, тактика при РД зависит от операционной находки. В первую очередь действия должны быть направлены на остановку кровотечения, ушивание дефекта полых органов и в последнюю очередь- на пластику диафрагмы.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Лаптев В.В., Цкаев А.Ю., Хоконов М.А.
Кафедра госпитальной хирургии №1 ГОУ ВПО РГМУ Россздрава, Москва

Цель: анализ результатов лечения больных с интраоперационными повреждениями внепеченочных желчевыводящих путей.

Материалы и методы. За период с 1998 по 2009 гг. мы располагаем опытом лечения 13 пациентов с ятрогенными повреждениями протоков после плановых традиционных (440) операций и лапароскопических (6500) холецистэктомий. Возраст больных колебался от 30 до 72 лет, женщин - 8, мужчин - 5.

В 1 (0,2%) случае повреждение отмечено во время традиционной, в остальных случаях – после лапароскопической холецистэктомии (0,2%).

Результаты и обсуждение. В 4 случаях выявлено краевое ранение общего желчного протока (1 из них при традиционной холецистэктомии), в 1 - краевое ранение добавочного желчного протока, в 1 - клипирование общего печеночного протока вместе с пузырным на весь просвет, в 1 - частичное клипирование общего печеночного протока с пересечением, в 1 - частичное клипирование общего печеночного протока, в 1 - полное пересечение общего печеночного протока с клипированием, в 1 - клипирование правого печеночного протока вместе с пузырной артерией, в 1 - недостаточность культи пузырного протока, в 1 -термический ожог культи пузырного протока с образованием перфоративного отверстия, в 1 - иссечение фрагмента общего печеночного протока.

К причинам повреждения протоков следует отнести плохую визуализацию, рубцово-спаечный процесс и инфильтрат в подпеченочном пространстве, аномальное расположение артерий, внезапно возникшее кровотечение, избыточная электрокоагуляция. Основная часть осложнений относится к начальному периоду освоения техники лапароскопической операции.

У 4 больных повреждение выявлено во время операции, выполнена конверсия. С помощью интраоперационной холангиографии краевые ранения протока обнаруженыу2 пациентов.

Клинические проявления у остальных пациентов сопровождались болями в правой половине живота, лихорадкой, интоксикацией, а также желчеистечением по установленному дренажу или развитием механической желтухи в сроки от 1 до 13 суток. У 3 пациентов эти симптомы сочетались.

Диагностика травмы желчных протоков в послеоперационном периоде представляет сложную задачу. УЗИ у всех больных позволяло обнаружить признаки билиарной гипертензии, наличие затеков, выпот в брюшной полости, поддиафрагмальном или подпеченочном пространстве. С помощью РПХГ возможно определить место и характер повреждения. Релапароскопия (4 больных) позволяет своевременно установить повреждения желчных протоков. Выбор метода диагностики зависел от клинических проявлений повреждения.

Во всех случаях в послеоперационном периоде выполнено традиционное хирургическое вмешательство. Произведены следующие операции: 6 больным произведено ушивание ранения общего желчного протока на дренаже Кера (диаметр протока более 0,5 см), 1 - наружное дренирование добавочного протока, 4 - наложение гепатикоентероанастомоза по Ру, 1 -бигепатикоентероанастомоз, 1 - дополнительное клипирование культи пузырного протока.

Послеоперационная летальность составила 7,7 % (1больной). Причина смерти - несостоятельность швов анастомоза и перитонит. В 1 случае наблюдалась частичная несостоятельность швов гепатикоентероанастомоза с проведением повторной операции.

Заключение. Ятрогенные повреждения желчевыводящих протоков весьма вариабельны и чаще возникают на уровне общего печеночного протока после лапароскопической холецистэктомии. Для топической диагностики повреждений протока в послеоперационном периоде следует широко применять УЗИ и РПХГ. Выбор метода хирургической коррекции зависит от уровня, протяженности, вида и сроков повреждения.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКОВ

Мадаминов А.С., Болтаев Д.Э., Оллакулиев Б.Р.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Изолированные повреждения мочеточника встречаются крайне редко. Чаще всего повреждения мочеточника наблюдаются при тяжелых сочетанных травмах или случайных повреждений их во время оперативных вмешательствах на органах брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства и эндоскопических манипуляциях.

Различают следующие виды повреждений мочеточника: ушиб, неполный разрыв, полный разрыв.

Целью работы явилась оценка характера травм мочеточника и результатов лечения с повреждением мочеточника.

В 2000-2009 гг. в Хорезмском филиале РНЦЭМП по поводу повреждений мочеточника на лечении находились 13 больных, из них 6 (46,1%) - с перевязкой одного мочеточника, 3 (23,1%) - с двусторонней перевязкой мочеточника, 2 (15,4%) - с неполным разрывом мочеточника, 2 (15.4%) больных с полным разрывом мочеточника.

У 6 (46,1%) пациенток мочеточник был поврежден во время операции ампутации и экстирпации матки по поводу атонического маточного кровотечения после родов, у 4 (30,8%) - во время экстирпации матки по поводу миомы матки; у 3 (23,1%) больных повреждение мочеточника сочеталось с разрывом мочевого пузыря при сочетанных травмах с переломом костей таза.

С приступами почечной колики в первые сутки обратились 6 (46,1%) больных после операции.

Поводом к госпитализации в наш центр у 4 (30,8%) явилась анурия спустя 1-3 суток после операции. 3 (23,1%) больных обратились к нам по поводу мочевого свища из послеоперационной раны и из влагалища спустя 7 суток после операции, причиной которого явился полный разрыв мочеточников.

С целью установления уровня повреждения или перевязки мочеточника больным выполнено ретроградное контрастное обследование путем катетеризации мочеточника.

3 (23,1%) больным произведена операция по снятию швов из перевязанного мочеточника на уровне нижней трети с установлением уретеростомы. 5 (38,5%) пациенткам установлена перкутанная нефростомия, в дальнейшем 2 из них отправлены в РСЦУ для произведения пластической операции уретероцистонеоанастомоза с положительным результатом. 2 (15,4%) больным выполнена нефростомия традиционным способом.

3 (23,1%) больным с гнойно-септическими осложнениями со стороны мочевых путей и мочевыми свищами произведена нефрэктомия.

Выводы. 1.Повреждения мочеточника часто (76,9%) носят ятрогенный характер. 2. Положительного результата при повреждении мочеточника можно добиться при своевременном установлении диагноза и оказании квалифицированной экстренной помощи. 3. Причины вынужденно выполненной при повреждениях мочеточников нефрэктомии - гнойно-септические осложнения и др.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК

Мадаминов А.С., Оллокулиев Б.Р., Исмаилов К.Р.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Диагностика и лечение повреждений почек - закрытой и открытой травмы почек, как изолированной, так и сочетанной с повреждениями других органов остается актуальной проблемой экстренной медицинской помощи.

Целью работы является изучение результатов лечения 67 больных с повреждениями почек, находившихся в 2000 - 2009 гг. на лечении в Хорезмском филиале РНЦЭМП.

У13 (19,4%) больных были ушиби почки, у 22 (32,8%) - субкапсулярная гематома у 32 (47,7%) - разрыв почки.

Основным признакам повреждения почки служит триада симптомов: боли в поясничной области, ее припухлость и гематурия.

У 54 (80,6%) больных отмечалась гематурия, из них у 6 (11,1%) - поздняя гематурия.

У 43 (64,2%) больных отмечались изолированные повреждения почек; у 13 (19,4%) - с разрывом внутренних органов (селезенки и печени, кишечника и др.), у 11 (16,4%) - с переломами ребер.

22 (32,8%) больных получали консервативное лечение, которое назначало в тех случаях, когда нет профузной гематурии, симптомов внутреннего кровотечения, признаков нарастающей околопочечной гематомы и мочевой инфильтрации, отличается умеренная и кратковременная гематурия, скоропроходящие боли, нормальные показатели артериального давления, эритроцитов и гемоглобина, отсутствие азотемии, а также значительных деструктивных изменений в чашечно-лоханочной системе по данным экскреторной урографии при удовлетворительном общем состоянии больного.

17 (25,3%) больных придерживались консервативно - выжидательной тактики. 46 (68,6%) больным проведено оперативное лечение: 12 (26,1%) нефрэктомия, 34 (73,1%) операция ушивания разрыва почки с дренированием. Основным показанием к экстренной операции с повреждением почек служило угрожающее жизни кровотечение (анемия, падение пульса и артериального давления, нарастающая припухлость в поясничной области). В экстренном порядке подлежали операции также все больные, у которых имелось сочетанное повреждение почек и органов брюшной полости или при подозрение на таковое.

У 64 (95,5%) больных с повреждением почек наступило полное выздоровление. Больные находились в стационаре от 7 до 14 (в среднем 10,5) дней.

Летальный исход наступил у 4 (4.5%) больных вследствие тяжести сопутствующих повреждений, а не травмы почек.

Выводы. 1. Определяющей в тактике лечения является разработка лечебно-диагностических стандартов.

2.Своевременное оказание экстренной помощи основополагающий фактор выполнения органосохраняющей операции при травме почек.

3.Наиболее частыми операциями при повреждений почек в наших наблюдениях является ушивание разрыва органа.

4.Высокая летальность с повреждениями почек является следствием тяжести сопутствующих повреждений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ УРЕТРЫ

Мадаминов А.С., Абдурахманов О.М., Абдиримов Р.Р.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Лечение повреждений уретры остается актуальным вопросом экстренной урологии. Своевременно оказываемая квалифицированная первичная помощь играет определяющую роль в дальнейшем течении заболевания и профилактике инвалидности у больних.

Наиболее частой причиной тяжелых видов травм уретры в мирное время являются автотравмы и падение на область промежности.

Точное и быстрое распознавание характера повреждений уретры место определяет тактику лечения.

Целью работы является изучение результатов лечения больных с повреждением уретры.

Из множества известных методов лечения травмы уретры самым физиологичным благодаря наименьшему количеству осложнений, в практике экстренной медицине считается наложение первичных швов "конец в конец" в течение первых часов после получения травмы.

В 2000-2009 гг. в урологическом отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП на лечении находились 67 больных с повреждением мочеиспускательного канала, из них 34 (50,9%) больных поступили в стационар в течение 1 часа после травмы, 18 (26,8%) - до 3 часов после травмы , 15(22,3%) - спустя 6 часов получения травмы.

Больным с изолированным повреждением травмы произведена восходящая уретрография; больным с повреждением уретры в сочетании с травмами тазовых костей выполнена обзорная рентгенография малого таза , УЗС органов брюшной полости, восходящая уретрография.

У 16 (23,8 %) больных с неполным разрывом уретры установлен постоянный уретральный катетер. 19 (28,3%) больным с изолированной травмой уретры с целью отведения мочи установлена троакарная цистостомия. 15 (22,3%) больным, которые поступили в стационар до 2 часов после получения травмы, произведена операция эпицистостомия с наложением первичных швов уретры, из них 12 - с изолированной травмой уретры, 3 - с разрывом перепончатого отдела уретры и сочетанной травмой тазовых костей. 17 (25,3%) больным с сочетанной травмой - разрывом уретры и переломом тазовых костей осуществлены эпицистостомия, дренирование таза, из них у 3 больных дренирование таза по Буяльскому.

У 13 (19,4%) из этих больных отмечалась посттравматическая стриктура уретры, из ух 7 выполнено бужирование уретры, 6 больных направлены в Специализираванный центр урологии.

Вывод. Исход лечения повреждений уретры зависит от сроков поступления больных в лечебное учреждение после получения травмы и ее тяжести, а также от своевременной диагностики и оказанной экстренной помощи.

БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИЗОЛИРОВАННЫХ ТРАВМ ЖИВОТА

Махамадаминов А.Г., Янгиев Р.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Несмотря на усовершенствование техники оперативных вмешательств, методов общей анестезии и наличие разнообразных профилактических комплексов, осложнения возникающих со стороны респираторной системы после операций на органах брюшной полости при открытой и закрытой травме живота остаются актуальной проблемой.

Нами изучена частота бронхолегочных осложнений (БЛО) у больных с изолированными травмами живота до и после различных методов хирургической коррекции.

Проанализированы данные 102 больных с изолированными открытыми и закрытыми травмами живота, находившихся на лечении в РНЦЭМП в 2003-2006 гг. Мужчин было 68, женщин - 34, средний возраст - 48,6 года.

Все больные были разделены на 3 группы. Традиционная лапаротомия (ТО) проведена у 48 больных, лапароскопические операции (ЛО) - у 38, сочетанные вмешательства (ЛО+-ТО) - у 26. У больных 3-й группы операция начиналась с ЛО, которая в дальнейшем заканчивалась конверсией в ТО. Всем больным оперативные вмешательства были выполнены по экстренным показаниям.

Результаты исследований показали, что БЛО наблюдались у 24,3% больных 1-й и у 22,5% - 3-й группы, что было 2 раза больше, чем у пациентов 2-й группы - 11,3%. Это можно объяснить тем обстоятельством, что после ТО происходит рефлекторное ограничение глубокого дыхания и кашля из-за пересечения больших мышечно-апоневротических слоев и соответственно болью в области проведения операции.

При ЛО же наблюдается диафрагмальная дисфункция, возникающая в связи с рефлекторным подавлением экскурсии диафрагмы через стимуляцию механорецепторов висцеральных нервов в результате остаточного CO_2 в брюшной полости, а также снижение вентиляции базальных отделов легких из-за интраоперационного наложения напряженного пневмоперитонеума.

Однако необходимо отметить, что отрицательные факторы, вызываемые ТО, носят более травматичный и продолжительный характер, чем при ЛО. Более выраженный болевой синдром у больных, перенесших ТО, продолжает угнетающе действовать на состояние легочной вентиляции и в послеоперационном периоде. При ЛО же максимальному стрессу система легочной вентиляции подвергается больше во время самой операции. В послеоперационном периоде действие отрицательных факторов ослабевает. Поэтому бронхиальная проходимость у больных, перенесших ЛО, в послеоперационном периоде восстанавливается быстрее, чем у больных после ТО. Скорее всего, это обстоятельство обусловлено большими возможностями компенсаторных механизмов функций дыхания в целом у больных после ЛО.

Кроме того, немаловажным фактором у больных, перенесших ЛО+ТО, и ТО служила достаточно большая продолжительность операции и анестезии. В этом отношении ЛО выгодно отличалась от них малоинвазивностью и минимальной продолжительностью вмешательства и анестезии.

Таким образом, БЛО являются одними из частых осложнений после различных оперативных вмешательств у больных с изолированными травмами живота. Частота и характер БЛО зависит от вида, травматичности и продолжительности оперативного вмешательства. Углубленное изучение функционального состояния аппарата дыхания в до- и послеоперационном периодах представляется актуальной задачей практической хирургии изолированных травм живота. Оно позволить определить некоторые патогенетические механизмы нарушения функции аппарата дыхания, разработать лечебно-профилактические мероприятия для снижения частоты БЛО, соответственно улучшить прогноз хирургического лечения больных.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Мукимов Ф.Х.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Ранение магистральных вен брюшной полости является травмой, к оказанию помощи при которой абдоминальный хирург не всегда готов, что отрицательно сказывается на исходе лечения.

Цель исследования - на материале ФФРНЦЭМП проанализировать частоту встречаемости и результаты оказания помощи при ранениях магистральных вен брюшной полости.

За период с 2000 по 2010 гг. в ФФРНЦЭМП были госпитализированы 38 больных с этим видом травм брюшной полости, мужчин было 29 (76,3%), женщин - 9 (23,7%). Средний возраст пострадавших 31 года.

Колото-резаные раны отмечались у 29 (76,3%) больных, тупая травма - у 4 (10,5%), огнестрельная - у 2 (5,3%), ятрогенные ранения - у 3 (7,9%).

30 пострадавших были доставлены в центр с нестабильной гемодинамикой.

Нижняя полая вена была повреждена у 30 (79%) больных, подвздошные - у 4 (10,5%), воротная - у 1 (2,6%), почечная - у 3 (7,9%). У 29 (76,3%) пострадавших ранения магистральных вен сочетались с повреждениями органов брюшной полости: печени - у 8, тонкой кишки - у 22, двенадцатиперстной - у 7, толстой - у 3, желудка - у 3, поджелудочной железы - у 2, диафрагмы - у 4, почки - у 4, мочеточника - у 1, селезенки - у 2. Повреждения одной стенки сосуда обнаружены у 33, двух - у 3 пациентов, полный отрыв либо пересечение сосуда выявлены у 2. 33 больных доставлены в стационар в течение до 2 часов с момента получения травмы, 5 - в боли поздние сроки.

Гемоперитонеум (50-2500 мл) во время лапаротомии установлен у 26 (68,4%) больных. У всех пострадавших имелась забрюшинная гематома.

Хирургическое пособие по восстановлению проходимости сосудов у 5 больных было выполнено общим, у 33 - сосудистым хирургом.

Основные принципы операции сводились к следующим приемам: пальцевое или тупферовое прижатие концов или ран вен, осушение операционного поля отсосом, мобилизация приводящего и отводящего отделов, взятие их на сосудистые зажимы или боковое пережатие стенки вены, наложение атравматического шва.

Боковой шов призведен у 33 больных, лигирование вен - у 3, циркулярный шов - у 2. Во время операции умерли 5 (13,2%) пострадавших. Причиной смерти у всех больных был тяжелый геморрагический шок.

В послеоперационном периоде причиной смерти у 1 больного явилась (тромбоэмболия легочной артерии на 2 сутки после операции у 2- ДВС- синдром на 3 и 5 сутки, у 1 перито-

нит).

Анализ результатов показал, что оказание помощи больным с повреждениями магистральных вен брюшной полости должно производиться совместно с ангиохирургами. Важной является ранняя диагностика повреждения сосудов брюшной полости, своевременная остановка кровотечения и восстановительная операция, борьба с шоком и профилактика гнойно-септических осложнений.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Миронов В.И.

Медицинский университет, Иркутск, Россия

Цель исследования: изучить частоту и характер травматических повреждений магистральных желчных протоков в неотложной хирургии органов брюшной полости, оценить методы оперативных вмешательств в этой группе пациентов.

Материалы и методы. За период 1990-2009 гг. повреждения магистральных желчных протоков при операциях на билиарной системе имели место в 0,4% наблюдений (15 на 3690 оперативных вмешательств), при операциях на желудке - в 0,45 % наблюдений (6 на 1331 оперативных вмешательства) и включали полное или неполное пересечение общего желчного протока в супрадуоденальной части (6), полное или частичное пересечение гепатикохоледоха в зоне шнфлюэнцы (6), иссечение общего желчного протока на протяжении (3), полное или частичное пересечение правого печеночного протока (2), значительное сужение просвета гепатикохоледоха без нарушения его целостности в результате глубокой перевязки пузырного протока (2), либо пристеночного лигирования гепатикохоледоха (2). Повреждения желчных протоков имели место во время традиционной открытой холецистэктомии (10), при холецистэктоми из минидоступа (3), при эндоскопической холецистэктомии (2) во время резекций желудка при низких пенетрирующих язвах во время мобилизации двенадцатиперстной кишки (6).

Результаты. У 14 больных повреждения желчных путей были обнаружены непосредственно во время операции. При интраоперационном распознавании травмы желчных путей во всех наблюдениях были выполнены реконструктивные вмешательства, направленные на восстановление полноценного оттока желчи в кишечник - ушивание правого печеночного протока на тонком полихлорвиниловом дренаже (2), ушивание правого печеночного протока без каркасного дренирования (1), анастомозирование концов пересеченного гепатикохоледоха на "потерянном дренаже" (4), анастомозирование пересеченного гепатикохоледоха с петлей тонкой кишки, изолированной по методу Ру (5), термино-латеральная холедоходуоденостомия (2). У 7 больных повреждения желчных протоков во время первичного оперативного вмешательства не были распознаны, им были выполнены релапаротомии в ближайшем послеоперационном периоде по поводу развившегося перитонита, катастрофически нарастающей механической желтухи или массивного наружного желчеистечения. В 2 наблюдениях во время повторной операции обнаружена и снята лигатура, сужающая просвет гепатикохоледоха, в 1 - выполнено дренирование проксимального отдела травмированного гепатикохоледоха с отведением желчи наружу, в 4 - анастомозирование проксимального сегмента пересеченного гепатикохоледоха с петлей тонкой кишки. Летальные исходы имели место в 8 наблюдениях. Причиной летальных исходов явились несостоятельность швов билиодигестивных анастомозов (5), несостоятельность швов ушитого гепатикохоледоха (2), ТЭЛА в раннем послеоперационном периоде (1). У остальных пациентов (13) наступило выздоровление.

Заключение. Травматические повреждения магистральных желчных протоков являются редким (0,4%), но тяжелым осложнением операций на органах брюшной полости и сопровождаются высокой летальностью (38%).

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Наврузов М., Пирматов Ш.Р., Арслонов Э.Г., Махадов Ж.Р.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

В последнее время в связи с увеличением числа детей с эхинококкозом, проблема приобретает социальную и медицинскую значимость. За последние 10 лет в отделении детской хирургии Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП на лечении находились 63 ребенка с различными осложнениями изолированного эхинококкоза печени. Из них у 21(33%) больного, госпитализированного в течение от 5 часов до 3 суток, в анамнезе было указывание на различные травмы, полученные во время игр и спортивных тренировок. При поступлении жалобы на наличие болей в животе, преимущественно в правом подреберье и в правой подвздошной области предъявляли 8(38%) больных , на наличие аллергических высыпаний и гипертермии -12 (57%), желтушность кожных покровов-1(4,7%), 9(42,8%) пациентов, госпитализированных после получения травм с жалобами на слабость, тошноту, головокружение, снижение аппетита, рвоту, беспричинное повышение температуры тела до 380С, при УЗИ наличие эхинококковых кист в печени явилось находкой. 21 больной оперирован. Во время операции разрыв эхинококковой кисты (РЭК) с серозно - гнойным перитонитом обнаружен у 9 (42,8%), РЭК с внутренним кровотечением- у 2 (9,5%), РЭК и наличие свободно плавающих не разорвавшихся хитиновых оболочек- у 4 (19%) больных. У 2 (9,5%) больных обнаружен внутрипеченочный РЭК с кровотечением в полость кисты. 16 (76,1%) больных оперированы в течение 2-3 часов, 5 (23,8%) - на 2-3 сутки, и РЭК определена интраоперационно. Всем больным произведена лапаротомия, эхинококкэктомия с интраоперационным введением полусуточной дозы антибиотиков широкого спектра действия. Послеоперационных осложнений не наблюдали. После выписки больные с целью профилактики получали противогельминтные препараты производные бензимидазола (мебендазол, альбендазол, зентел, метронидазол). При диспансерном наблюдении в течение 6 месяцев, 1года и 3 лет рецидивов не обнаружено.

Выводы. В ранней диагностике травмы печени, а также определении наличия эхинококкоза и его осложнений и оценке тяжести состояния ребенка большое значение имеет тщательно собранный анамнез, широкое использование ультразвукового эхосканирования. Интраоперационное применение антибиотиков широкого спектра действия уменьшает количество осложнений в послеоперационном периоде. Применение противогельминтных препаратов дает хороший результат для профилактики рецидива эхинококкоза.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

Наврузов М.Н., Тогаев Ш.Б., Пирматов Ш.Р., Файзиев А.Ш.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Диагностика травм органов брюшной полости остаётся актуальной проблемой. Тяжелое состояние больных, отсутствие чёткой локализации и запутанная клиническая картина затрудняют диагностику и выбор тактики ведения больных даже у опытных хирургов.

В 2000-2009 гг. в детское хирургическое отделение Кашкадарьинского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи поступили 112 больных с закрытыми травмами живота в возрасте от 3 месяцев до 15 лет. Мальчиков было 98 (87,5%), девочек 14 (12,5%). У 41 (36,6%) больного был ушиб передней брюшной стенки без повреждения внутренних органов брюшной полости, у 71 (63,3%) изолированные повреждения органов брюшной полости (печени, селезёнки, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки), у 23 (20,5%) - множественные повреждения. У 11 (9,8%) больных отмечались сочетанные травмы. В первые 1-3 часа поступили 44 (39,2%) больных, в течение 3-6 часов - 14 (12,5%), от 6 до 24 часов - 10 (8,9%), 3 (2,6%) госпитализированы на 2 сутки после травмы.

При обследовании по возможности тщательно собирался анамнез, проводились лабораторные и инструментальные методы исследования. При сонографии у 44 (39,2%) детей выявлена свободная жидкость в брюшной полости различной интенсивности, у 10 (8,9%) - эхокартина повреждения паренхиматозных органов, у 17 (15,1%) при поступлении эхопатологии не обнаружено, но у 14 (12,5%) из них травма органов брюшной полости определена при динамическом УЗ наблюдении. Диагностика закрытых повреждений органов брюшной полости представляет значительные трудности. Однако правильно собранный анамнез, наличие болезненности по всему животу, напряжение мышц передней брюшной стенки, исчезновение тупости в отлогих местах существенно помогают при установлении диагноза. У 29 (25,8%) детей с множественными повреждениями органов брюшной полости, использовали диагностическую видеолапароскопию, которая, по нашему мнению, значительно расширяет диагностические возможности.

Таким образом, в диагностике и выборе тактики ведения больных с травмами органов брюшной полости большое значение имеет правильно собранный анамнез, тщательная оценка состояния ребенка, широкое использование эхосканирования и диагностической видеолапараскопии.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

Назаров А.К., Каландаров И.А., Турдиева А.С., Тангриберганов К.Т., Эгамов Б.Ж.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Диагностика травматических повреждений в детском возрасте остается актуальной проблемой, так как своевременное выявление и определение характера повреждений позволяют выбрать правильную тактику ведения больного и оптимальный способ лечения. Травма, которая является основной причиной смертности у детей в разных возрастных подгруппах составляет от 14 до 58%. Тяжелые травматические повреждения живота, наряду с черепно-мозговой травмой, травмой груди и позвоночника, относят к угрожаемым жизни состояниям. Травма живота возникает при транспортных авариях, при падениях, ударах в живот, а в последние годы все более частыми становятся проникающие ранения. Ведущим видом травматизма у детей старше 3 лет жизни являлся уличный (49%), дорожно-транспортный (22%), бытовой (9%), спортивный (8%), школьный (8%) и прочий (4%).

Целью работы является изучение возможностей УЗ-диагностики при травмах живота. УЗ- исследование проводились на аппарате Mindray 6600 конвексным датчиком с частотой 3,5 мГц. В 2006-2008 гг госпитализированы 20 детей с травмами живота в возрасте от 7 месяцев до 15 лет: 7 месяцев до 3 лет-6, от 3 до 7 лет-5, от 7 до 15 лет-9 У 9 пострадавших имелись повреждения селезенки, у 2-повреждение печени, у 4- повреждение поджелудочной железы, у 5- повреждения тонкого кишечника. Механизмом травмы во всех этих наблюдениях были удар и контрудар (сотрясение). Первичное обследование включало в себя клинический осмотр с оценкой состояния жизненно важных функций организма (дыхания, кровообращения). Из инструментальных методов применялись. УЗ-исследование, стандартное рентгенологическое исследование. Оперативное лечение проводилось всем пациентам. Основным УЗ - признаком при исследованиях органов брюшной полости явилось наличие диагностически значимого количества свободной жидкости в трех анатомических областях объемом более 100 мл. Данный критерий при нестабильной гемодинамике является показанием к лапаротомии и ревизии брюшной полости.

Таким образом, ультразвуковое исследование является высокоинформативным методом диагностики повреждений внутренних органов у детей с тупой травмой живота.

ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Нарзуллаев С.И., Заманов Ю.Р., Аминов У.Х., Мизамов Ф.О., Отабабаев Ш.Н., Исмаилов О.И., Умматов У.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Несмотря на то, что селезенка хорошо защищена грудной клеткой и окружающими органами, час-тота повреждений этого органа при закрытой травме живота находится второе место (Черкасов М.Ф. и др., 2005), составляя от 20 до 30% всех повреждений органов брюшной полости, а при сочетанной травме живота достигает 4% (Юдин М.Я., 1990).

Цель исследования: оценить роль современных технологий гемостаза при травме селезенки.

Под нашим наблюдением находились 12 пострадавших с повреждением селезенки при сочетанной травме живота, которым производилась консервативная гемостатическая терапия. У 4 пациентов повреж-дения селезенки сочетались с травмой черепа груди, у 3 - таза и конечностей. Мужчин было 9 (75,0%), женщин - 3 (25,0%), средний возраст - 22,5ё1,5 года. Причины сочетанной травмы селезенки были: паде-ние с высоты - 7 больных, автомобильная травма - 5. 5 больных с травмой селезенки госпитализиваны в течение 1 часа от момента травмы, 7 - от 3 до 3 часов.

Всем больным при поступлении, кроме клинического обследования, выполняли УЗИ каждые 6-8 часов в динамике, компьютерную томографию (КТ) брюшной полости, общий анализ крови и мочи, обзорную рентгенограмму брюшной полости и других анатомических областей. Тактику ведения зависела от тяжести состояния пациента, объема гемоперитонеума, интенсивности кровопотери (ОЦК), гемодинамических показателей (ЦВД, ЧСС, диурез и др.).

У всех больных с травмой селезенки при поступлении в стационар отмечены четкие признаки внут-рибрюшинного кровотечения: боль в животе, коллапс, положительные симптомы Кера, Элекера "Ванька-встанька", Куленкампфа и др. При УЗИ объем гемоперитонеума у 6 больных составлял от 200 до 350 мл, у 5 - от 350 мл до 500 мл, а у 1 - более 1200 мл. Последнему была произведена удаление крови лапаро-скопическим путем с благоприятным исходом.

Всем больным потребовалось переливание криопреципитата соответствующей группы крови в среднем по 3,5±0,3 дозы, 6 больным - свежезамороженной плазмы по 350,0±55,8 мл, 5 больным - 250±35,0 мл донорской эритроцитарной массы. К 7 дню лечения при УЗИ и КТ свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. По мере накопления опыта нами были определены критерии консерва-тивного лечения: отсутствие признаков продолжающего внутрибрюшинного кровотечения; стабильные гемодинамические показатели (АД, ЦВД, ЧСС) на фоне проводимой инфузионной и гемостатической терапии; количество излившейся в брюшную полость крови до 400-500 мл (<10% ОЦК); отсутствие признаков перитонита и повреждения других органов живота.

Выводы. Примененные нами методы консервативного адекватного гемостаза при повреждениях селезенки оказались эффективными у 91,7% пациентов. Лечебная лапароскопия может стать альтернатив-ной лапаротомии, что позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРИКТУР УРЕТРЫ У МУЖЧИН

Наркабилов П.А., Наркабилов Б.П., Абдуллаев Д.Р.

Областной урологический центр, Фергана

Функциональные особенности уретры и ее патологическое состояние привлекают внимание исследователей. Уретра часто вовлекается в патологический процесс. Травмы, послеоперационный и послевоспалительный склероз часто приводят к обструкции различного характера и нарушению уродинамики (Лопаткин Н.А. и др., 1986). Способ и объем хирургического вмешательства при этих состояниях зависит от протяженности и локализации патологии уретры.

По характеру обструкции уретры посттравматического генеза можно разделить на протяженные и короткие. Частичная и короткая стриктуры уретры лечатся успешно благодаря применению эндоскопических методов. Однако в некоторых случаях возникает необходимость создания оттока мочи из мочевого пузыря. Катетеризация мочевого пузыря через уретру не всегда возможна из-за обструкции. Постоянная катетеризация нередко приводит к инфицированию, наличие цистостомы ухудшает качество жизни больного. В определенных случаях эффективными являются резекция уретры и создание анастомоза (конец в конец) по Хольцову. Устранение протяженной стриктуры мочеиспускательного канала с последующим восстановлением его просвета до сегодняшнего дня является актуальной проблемой. Это обусловило необходимость поиска более новых эффективных методов реконструктивной хирургии с устранением стриктуры уретры.

Знакомство с литературой показало, что возможность лечения посттравматической стриктуры мочеиспускательного канала изучена недостаточно, не выработаны показания и противопоказания к применению этого метода при реконструктивных операциях на мочеиспускательном канале, недостаточно освещены морфофункциональные изменения мочеиспускательного канала.

Нами создано приспособление для лечения стриктуры уретры у мужчин, которое содержит массажные элементы, соединенные между собой эластической связью. Массажные элементы, нанизанные на эластичную связь, имеют эллипсоидную и круглую форму. В начале и на конце эластичной связи, а также через каждые 6-7 массажных элементов выполнены узелки из эластичной связи (патент № РАР 00281).

Лечение новым методом проведено 56 больным в возрасте от 20 до 75 лет. У 30 пациентов диагностирована стриктура большой протяженностью, у 20 больных - стриктура задней части уретры, у 6 больных -тотальная стриктура. При обследовании использовались лабораторные методы, УЗИ, выполнены уретрограмма и бактериологическое исследование мочи и слизистой уретры. Всем больным в виду задержки мочи была наложена цистостома, затем установлено приспособление в уретру путем туннелизации, под наркозом . Использование приспособления начиналось на 3 сутки после операции. Наружные концы приспособления обрабатывались, уретра промывалась раствором цитеала в концентрации 1:20. Больным поэтапно увеличивали размер приспособления по Шарьеру до 18 СН. После комплексной антибактериальной терапии мочеиспускание восстанавливалась, мочевой свищ затянулся, количество остаточной мочи в пузыре - минимальное, проходимость бужа доходит до №20-23 свободно. Больным после операции рекомендовано периодическое бужирование раз в 15-30 дней. Стационарный и амбулаторный цикл лечения - 15-20 дней. Лечение было успешным у всех больных. В динамике наблюдения рецидивов заболевания не отмечалось, осложнений не было. Полученные результаты открывают новые перспективы в лечение стриктуры уретры.

Таким образом, приспособление является эффективном и надежным для лечения стриктуры уретры у мужчин различного генеза и протяженности.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Наркузиев Н.У., Рахмонов Б.Р., Зиядуллаев Н.Э., Номозов А.Н.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Травма груди относится к категории тяжелых повреждений, которые нередко заканчиваются летальным исходом.

В настоящее время повреждения органов грудной клетки имеются у 10-20% госпитализированных больных и занимают третье место после переломов костей конечности и черепно-мозговой травмы (Абакумов М.М., Сулманов Р.А., 2005). В условиях мирного времени в структуре травм грудной клетки закрытое повреждение составляет 82% (Шукуров Б.И. и др., 2008). 20-25% травм грудной клетки - тяжелые повреждения, требующие неотложного хирургического вмешательства.

Целью нашего исследования был анализ результатов лечения пострадавших с травмой груди в условиях экстренной медицины в Джизакском филиале РНЦЭМП.

В нашем филиале в последние 2 года на лечении находились 175 пострадавших с травмой груди, из них 140 (23,5%) мужчин и 35 (20,0%) женщин. В дорожно-транспортных происшествиях травму получили 119 (67,0%) пострадавших, бытовая травма была у 41 (23,5%), производственная - у 15 (8,5%). Чаще эти травмы встречались у мужчин (80,0%) в возрасте от 17 до 55 лет, т.е. лиц трудоспособного возраста.

Из 175 пострадавших 109 (62,3%) больных были госпитализированы в течение первого часа с момента травмы, 2 часов - 3 (17,1%), спустя более 3 часов - 36 (20,5%). Причем последние поступили в основном из субфилиалов области. 57 (32,5%) пациентов доставлены бригадами скорой помощи, 118 (67,4%) поступили самотекам.

Единичные переломы ребер выявлены у 109 (62,2%), множественные - у 57 (32,5%) больных. У 2 больных обнаружен перелом грудины, повреждения локализовались в нижней трети грудины, у 1 в сочетании с переломом II-V ребер по срединно-ключичной и подмышечной линии в последующем они получили консервативное лечение.

Тяжесть травмы, определяли множественные переломы ребер. При переломах VI-X ребер повреждения внутригрудных органов наблюдались у 62% больных. Еще больше состояние больных отягощали флотирующие створчатые переломы ребер - 2 (1,1%). У этих больных наблюдались выраженная дыхательная недостаточность, кровотечения, длительное время отмечалось воздухотечение по дренажу из плевральной полости. Больные с множественными переломами (57 - 32,5%) госпитализировали в отделение реанимации после рентгенологического и УЗИ исследования. Лечение назначали индивидуально, дифференцированно в зависимости от характера повреждения. Всем больным начато консервативное лечение, обязательным компонентом которого являлись паравертебральные спирт о - новокаиновые блокады 0,25% новокаиновым раствором на уровне поврежденных ребер. По показаниям проводили ваго-симпатическую блокаду и реанимационное пособие по улучшению гемодинамики, купированию дыхательной недостаточности, санационную бронхофиброскопию с последующей ингаляцией бронхолитиками и дыхательную гимнастику. У 59 (33,7%) больных с травмами груди наблюдался пневмотораксом,- у 35 (20,0%), гемотораксом- у 76 (43,5%), гемо-пневмоторакс что потребовало дренирования плевральной полости.

У 5 больных с явными признаками внутриплевральных кровотечений, т.е. с нарастающим гемотораксом, сразу после положительного результата повторной пробы Рувиллуа-Грегуара, после кратковременной предоперационной подготовки прибегали к экстренной торакотомии, во время которой у 3 выявлено ранение межреберной артерии, причем у 2 оно сочеталось с разрывом легкого. Умерли 2 больных от тяжелого травматического шока в течении 1 часа после поступления таким образом;

Хирургическое лечение больных с закрытой травмой груди представляет определенные сложности. Лечение необходимо проводить в специализированных отделениях.

Основным методом лечения пострадавших с закрытой травмой груди с повреждением внутригрудных органов при нарастающем гемотораксем является экстренная торакотомия.

Обязательно проведения УЗИ для выявления малого гемоторакса, а также для определения ушиба и гемоперикарда.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЖОГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ

Низамходжаев З.М., Янгиев Б.А., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Тилемисов С.
Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Актуальность: Основным методом инструментального лечения ПРСП является бужирование. Относительная простота и достаточная эффективность послужили основанием для его широкого внедрения в хирургии пищевода. Однако в 10-12% случаев возникают осложнения: перфорация, обострение язвенного эзофагита, кровотечение, которые обусловлены механизмом "протаскивания" заострённого твёрдого бужа через суженный и деформированный канал пищевода в условиях недостаточного контроля над направлением движения инструмента.

Цель: Изучить результаты лечения повреждений пищевода у больных с ПРСП

Материалы и методы исследования: Отделение хирургии пищевода и желудка РСЦХ имени академика В.Вахидова располагает опытом лечения 327 больных с ПРСП за период с 1993 по 2008 года, при этом травматическое повреждение пищевода и кардии желудка наступило у 18, что составило 5,5%.

Распределение больных по протяженности рубцовой стриктуры пищевода было следующим: короткие (до 3 см) - у 1 больной, протяженные (4-9см) - у 8, субтотальные (10-15см) - у 6 и тотальные (более 16см) - у 3. Только 1 больная поступила с перфорацией пищевода, наступившей в результате самостоятельного бужирования, 1 больной поступил через 10 суток после слепого бужирования в другом стационаре, а у остальных 16 - повреждение наступило у нас в клинике.

По причинам возникновения перфорации пищевода и кардии желудка больные распределились следующим образом: диагностическая эндоскопия - 5; эндоскопическое бужирование - 5; бужировании по струне - 4; слепое бужирование - 1; при проведении струны с целью дальнейшего бужирования - 2; самостоятельное бужирование пластмассо-

вой трубкой - 1.

Результаты и обсуждения: Диагноз повреждения устанавливался на основании жалоб, анамнеза и объективного осмотра. Для определения локализации перфорации выполнялось эндоскопическое и рентгенконтрастное исследование.

Консервативное лечение успешно проведено только 1 больной с повреждением н/3 пищевода, учитывая тот факт, что ложный ход был длиной до 1 см, а также отсутствовала клиника гнойного медиастинита. Комплексная консервативная терапия включала: энтеральное питание через назогастральный зонд, антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности, инфузионную терапию, переливание крови, плазмы, и белковых препаратов.

Остальные 17 больных были оперированы: в первые 6 ч. - 12 пациентов, от 6 до 12 ч. - 3, через 5 и 10 дней после травмы - по 1 больному.

Из 18 больных, у 13 диагностированы грозные осложнения перфорации пищевода и кардии желудка: флегмона шеи у 1; диффузный гнойный перитонит у 1; серозный ограниченный медиастинит у 3; гнойный распространенный медиастинит у 11; эмпиема плевры у 1; пищеводно-медиастинально-плевральный свищ у 1 больного.

Тактика хирургического лечения зависела от нескольких факторов: времени с момента перфорации; тяжести состояния больного; локализации повреждения пищевода; степени развития гнойно-воспалительных изменений стенки пищевода и средостения. Характер 17 выполненных хирургических вмешательств был следующим:

- ушивание дефекта пищевода с дренированием и тампонированием средостения и околопищеводной клетчатки - 7 больных;
- санация, дренирование и тампонирование средостения - 9 больных;
- ушивание дефекта кардии, санация, дренирование брюшной полости - 1 больному.

Во всех случаях накладывали гастростому для адекватного энтерального питания и исключения пищевода из акта глотания.

В послеоперационном периоде летальный исход наступил у 5 из 18 больных, что составило 27,7%. Причинами фатальных исходов были продолжающийся гнойный медиастинит в 4 случаях, а также разлитой перитонит у 1 больного.

Заключение: перфорация пищевода остается одним из самых грозных осложнений на лечебно-диагностическом этапе у больных с ПРСП. Тактика хирургического лечения больных должна быть строго индивидуальной и зависит от тяжести состояния больного, времени с момента травмы, а также характера наступивших осложнений

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В УРГЕНТНОЙ УРОЛОГИИ

Нишонов Х.Т., Яхшиликов А.К., Юлдашев М.М.
Сырдарьинский областной филиал РНЦЭМП

Повреждения мочевого пузыря относят к тяжелой травме живота и таза. Тяжесть состояния пострадавших и исходы лечения определяются не столько повреждениями мочевого пузыря , сколько их сочетанием с травмой других органов и тяжелыми осложнениями, обусловленными затеком мочи в окружающие ткани и брюшную полость. Закрытые повреждения мочевого пузыря в мирное время составляют 0,4% по отношению ко всем травмам и 15% среди лиц с повреждениями мочеполовых органов . При повреждениях таза они встречаются у 7,5% , а при закрытой травме живота - у 13,4 % пострадавших. Среди закрытых повреждений 1/3 приходится на внутрибрюшинные и 2/3 - на внебрюшинные.

В нашем отделении в 2005-2009 гг. на лечении находились 102 больных с травмой мочевыделительной системы, из них 21 - с травмой мочевого пузыря в возрасте от 15 до 50 лет. 18 (85.7%) больным произведена операция. Внутрибрюшной разрыв был у 12 (66,6%), внебрюшинный у 6 (33,3%) . У 8 (44,4%) больных травма мочевого пузыря сопровождалась повреждением внутренних органов различной степени тяжести . У 4 (22,2%) больных повреждения сочетались переломом костей таза. Среди госпитализированных больных у 14 наблюдался шок. 2 больных во время первичного осмотра жалоб не предъявляли. Повреждение мочевого пузыря установлено в первые часы после травы у 17 больных, у 4 больных из-за поздней госпитализации спустя 6 часов диагностика осуществлялась клиническими, инструментальными(проба Зельдовича, цистоскопия), рентгенологическими (экскреторная урография, цистография в двух проекциях) методами. Всем больным при поступлении в центр выполнялось УЗИ.

Лечения у 18 больных было оперативным: ушивание и восстановление целостности мочевого пузыря. У 16 больных ушивание мочевого пузыря завершено наложением эпицистостомии. У 3-х больных с перелом костей таза также выполнен дренирование околопузырной клечатки по Буяльский Мак-Уортеру, у 1 больного - по Куприянову. У 2 женщин с небольшим разрывом мочевого пузыря оставлен постоянный уретральный катетер. Мы сторонники наложения эпицистостомии, т.к. постоянный уретральный катетер у мужчин приводит к развитию уретрита и орхоэпидидимита.

У 17 больных гематома передний части мочевого пузыря дренирована резиновым выпускником. У 1 больного с отрывом шейки мочевого пузыря через 3 месяца выполнена реконструктивная операция в Республиканском центре урологии.

Летальный исход наблюдался у 2 больных за счет тяжелых сочетанных травм головного мозга и органов брюшной полости .

Таким образом, небольшой опыт показывает , что свое временная доставка больных и ранняя диагностика с использованием современных технологий и активная дифференциальная хирургическая тактика определяют благоприятный исход при повреждении мочевого пузыря.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ИЗ ТРАНСПАПИЛЛЯРНОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Ничитайло М.Е., Огородник П.В., Скумс А.В.
Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова. Украина, г. Киев

Цель исследования: анализ результатов применения эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных с повреждениями и доброкачественными стриктурами желчных протоков.

Материалы и методы. За период с января 1989 г. по март 2009 г. в клинике выполнено 590 различных оперативных вмешательств больным с ятрогенными повреждениями и Рубцовыми стриктурами желчных протоков после холецистэктомии, которую выполняли в различных хирургических клиниках Украины и ближнего зарубежья. Миниинвазивные эндоскопические вмешательства в клинике института произведены 94 больным.

Результаты. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена 9 больным с несостоятельностью культи пузырного протока вследствие резидуального холедохолитиаза, а также 3 пациентам с послеожоговыми перфорациями желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии, и явилась окончательным методом лечения данной категории больных.

11 пациентам выполнена ЭПСТ с последующим бужированием частичной стриктуры желчных протоков и литоэкстракцией, однако в дальнейшем, в связи с рецидивным холедохолитиазом, через 8-12 месяцев, 5 больным выполнена гепатикоеюностомия. ЭПСТ с удалением скрытых дренажей произведена 9 больным, у 7 из них несмотря на повторные сеансы блокирования и дилятации стриктур в дальнейшем потребовалось выполнение хирургической операции. У 18 пациентов с рубцовыми стриктурами желчных протоков и явлениями гнойного холангита, с целью билиарной декомпрессии, выполнено назобилиарное дренирование, как первый этап подготовки к восстановительной хирургической операции. Эндобилиарное стентирование при неполных повреждениях желчных протоков произведено у 14 больных. У 12 из них стентирование привело к быстрому (3-7 суток) закрытию наружных желчных свищей, у 2 в дальнейшем потребовалось хирургическое вмешательство. 30 пациентам с частичными рубцовыми стриктурами желчных протоков произведена балонная дилятация стриктуры с последующим эндобилиарным протезированием. Хирургическое вмешательство выполнено впоследствии 11 больным, у остальных 19 пациентов произведены повторные балонные дилятации стриктур с заменами эндопротезов, что явилось окончательным методом их лечения.

Заключение. В исследуемой группе больных (n=94), у 51 пациента миниинвазивные вмешательства из транспапиллярного доступа при лечении повреждений и доброкачественных стриктур - явились окончательным методом лечения.

Считаем обязательным, во всех случаях подозрения на повреждение желчных протоков, а также в послеоперационном периоде, при неблагоприятных результатах хирургического лечения - с диагностической и лечебной целью выполнение ЭРПХГ с последующими транспапиллярными вмешательствами.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Нуритдинов Х.Н., Сайидалиев С.С., Норматов У.Э.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Травма поджелудочной железы (ТПЖ) занимает особое место среди повреждений органов брюшной полости, отличаясь тяжестью, развитием многочисленных осложнений и высокой летальностью.

Повреждения поджелудочной железы у детей встречаются относительно редко. Частота ТПЖ колеблется от 1 до 4,8% среди общего количества травм живота. Относительно небольшая частота ТПЖ объясняется ретроперитонеальным расположением органа и хорошей защищенностью его от воздействий внешней силы.

В 2005 - 2009 гг. в отделении экстренной детской хирургии ФФРНЦЭМП мы наблюдали 8 детей с закрытым повреждением и 1 ребенка с открытым ранением поджелудочной железы. Соотношение мальчиков и девочек 7:1. У 6 детей тупая травма поджелудочной железы возникала от удара рулем велосипеда, у 1- при ударе в живот торцом бедра, у 1- при падении с высоты. У 1 ребенка, было проникающее ранение поджелудочной железы в результате падения животом на расколотую стеклянную банку.

При сочетанных повреждениях поджелудочной железы, часто травмируются желудок, селезенка, двенадцатиперстная кишка и крупные сосуды в области травмы. Большинство детей с сочетанной ТПЖ поступили в состоянии шока I-II ст., что ухудшает течение послеоперационного периода и повышает риск летального исхода.

Среди повреждений поджелудочной железы мы выделяем: ушибы, подкапсулярную гематому, разрыв без повреждения вирсунгова протока, разрыв с повреждением протока, размозжение или отрыв части железы. Из 8 пострадавших детей с ТПЖ у 5 больных было повреждение тела, у 2 больных хвоста, у 1 было повреждение головки железы. Причем летальный исход наблюдался при травме головки-1.

Диагностика ТПЖ представляет значительные трудности, особенно при сочетанной травме, бессознательном состоянии и шоке.

Клиническими симптомами тупой ТПЖ являются шок, кровопотеря и перитонит, а в более поздние сроки - травматический панкреатит, который развивается после "светлого промежутка", продолжающегося до 5 суток.

Значительную роль в диагностике ТЖП играют исследования амилазы в крови, моче и перитонеального содержимого. При диагностике тупой ТПЖ мы использовали у 2-х больных в возрасте до 6-7 лет методики "шарящего катетера" с наличием микросимптоматики со стороны живота и у 3 больных на лапароскопии обнаружено наличие крови в брюшной полости. Правильный диагноз ТПЖ был установлен до операции у 5, на операции - у 3 больных.

Лечение ран поджелудочной железы представляет собой серьезную и нерешенную проблему. При ушибах и частичных надрывах поджелудочной железы производили блокаду окружающих тканей 0,25% раствором новокаина с антибиотиками, швы накладывали на железу лишь с целью гемостаза, дренирование.

У 2 больных имелся разрыв тела и размозжения хвостовой части, выплнена резекция железы. Культю железы ушивали капроновыми швами и перитонизировали сальником на ножке с последующим подведением к месту травмы через отдельный разрез дренажей. Рану ушивали наглухо.

Наиболее ответственными являются действия хирурга при полных разрывах поджелудочной железы с повреждением вирсунгова протока, которые встречались у 2-х детей. Им произведена левосторонняя резекция поджелудочной железы (ЛРПЖ). ЛРПЖ надежно предупреждает тяжкие осложнения, не приводит к нарушениям внешней и внутренней секреции органа.

Осложнения ТПЖ возникали у 2 больных, чаще это был травматический панкреатит. Панкреатические свищи наблюдались у 1, панкреатические кисты - у 1 больного.

Таким образом, ТПЖ требуют ранней диагностики и рационального хирургического лечения пострадавших, а также профилактики и своевременного лечения осложнений, особенно некротического панкреатита.

БУЙРАКЛАР ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА УЛТРАТОВУШ ТЕКШИРИШЛАРИНИНГ ЎРНИ

Пардаев А.У., Жураев Б.Х., Турамуродов С.Б., Каюмов Т.А., Жумагелдиев Ш.Х.
РШТЁИМ Сурхондаре филиали

РШТЁИМнинг Сурхондарё филиалида 2007-2009 йиллар давомида 40 бемор буйракларнинг ёпиқ шикастланиши диагнози билан ётқизилган. Бироқ ультратовуш текширувлари натижасида уларнинг фақат 25 нафарида буйракларнинг шикастлашини тасдиқланди, улардан 6 таси болалар, қолганлари катта ёшдагилар эди. Буйраги шикастланганлардан 19 таси эркак, 6 нафари эса аёл эди.

3 беморда шикастланиш йиқилиб-урилиш натижасида, 21 холатда автоҳалокат сабабли ва 1 кишида спорт билан шуғулланиш вақтида содир бўлган. Беморлар травмадан сўнг 1-4 соат оралиғида шифохонамизга мурожат этишган.

Клиник текширувлар натижасида 15 беморда буйраклар шикастланишининг учлик белгиси, яъни бел соҳасида оғриқ, буйрак проекциясида шиш ҳамда макрогематурия аниқланди. Уларда ўтказилган ультратовуш текширувлари қорин парда орқаси соҳасида гематома, буйрак субкапсулляр гематомаси, буйрак паренхимасининг ёрилиши мавжудлигини аниқлади. Қолган 10 беморда буйрак шикастланишинг клиник белгилари бўлмаган, аммо сонографик текширувлар натижасида уларда буйрак капсуласи остида 2-4 мм қалинликда ва 2-3 см² юзага тарқалган гематома мавжудлиги топилди.

Буйраклари ёпиқ шикастланган 25 бемордан 4 нафарида ультратовуш ҳамда экскретор урография натижаларига кўра хирургик амалиётлар ўтказилди: 2 кишида паранефрал соҳа найчаланди, 1 ҳолатда буйрак паренхимасининг жароҳати тикилди ва яна 1 беморда нефроэктомия бажарилди.

Хулоса қилиб шуни таъкидлаш лозимки, буйракларнинг ёпиқ шикастланишларини эрта аниқлашда ультратовуш текшируви марказий ўринни эгаллайди.

СТАНДАРТНЫЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ЖИВОТА

Пахмурин И.Р.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Оценка взаимосвязи стандартных операционных рисков и периоперационной летальности при травмах живота с применением классификации определения объективного статуса при проведении анестезиологического пособия у экстренных травматологических больных необходима для решения вопросов, связанных с необходимостью дополнительной предоперационной подготовки для повышения безопасности анестезиологической защиты.

Стандартное предоперационное обследование, включающее сбор анамнеза, физикальные и лабораторные исследования, для оценки состояния больного проводилосьперед операцией с целью определения объективного статуса больного в соответствии с классификацией Американского общества анестезиологов (ASA). В 2009 г. из числа поступивших в анестезиолого-реанимационное отделение с травмой брюшной полости были прооперированы 52 (61,9%). В зависимости от степени анестезиологического риска больные распределялись следующим образом: 1 (1,9%) - с отсутствием системных расстройств, 25 (48,1%) - с легкими системными расстройствами без нарушения функций; 16 (30,8%) - со среднетяжелыми и тяжелыми системными заболеваниями с нарушением функций; 8 (15,4%) - с тяжелыми системными заболеваниями, представляющими постоянную угрозу жизни; 2 (3,8%) - находящиеся в терминальном состоянии. В большинстве случаев (96,2%) при оперативных вмешательствах использовался комбинированный эндотрахеальный наркоз с элементами тотальной внутривенной анестезии Комбинация кетамина (60%) с пропофолом (30,8%) и фентанилом (96,2%) применялась в тех случаях, когда наибольшее значение имела стабильность гемодинамики. Умерли 5 (9,6%) пациентов. В зависимости от степени анестезиологического риска периоперационная летальность при I и II классе риска составила 0%, III классе риска -6,25% (1), IV классе -37,5% (3), V классе -50% (1).

Выводы. Проведенный анализ подтверждает четкую зависимость между степенью анестезиологического риска и периоперационной летальностью. Этот факт свидетельствует о необходимости обязательного цифрового выражения степеней анестезиологического риска, которое должно не только соответствовать степени тяжести пострадавших, но и реально отражать возможности и пределы современных методов защиты пациента от факторов хирургической агрессии.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Рахимов Б.С., Аллаев М.Я., Халилов Ш.К., Абдужабборов А.А., Рахмонов А.А.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Диагностика и выбор тактики лечения при закрытых травматических повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости у детей является одной из наиболее сложных проблем в практике экстренной детской хирургии.

В отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП были госпитализированы 23 ребенка с диагнозом закрытая травма живота с повреждением паренхиматозных органов (с травмой печени - 16, селезёнки - 7). У 15 больных причиной травмы было падение с высоты, у 3 отмечалась тупая травма и сдавление.

16 больных поступили в стационар в сроки до 1 суток, 7 переведены из других стационаров спустя сутки после травмы.

При диагностике закрытой травмы паренхиматозных органов брюшной полости учитывались анамнестические данные, жалобы больных, результаты объективного осмотра, клинико-лабораторных исследований и УЗИ.

Лапаротомия выполнена 11 (47 %) у больных: 5 (45,5 %) с травмами печени, 6 (54,5 %) с травмой селезенки. Из 5 больных, оперированных по поводу травмы печени, у 1 определен разрыв капсулы и поверхностное повреждение паренхимы, в связи с чем была произведена ревизия органа, санирование от незначительной геморрагии в области правого бокового канала, дренирование брюшной полости.

Из 5 больных с подкапсульным глубоким разрывом паренхимы у 4 после небольшой предоперационной подготовки произведена экстренная лапаротомия и ушивание дефекта печени П - образными швами, свободной тампонадой сальником и дренированием брюшной полости.

1 больная оперирована на 3 сутки после госпитализации в связи с внезапным появлением признаков внутреннего кровотечения, подтвержденного на УЗИ.

Из 7 больных с травмой селезенки не оперированы только 2 больных, остальные 5 подвергнуты лапаротомии. Операции завершились спленэктомией при размозжении и отрыве селезёнки и ушиванием дефекта при разрывах капсулы и паренхимы.

Таким образом, активность хирургов при травмах печени у детей не всегда оправдана, а хирургическая тактика при повреждениях селезёнки зависит от патологоанатомической картины.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАХ УРЕТРЫ

Рахимов М.Р., Зайнутдинов О.У., Рашидов М.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Диагностика и лечения закрытых травм уретры остается актуальной проблемой ургентной урологии. 90% повреждений уретры являются следствием тупой травмы. Повреждения передней уретры чаще происходят в результате прямого механического воздействия. Повреждения задней уретры всегда сопровождается переломами костей таза, особенно при нарушении целостности передней части тазового кольца. Диагностические мероприятия, помогающие распознать характер повреждения уретры, исключительно важны для определения тактики лечения. Однако диагностика ранений мочеиспускательного канала нередко представляет собой трудную задачу. Наиболее значимым признаком повреждения считается уретрорагия, но и она не отражает степени тяжести ранения. Диагностика представляет трудности из-за схожести клинических проявлений повреждения уретры и мочевого пузыря и частого (10,0 - 29,0%) их сочетания. Вопросы лечения повреждений мочеиспускательного канала остаются нерешенными и до настоящего времени остаются предметом дискуссий среди широкого круга специалистов. Дискуссия по вопросам оказания помощи при ранениях и травмах уретры затрагивает способы отведения мочи и целесообразность раннего восстановления уретры. Клиническая практика мирного времени позволила многим урологам пересмотреть негативное отношение к раннему восстановлению уретры. Сегодня раннее восстановление проходимости уретры широко и успешно используется во многих специализированных стационарах.

Под нашим наблюдением находились 37 больных с повреждениями уретры в возрасте от 15 до 68 лет. 18 (48,6%) больных получили травму в дорожно-транспортном происшествии, 8 (21,6%) при падении с высоты, 11 (29,7%) в результате прямого удара в область промежности. Сочетанная травма была у 15 (40,5%) больных, изолированная - 22 (59,4%). Все больные были госпитализированы в течение 8 часов после полученной травмы. На госпитальном этапе больные обследованы согласно лечебно-диагностическим стандартам: УЗИ верхних и нижних мочевыводящих путей, рентгенологическое исследование: восходящая уретрография.

Неполный разрыв уретры выявлен у 8 (21,6%) больных, полный - 29 (78,4%). После установления диагноза все больные оперированы в течение первых 2 часов. Эпицистостомия произведена у 15 (40,5%) больных с сочетанной травмой: повреждения задней уретры, костей таза, головного мозга, и грудной клетки. Из-за тяжести состояния у них не представлялось возможным наложить первичные швы на поврежденную уретру. У 8 (21,6%) больных с неполным разрывом уретры установлен уретральный катетер Фолея CH 18-22. Первичный шов на уретру по методу Хольцова с эпицистостомией выполнен у 14 (37,8%) больных с изолированной травмой передней уретры с благоприятным исходом.

Таким образом, в последнее десятилетие урологи стали широко использовать активную тактику по восстановлению проходимости поврежденной уретры. При изолированной травме передней части уретры целесообразна активная тактика - восстановление проходимости уретры с цистостомией, а при сочетанной травме уретры нужно ограничиться эпистостомией.

СОВРЕМЕННЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ГРУДИ

Рахманов Р.О., Шукуров Б.И., Шаумаров З.Ф., Исаков Ш.Ш.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проанализированы результаты лечения 211 пострадавших с осложненными травмами грудной клетки. 113 (53,6%) из них поступили с закрытыми травмами грудной клетки, 98 (46,4%) - с проникающими ранениями. Мужчин было 179 (84,8%), женщин - 32 (15,2%) в возрасте от 17 до 83 лет. Всем больным при поступлении осуществляли стандартный набор диагностических исследований. При поступлении выясняли жалобы, анамнез, оценивали объективный статус, проводили общепринятые лабораторные анализы, рентгенологическое и ультразвуковое исследование полостей. При тяжелых травмах, когда невозможно выполнение полипозиционной рентгенографии, диагностическая ценность этого основного метода исследования значительно уменьшается. Задержка в выборе правильной хирургической тактики в таких случаях обычно приводит к развитию тяжелых осложнений и увеличению летальности. Использование новой эндоскопической техники и инструментария расширило возможности торакоскопии при травме груди, открыв эру торакоскопической хирургии с видеосопровождением. Вышеперечисленный перечень инструментального обследования был дополнен видеоторакоскопией, показаниями к которой явились гемопневмоторакс у 135 (64,0%), гемоторакс - у 40 (19,0%), пневмоторакс - у 31 (14,7%), изолированная подкожная эмфизема без признаков гемопневмоторакса - у 3 (1,4%), расширение границ сердца - у 2 (0,9%) больных. Торакоскопия позволила визуализировать свернувшийся гемоторакс у 165 пациентов, ранение легкого - у 141, продолжающееся внутриплевральное кровотечение - у 94, ранение диафрагмы - у 25 и перикарда - у 6. У 173 (82,0%) пострадавших характер и объем травмы позволили ограничиться дренированием плевральной полости после удаления фрагментов свернувшейся крови, коагуляцией или ушиванием поверхностных ранений легкого и грудной клетки, аспирации излившейся в плевральную полость крови. Из 38 (18,0%) случаев конверсии видеоторакоскопии в 28 мы смогли ограничиться видеоассистированными вмешательствами через миниторакотомный доступ. В остальных случаях повреждения органов грудной клетки мы сочли целесообразным прибегнуть к широкой торакотомии. Видеоторакоскопия и видеоассистированные вмешательства позволили нам ликвидировать внутриплевральные осложнения травм у 78 (37,0%) пациентов, не считая рутинные аспирации излившейся крови. Послеоперационные осложнения наблюдались у 23 (10,9%) пострадавших. Осложнений, непосредственно связанных с использованием торакоскопии, не отмечалось. При сочетанных травмах и ранениях груди и живота (37 - 17,5%) мы старались ограничить показания к диагностической лапароскопии двумя ситуациями: 1) ранения (20) или разрыв (1) диафрагмы, выявленные во время ВТС; 2) сочетанное ранение верхнего этажа передней брюшной стенки (1) и клинико-сонографические признаки повреждения органов брюшной полости (15). У 13 (35,1%) пациентов, используя эндоскопическую технику, нам удалось избежать широкой лапаротомии: у 10 пациентов мы исключили повреждение внутренних органов, у 3 с поверхностным ранением печени успешно выполнен эндоскопический гемостаз. У остальных пострадавших с повреждением органов брюшной полости мы сочли целесообразным и более надежным прибегнуть к широкому хирургическому доступу.

Маловыраженный болевой синдром в послеоперационном периоде, ранние сроки удаления дренажей после торакоскопии способствуют ранней активизации пациентов, быстрой реабилитации, сокращению сроков их стационарного лечения и временной нетрудоспособности.

Таким образом, при соблюдении методики выполнения торакоскопия является высокоинформативным, надежным, малотравматичным, точным, безопасным, малоинвазивным методом диагностики и лечения при травмах грудной клетки, составляющим альтернативу торакотомии. Выработанная лечебно-диагностическая тактика на основе применения торакоскопии показала себя высокоэффективной и может быть рекомендована для оказания экстренной хирургической помощи пострадавшим с травмами груди.

К ОПТИМИЗАЦИИ ВЕДЕНИЯ ПОЛИМОРБИДНЫХ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ЯТРОГЕНИЙ

Рустамов М.Р., Абдусалямов А.А., Юсупова М.М., Шакаров Ф.Р., Алиев А., Азимова Г.А.
Самаркандский медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Поступление полиморбидных детей в ятрогенных состояниях, по материалам СФ РНЦЭМП, имеет тенденцию к росту. Среди причин - некачественное наблюдение за детьми в условиях СВП, игнорирование родителями рекомендаций медицинских работников, полипрагмазия, неадекватное лечение, фальсифицированные медикаменты. Наметилась негативная тенденция, заключающаяся в отказной политике при обращении в ЦРБ. При этом нередки случаи отказов в госпитализации с перенаправлением заболевших детей в СФ РНЦЭМП без медицинского сопровождения и оказания ребенку неотложной помощи даже при отправке на дальние расстояния. В 2009 г. в СФ РНЦЭМП было актировано 13 случаев доставки детей в агональном состоянии, что следует расценивать как доказательство важности проблемы. Решение возможно за счет соблюдения организационных, лечебных и диагностических стандартов.

Тяжесть состояния полиморбидных детей при поступлении в стационар была обусловлена многократными эпилептическими припадками, энцефалопатией, развивавшимися в связи со снятием ребенка с антиконвульсантов. При подозрении на надпочечниковую недостаточность приходится сталкиваться с беспорядочным лечением. Повреждение коры надпочечников, обнаруживаемое при проведении патологоанатомических исследований свидетельствовало о расхождениях в диагнозах. Тяжелая дыхательная недостаточность (ДН) в сочетании с судорогами требует подготовленности к таким случаям всех медицинских работников. Важным элементом при этом является сочетание этой подготовленности с оснащением отсасывающими аппаратами, дыхательными мешками Амбу. ДН была обусловлена бронхообструктивным синдромом, в развитие которого, наряду с вирусно-бактериальной инфекцией, вносили вклад фоновые заболевания и состояния, такие как рахит, анемия, нарушения питания, погрешности вскармливания и ухода, экссудативно-катаральный диатез, тимомегалия. Среди таких детей не оказалось ни одного ребенка в возрасте до 1 года, находившегося исключительно на грудном вскармливании. Борьба с тяжелой ДН является предпосылкой для исключения или уточнения травмы головы, грудной клетки, живота, утопления, ожогов, инородного тела дыхательных путей, респираторной инфекции, заболеваний ЦНС. Несмотря на то, что с энцефалитами, эпилепсией, судорогами поступает существенная доля больных, в штатном расписании учреждения не предусмотрена должность детского невропатолога.

ТРАХЕОСТОМИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ РЕБЕР

Сабиров Д.С., Юлдашев Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Травмы грудной клетки остаются одной из самых актуальных проблем современной хирургии и травматологии, так как летальность при политравмах с преобладанием повреждений грудной клетки уступает таковой только при политравмах с преобладанием черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

Проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ) при ранней острой дыхательной недостаточности (ОДН) имеет существенные особенности, так как в ее задачи, наряду с устранением дыхательной недостаточности, входит пневматическая стабилизация грудной клетки. При множественных переломах ребер ИВЛ приходится проводить длительно, иногда 2-3 недели и больше, особенно при развитии легочных осложнений. Для улучшения дренажной функции трахеобронхиального дерева, нормализации дыхательной функции легких рекомендуют трахеостомию. Трахеостомия уменьшает мертвое дыхательное пространство, в результате чего значительно снижается сопротивление в дыхательных путях и повышается альвеолярная вентиляция. Вопрос о времени остается спорным. Отечественные и зарубежные авторы рекомендуют наложения трахеостомы на 7 - 10 сутки и позднее нахождения больного на ИВЛ.

Целью нашего исследования является оценка эффективности раннего наложение трахеостомы у больных при закрытой травмой грудной клетки с множественными переломами ребер.

Проанализированы результаты обследования и лечения 57 больных, поступивших в РНЦЭМП с сочетанной травмой, ЧМТ, сотрясением головного мозга, закрытой травмой грудной клетки с множественными и флотирующими переломами ребер, осложненной подкожной эмфиземой и гемо - пневмотораксом. ОДН, шоком II ст. Возраст больных от 16 до 52 лет.

Больным 1-й группы ИВЛ проводилась через интубационную трубку в течение 9-10 дней. За период нахождения больных на ИВЛ были сложности с синхронизацией к ИВЛ несмотря на подбор параметров вентиляции и периодическую медикаментозную седацию, которые были связаны с обструкцией бронхолегочного дерева. Десинхронизация больного к аппарату приводила к снижению сатурации в среднем на 12%, повышению АД на 15%, тахикардии на 50%, снижению O_2 (Доставка кислорода) на 28%, увеличению потребления кислорода (VO_2) на 24%, увеличению сердечного индекса на 57% и минутного объема сердца) на 70%, снижению PaO_2 на 20% и повышению PCO_2 на 35%. Десинхронизация к аппарату оставалась даже после адекватной бронхоскопической санации. На 4-5 сутки присоединялась пневмония, которая усугубляла состояние больного. Длительность нахождения на ИВЛ в среднем составил 19 дней.

У пациентов 2-й группы, у которых устанавливали раннюю трахеостому показатели гемодинамики и газов крови существенно не изменились. У 4 больных присоединилась пневмония. В группе значительно реже проводилась медикаментозная седация, что позволило своевременно и адекватно оценивать уровень восстановления сознания и отлучать от аппарата ИВЛ. Респираторная поддержка продолжалась в среднем 14 дней.

Летальных исходов во время трахеостомии не зарегистрировано.

Таким образом, ранняя трахеостомия значительно уменьшает риск развития пневмоний, сокращает длительность респираторной терапии и общего времени пребывания больного в реанимационном отделении.

АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ТКАНИ СЕЛЕЗЕНКИ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И РАНЕНИЯХ ЖИВОТА

Саидаматов А.Х., Кадиров З.Л.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Необходимость выполнения при травмах и ранениях селезенки спленэктомии определяет поиск путей адекватной коррекции гематологических, коагулопатических и иммунологических нарушений. Во избежание развития послеоперационных осложнений и для сохранения уровня иммунной защиты организма в последние годы мы начали выполнять аутотрансплантацию ткани селезенки.

Метод очень прост в исполнении. Оптимальная толщина аутотрансплант ткани селезенки составляет 2 мм. Через 2 недели после спленэктомии и аутотрансплантации фрагментов органа в большой сальник наблюдается активация ткани трансплантатов.

Под нашим наблюдением находились 20 больных с ранениями и повреждениями селезенки. Попытки выполнить органосохраняющую операцию - ушивание раны селезенки - у 3 человек не увенчалось успехом. Во время операции у них возобновилось кровотечение из раны селезёнки, что потребовало выполнения операции спленэктомии. 18 больным после спленэктомии была произведена реимплантация фрагментов селезенки в большой сальник.

Для аутотрансплантации удаленную селезенку декапсулировали и в радиальном направлении делали срезы ткани органа толщиной 0,2-0,3 см площадью 3х3 см. Фрагменты селезёнки помешали в физиологический раствор натрия хлорида 100 мл с антибиотиками (цефазолин 2,0), отмывали от форменных элементов крови и в количестве 2-3 штук укладывали в большой сальник. Второй прядью сальника эти фрагменты укрывали сверху, сальник между фрагментами селезенки фиксировали отдельными кетгутовыми швами и погружали в брюшную полость.

У 10 человек кроме спленэктомии и имплантации ее фрагментов были выполнены различные операции по поводу сопутствующих повреждений органов брюшной полости: у 1 - ушивание ран печени, у 2- ушивание раны желудка, у 2 - резекция участка тонкой кишки, у 2 - экстраперитонизация ушитой раны поперечной ободочной кишки, у 2 - ушивание раны большого сальника.

При необходимости больным с большой кровопотерей при отсутствии повреждения со стороны полых органов производили аутогемотрансфузию излившейся в брюшную полость крови.

НИЗКОПОТОЧНЫЙ МЕТОД ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛЮРАНОМ В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ ДЕТСКОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ

Сатвалдиева Э.А., Абдуллаев Х.Н., Мустакимов А.А., Расулева Н.Р., Абдуллаев Р.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

При анестезии со сниженным газотоком (менее 3 л/мин) имеются определенные преимущества: повышение температуры и влажности дыхательной смеси, снижение отрицательного воздействия анестетиков на медперсонал операционной, расхода медицинских газов и раннее пробуждение больного.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности метода низкопоточной анестезии севофлюраном у детей при экстренных травматологических операциях.

С декабря 2008 г. по февраль 2010 г. проведен метод низкопоточной ингаляционной анестезии у 27 пациентов в возрасте от 4 до 15 лет. Дети были оперированы по поводу механических травм верхней и нижней конечности, черепно-мозговой травмы (ЧМТ), изолированных и сочетанных.

Комбинированная общая анестезия проводилась с низким потоком свежего газа. Индукция в наркоз ингаляционным способом (O_2 100% + севофлюран) или внутривенным путем (пропофол + кетамин в возрастных дозировках) с последующей ингаляцией газонаркотической смеси. Миоплегия - дитилин (2 мг/кг) на интубацию трахеи + ардуан (0,08 мг/кг). Интраоперационная аналгезия - фентанил в возрастных дозировках. Поддержание анестезии осуществлялось ингаляционным способом $N_2O : O_2 = 1:1$ + севофлюран 0,6 об% (n=27).

Контрольную группу составили 20 детей, анестезия которым проводилась по аналогичной схеме с высоким потоком свежего газа.

Вентиляцию проводили на наркозном аппарате Sulla-800 фирмы Drager в реверсивном контуре и общим потоком газа 0,5 л/мин. Показатели гемодинамики исследовались на мониторе Cardiocap (Datex, Финляндия). Интраоперационно регистрировали $PinCO_2$, $PetCO_2$, FiO_2, $FexO_2$, концентрацию NO_2, севофлюрана на вдохе и выдохе, КОС и газы крови.

В условиях закрытого контура режима низкопоточной анестезии показатели газообмена, гемодинамики и респираторной функции у всех детей оставались стабильными на всех этапах анестезии и операции. Интраоперационный мониторинг состояния пациента и стабильность всех исследуемых показателей подтверждают эффективность и безопасность данного метода. Течение анестезии у всех пациентов было гладким, без осложнений. Ни одному больному не потребовалось введения дополнительно наркотиков или гипнотиков. Ингаляционная анестезия с применением севофлюрана в режиме низкопоточной анестезии позволяет поддерживать оптимальный микроклимат в дыхательном контуре.

Выводы. 1. Метод низкопоточной ингаляционной анестезии севофлюраном безопасен, эффективно защищает больного от хирургического стресса и может быть рекомендован для практики детского анестезиолога только при наличии специальной наркозно-дыхательной аппаратуры и тщательного интраоперационного мониторинга газообмена, респираторной функции и гемодинамики. 2. Метод позволяет существенно улучшить микроклимат в дыхательном контуре, снизить расход медицинских газов, стоимость анестезиологического пособия и уменьшить загрязненность воздуха в операционной.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИБРЮШНЫХ И ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПЕЧЕНИ

Турдиева О.С.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Осложнения в послеоперационном периоде у больных, перенесших оперативное вмешательство на печени, разнообразны: печеночная недостаточность, внутрибрюшное кровотечение, перитонит, абсцессы брюшной полости и другие жидкостные скопления.

Оценка характера и динамики развития свободных жидкостных скоплений (СЖС), безусловно, очень важна для хирургов.

Целью работы явилась оценка результатов динамического ультразвукового наблюдения появления и развития СЖС брюшной и плевральной полостей у больных после хирургических вмешательств на печени.

В послеоперационном периоде обследованы 69 больных (42 женщины и 17 мужчин) в возрасте от 16 до 67 лет. Всем пациентам выполнены резекционные и реконструктивные операции на печени, которые завершались дренированием брюшной полости.

После операции на протяжении всего срока пребывания больных в стационаре проводили динамическое ультразвуковое исследование с целью выявления СЖС различной локализации и оценки динамики их развития.

Ультразвуковое исследование выполняли в аппаратах Mindray 6600 и Sonoscape 5000, оснащенных конвексным и линейным датчиками (3,5 и 7,5 мГц). Всего произведено 177 ультразвуковых исследований. У 22 больных выявлены СЖС различной локализации.

Результаты обсуждали с лечащими врачами. У 75% больных в динамике отмечался регресс СЖС самостоятельно или благодаря адекватному оттоку по дренажам.

Ограниченные СЖС эхографически представляются в виде небольших анэхогенных образований с неровными краями различных диаметров (от 10 до 55 мм).

В плевральной полости справа СЖС выявлены у 5% пациентов после хирургических вмешательств на печени.

На сегодняшний день УЗИ , безусловно , является наиболее простым, безопасным, информативным методом при исследовании СЖС плевральной полости. До недавного времени при исследовании плевральной полости ведущую роль отдавали рентгенологическому исследованию. Но сейчас все больше исследователей считают, что ультразвуковая диагностика становится конкурирующим методом в определении внутриплевральных СЖС.

Полипозиционный ультразвуковой мониторинг СЖС в брюшной полости и плевральной полости, проведенный в раннем послеоперационном периоде у 69 больных после различных операции на печени, позволил выявить и наблюдать развития 29 СЖС различной локализации. Из них у 21 СЖС локализовалось в брюшной полости, у 8- в плевральной полости справа.

Показательно, что в 96,6% наших наблюдений констатирована положительная динамика. Этому, на наш взгляд, способствует целый ряд факторов: восстанов-

ление нарушенных функции печени, адекватная работа дренажей в брюшной полости, нормализация белкового и водно-электролитного обмена и адекватная терапия.

В заключение следует отметить, что ультразвуковой мониторинг СЖС после хирургических вмешательств на печени является важным звеном в профилактике осложений, развивающихся в раннем после операционном периоде.

ЖИГАР ШИКАСТЛАНИШЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯНИНГ ЎРНИ

Тўйчиев Б.А., Имамов Ф.А., Саидаматов А.Х., Ортиқов А.Б.
РШТЁИМ Фарғона филиали

Ушбу ишимизда шошилинч видеолапароскопиянинг имкониятлари жигар шикастланишлари мисолида ёритилган.

Клиникамизда 2001 йилдан то ҳозирга давргача жами 352 беморга қориннинг очик жароҳатлари ва ёпиқ шикастланишлари билан хирургик амалиёт ўтказилган, шу жумладан 101 (28,7%) беморда жигарнинг жароҳатланиши аниқланган. Жигар шикастланишлари бўйича бажарилган амалиётларнинг 63 (62,4%) тасида кенг лапаротомия кесими қўлланилган, 38 (37,6%) беморда эса кичик инвазив услуб ҳисобланмиш видеолапароскопия бажарилган. Анъанавий усулда қорни кенг очилган 63 нафар беморлар назорат гуруҳини, диагностика ва/ёки даволаш босқичларида видеоэндохирургия усули қўлланилган 38 киши эса асосий гуруҳни ташкиш қилишди.

Беморларнинг иккала гуруҳида ҳам ёпиқ турдаги шикастланишлар кўпроқ қайд қилинди (76,2% назорат гуруҳида ва 71,1% асосий гуруҳда). Шикастланганларнинг ўртача ёши 27,6+11,8 ёшни ташкил этиб, унинг диапазони 15дан 63 ёшгача бўлган оралиқни қамраб олди. Беморларимиз орасида эркаклар 72,3%ни ташкил этди. Фаол ҳаёт тарзи олиб борувчи (19-44 ёшдагилар) шахслар беморларнинг 59,4%ни ташкил этди.

Деярли ҳар учта бемордан биттаси, яъни 32 (31,7%) киши клиникамизга йўл-транспорт фалокатидан сўнг тушган. Иккинчи ўринни - ҳар тўртта бемордан биттасини қорин деворининг санчилиб-кесилган жароҳатлари бор кишилар ташкил қилди. 18 (17,8%) бемор тўмтоқ буюм билан тан жароҳати олганлар. Ўрганилаётганлар ичида энг оғирларини баландликдан йиқилганлар ташкил қилиб, бундай шикастланганлар 10 (9,9%) нафардан иборат эди. Айрим холларда қориннинг тўмтоқ шикастланишлари уй шароитида (9) ёки ишлаб чиқаришда (4) бехосдан эхтиётсиз ҳаракат туфайли юзага келган.

Жигарнинг шикастланишига гумон билан тушган беморларнинг 32 таси (31,7%) кўплаб ва қўшилиб келган травма олган беморлардир. Улар ичида бош мия травмаси кўпчиликни ташкил қилиб, ҳар 3-4 бемордан бирида кузатилди. Алкогол мастлик ҳолати 25 (24,8%) беморда қайд қилинди.

Жами 39 (38,6%) шикастланганларда шок белгилари қайд қилинди. Жумладан шокнинг I даражаси 19 (18,8%) беморда, II даражаси 11 (10,9%) кишида ва III даражаси 9 (8,9%) нафарда аниқланди.

Анъанавий равишда лапаротомия бажарилган гуруҳда қорин бўшлиғи тафтиши натижасида 19 беморда (яъни 63 кишининг 30,2%да) бирон-бир аъзонинг шикастланиши топилмади; қолган барча 44 (69,8%) нафар беморда эса жигар шикастланиши тасдиқланди: 36 (57,1%) кишида у якка ўзи жароҳатланган, 8та (12,7%) жабрланганларда эса бошқа аъзолар билан қўшилиб травмага учраган.

Асосий гуруҳда (38 бемор) ҳар бир лапаротомия видеолапароскопик тафтиш натижалари билан тўлиқ асосланган бўлиб, у эндоскопик аралашувнинг конверсияси сифатида қўлланилди. Бундай ҳолатлар 15 (39,5%) нафар беморда қайд қилинди. Қолган 23 (60,5%!) кишида диагностика ва даволаш жараёни тўлиқ лапароскопик усулда бажарилди. Жумладан 7 беморда эндоскопик ревизия қорин бўшлиғида шикастланиш белгиларини топмади, 16 ҳолатда эса лапароскопик техника ва анжомлар ёрдамида ички қон кетиш тўхтатилди ва гемоперитонеум бартараф қилинди. Видеолапароскопиядан конверсияга ўтишга мажбур қилган 15 ҳолатларга қуйидагилар киради: жигарнинг чуқур ёрилишлари ва кесилишлари (8), қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшма жароҳатлари (5), диафрагманинг қўшма шикастланиши (2).

Асосий гуруҳдаги атиги 2 (5,3%) беморда операциядан кейинги даврда асоратлар кузатдик: бир кишида қўшма шикастланган қораталоқ спленэктомиясидан сўнг унинг тутқичи чўлтоғидан қонаш кузатилди, иккинчисида эса бирламчи санация ва найчалашнинг камчилиги сабабли кичик тос бўшлиғида абсцесс ривожланди. Назорат гуруҳида кузатилган амалиётдан сўнги асоратлар ичида кенг лапаротомия билан бевосита ёки билвосита боғлиқ асоратлар кўпчиликни ташкил қилди. Булар қаторига жароҳатнинг йирингланиши (4), зотилжам (2) ва чандиқли ичак тутилиши (1) киради.

Асосий гуруҳда ўлим холлари кузатилмади, назорат гуруҳида эса 2 бемор нобуд бўлди: бири геморрагик шокдан чиқа олмади, иккинчиси кўкрак қафасининг қўшма шикастланиши ва посттравматик зотилжамдан ўлди.

Шундай қилиб, анъанавий хирургик тактикага биноан жигар шикастланишларининг клиник ва сонографик белгиларига ишониб лапаротомия бажарилганда таҳминан ҳар учтадан битта ҳолатда (30,2%) бирон-бир аъзонинг шикастланиши топилмайди, яъни лапаротомия асоссиз бўлади. Жигар шикастланишларининг 51,6% юзаки ва кичик ёрилишлар ҳамда кесилишлардан иборат бўлиб, кенг лапаротомияни таълаб қилмайди, видеолапароскопик анжомлар ёрдамида ишончли гемостаз бажарса бўлади. Жигар шикастланишларида кенг лапаротомия бажаришга энг асосланган кўрсатмаларни видеолапароскопия ёрдамида қўйиш мумкин. Бундан ташқари лапароскопик техника деярли 60,5% беморларда лапаротомия бажармасдан ички қон кетишни бартараф қилиши ёки ички шикастланишларнинг йўқлигини аниқлаши мумкин. Видеолапороскопия қорин бўшлиғини батафсил тафтиш қилиш, жигар шикастланишининг таснифини ва ҳажмини баҳолаш имконини бергани холда, бир вақтнинг ўзида энг оптимал жарроҳлик тактикани танлашга кўмаклашади.

ОПЕРАТИВНЫЕ ДОСТУПЫ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ

Улмасов К.С., Норматов У.Э.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: сравнительная оценка объективных показателей операционной раны при задних косо-вертикальных и передних межмышечных оперативных доступах, применявшихся при острых хирургических заболеваниях и сочетанных повреждениях почек у детей в условиях оказания экстренной медицинской помощи.

В отделении детской хирургии ФФРНЦЭМП начиная с 2007-г. применяются два способа щадящих межмышечных оперативных доступов к почке в зависимости от повреждающего фактора. Задний косо-вертикальный межмышечный оперативный доступ используется при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Всего этим оперативным доступом прооперированы 36 детей, из них 13 (36%) девочки, 23 (64%) мальчика. В возрасте до 3 лет было 7 (19,4%), 3-7 лет 10 (27,7%), 7-11 лет -10 (27,7%) 11-15 лет - 9 (25%) детей.

Косо-вертикальный межмышечный доступ через торакоабдоминальную фасцию выполнен при 26 операциях у 33 детей. У большинства оперированных больных была почечнокаменная болезнь. Операция пиелолитотомия произведена у 15 больных, нефролитотомия - у 3, нефроуретерэктомия -у 2 больных, страдающих мочекаменной болезнью у которых как осложнение основного заболевания развился пионефроз с переходом в нефросклероз с полной утратой функции органа.

Передним межмышечным доступом оперированы 9 больных. Ревизия органов брюшной полости ушивание разрыва печени санация и дренирование брюшной полости, и ушивание разрыва паренхимы почки, нефростомия слева выполнены - у 3 (33,3%) больных, ревизия органов брюшной полости удаление селезенки санация и дренирование брюшной полости и ушивание разрыва паренхимы почки нефростомия слева - у 2 (22,2%). Ревизия органов брюшной полости с сохранением селезенки, санация и дренирование брюшной полости и ушивание разрыва паренхимы почки нефростомия слева - у 3 (33,3%). У 1 (11%) пациента произведена нефроуретерэктомия.

8 больных были доставлены в отделение детской хирургии ФФРНЦЭМП после дорожно-транспортного происшествия. Основными диагнозами у 3 из них был травматический разрыв печени и правой почки, у 2 - травматическое повреждение селезёнки и левой почки перитонит и забрюшинная гематома, макрогематурия.

Выводы. 1). При острых хирургических заболеваниях почек применение заднего косо-вертикального щадящего оперативного доступа позволяет успешно выполнять не только паллиативные, но и радикальные хирургические вмешательства на почке и верхней трети мочеточника. 2). Для доступа к брюшной полости и забрюшинного пространства наиболее эффективным является передний межмышечный оперативный доступ, который позволяет провести одномоментную ревизию и выполнить необходимое хирургическое вмешательство на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, при этом наносится минимальная операционная травма больному.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Улмасов К.С., Сайдалиев С.С., Ахмедов Н.Р.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Несмотря на достаточное количество научно-исследовательских работ, посвященных диагностике, предоперационной подготовке и лечению сочетанных повреждений паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей, число осложнений и летальных исходов не снижается.

На базе Ферганского филиала РНЦЭМП экстренном детском хирургическом отделении в 2007-2009 гг. находились на лечении 28 детей в возрасте от 1 года до 14 лет с сочетанными повреждениями паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства, их них было 19 мальчиков и 9 девочек. Состояние всех больных было тяжелым. 11 детей получили травмы вследствие автотравмы, 9- при падении с высоты, 8- при ударе в живот. Кроме того, у 16 установлен перелом костей верхней конечности, у 8- перелом нижней конечности, у 4- переломы верхней и нижней конечности одновременно. Необходимо подчеркнуть, что у 5 из 28 пациентов наблюдалась закрытая черепно-мозговая травма. После проведения комплекса диагностических мероприятий у 11 детей диагностирован разрыв печени, у 5- разрыв печени и селезенки, у 8- разрыв печени и повреждение почки, у 4 повреждение паренхиматозных органов было под сомнением. После проведения противошоковой терапии, соответствующей иммобилизации поврежденных конечностей этим 2 пациентам произведена микролапаротомия с целью диагностики методом "шаряшего катетера". В результате обнаружена кровь в левом боковом канале. Все пострадавшие дети после кратковременной комплексной предоперационной подготовки, включающей инфузионную, гемотрансфузионную, противошоковую, обезболивающую терапию, были оперированы. У 19 разрывы печени различной степени, были ушиты и герметизированы сальником. У 1 ребенка с разрывом печени обнаружен отрыв правой почки, по поводу чего выполнена дополнительно нефруретрэктомия, 1 пациенту с разрыв верхнего полюса правой почки произведено её ушивание, у 2 - был ушиб почки, который лечили консервативно, у 3 - выполнено ушивание печени и спленэктомия, у 2 - спленэктомия.

Все пациенты в послеоперационном периоде получали комплексное лечение, а также лимфотропную терапию и физиотерапию. Необходимо отметить, что послеоперационный период у всех детей прошел гладко, без осложнений, восстановительный период прошел достаточно быстро. Все больные были выписаны через от 9 - 16 дней на амбулаторное лечение.

Таким образом, наши наблюдения показали, что своевременная диагностика, которая стала возможной в условиях службы экстренной медицинской помощи, адекватное хирургическое вмешательство в краткие сроки после получения травмы, оптимальное комплексное лечения с включением лимфотропной терапии и физиотерапии у детей позволяет значительно сократить число послеоперационных осложнений.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЁНКИ У ДЕТЕЙ

Улугмурадов А.А., Ахмедов Ю.М., Соаткулов Х.М.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Неоперативное лечение тупых травм селезенки вызывает в последнее время большой интерес исследователей. Число сообщений на эту тему, в частности в зарубежной литературе, неуклонно возрастает. Неоперативный метод лечения повреждений селезенки все чаще находит применение в педиатрической практике.

Цель исследования: оценка дифференцированной хирургической тактики при закрытой травме селезёнки у детей.

В 2004-2009 гг. в отделении детский хирургии на лечении находились 34 ребенка, получивших закрытую травму селезёнки. У 8 (23,52%) проводилось неоперативное лечение, у 13 (38,23%) выполнены органосохраняющие операции, у 11 (32,35%)- спленэктомия с благоприятным исходом.

При проведении неоперативного лечения травм селезенки особое внимание мы уделяем точной диагностике. С этой целью используются лапароцентез, лапароскопия, а также ультразвуковое исследование с компьютерной томографией. Условиями для неоперативного лечения являются стабильные показатели кровообращения и общего состояния больного, отсутствие травм других брюшных органов и перитонеальных симптомов, нарушений свертываемости крови. Неоперативное лечение особенно рекомендуем проводить при установленном диагнозе субкапсулярных гематом селезенки, не имеющих тенденции к распространению.

Неоперативное лечение повреждений селезенки проводят при соблюдении строгого постельного режима под постоянным контролем гемодинамических данных и показателей гематокрита. В течение 1-й недели таким больным рекомендуем проводить парентеральное питание.

Выводы. Применение дифференцированного подхода к лечению закрытых повреждений селезёнки у детей позволило сохранить этот орган у 60% наших пациентов. Неоперативное лечение повреждений селезёнки допустимо только там, где за больным может быть установлено самое тщательное наблюдение с возможностью использования таких современных неинвазивных методик, как ультразвуковое исследование и компьютерная томография.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Усманов Ш., Рахимов Б.С., Акбаров Н.А., Халилов Ш.К., Мамадалиев Х.А.
Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Проанализированы результа лечения 15 больных детей с различной формой травматических повреждений почек: у 10 больных были субкапсулярные повреждения, у 5 - повреждения почек с разрывами лоханки и чашечек, причем 2 больных поступили в клинику через 1 и 1,5 месяца с момента травмы. У 3 больных было размозжение почек с отрывом сосудистой ножки мочеточника. У 2 больных повреждения связаны с автотравмой, у 8 - падением с высоты. У 5 больных было сочетанное повреждение органов брюшной полости. У 4 пострадавших повреждения возникли на фоне гидронефротической трансформации: на почве врожденного гидронефроза у (2) и калькулезного гидронефроза (2).

Клиническая картина была обусловлена характером закрытых повреждений. Общими симптомами были различной степени боли в животе и соответствующей половине поясничной области. У 9 больных приступообразная боль была связана с обструкцией мочевыводящих путей сгустками крови. Гематурия как основной симптом имело место у 10 больных. Из 4 больных, в моче которых не выявлена гематурия, у 1 был отрыв сосудов и мочеточника.

В диагностике повреждения почек ведущее место отводили обзорной и экскреторной урографии, так как результаты рентгенологических исследований позволяли не только уточнять диагноз, но и служили подспорьем при выборе хирургической тактики.

У 10 больных первоначально лечебная тактика была направлена на консервативной: гемостатики, обезболивающие, профилактика нагноения, строгий постельный режим.

Эффективность метода оценивали в течение 2 суток. Были прооперированы 7 больных, в том числе 2 в связи с безуспешностью консервативной терапии.

Оперативное вмешательство у 5 пациентов заключалось в устранении подкапсулярной гематомы и ушивании раны, у 1 - резекции размозженных полюсов и устранении дефекта в чашечно-лоханочной зоне, у 1 произведена нефрэктомия.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ

Файзиев А.Ш., Наврузов М.Н., Туляков Р.П.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Лечение закрытых повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства и по настоящее время остается актуальной проблемой. В общей структуре детского травматизма эта нозология составляет 2-4% от всех повреждений, сопровождается тяжелым клиническим течением, большим объемом хирургических вмешательств и частым развитием послеоперационных осложнений.

Цель исследования: уточнение особенностей повреждений и лечебной тактики при закрытых травмах органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей.

С октября 2000 г. по июнь 2005 г. в отделении экстренной детской хирургии наблюдались 128 детей с закрытыми травмами живота и забрюшинного пространства, из них 65 больных подвергнуты оперативному вмешательству. У 63 детей наблюдались ушибы передней брюшной стенки.

Наиболее часто обнаруживали повреждения паренхиматозных органов. У 13 пострадавших было повреждение селезенки. Спленэктомия выполнена у 11 детей, и только у 2 больных с поверхностными трещинами капсулы оперативное вмешательство ограничивалось наложением кетгу-

товых швов с предварительной тампонадой ран свободным фрагментам сальника.

С разрывом печени было 9 больных, у которых на поврежденную часть органа накладывали П-образные гемостатические кетгутовые швы.

Разрывы полых органов наблюдали у 10 детей, у которых основными признаками являлись симптомы раздражения брюшины. Наличие свободного газа в брюшной полости определили только у 6 детей. При разрыве кишечника у 8 больных мы ограничивались лишь ушиванием дефекта. При наличии множественных, расположенных близко друг от друга дефектов, резецировали кишку с последующим наложением анастомоза "конец в конец" или "бок в бок". Гематома сальника и брыжейки обнаружена у 12 детей. При нарастании гематомы находили кровоточащие сосуды и перевязывали.

При неясности клинической картины травмы брюшной полости, без выраженного нарастания симптомов раздражения брюшины выполняли диагностическую лапароскопию. Почти всегда в таких случаях обнаруживали гематомы брыжейки кишечника, серозных покровов и забрюшинного пространства (14 б-х). Интерес представляли 3 случая травмы брюшной полости, осложнившихся разрывом диафрагмы с частичным переходом петель кишечника в плевральную полость. У этих больных очень рано проявились симптомы дыхательной недостаточности. Диагноз разрыва диафрагмы установлен зондированием желудка и контрастным исследованием желудочно-кишечного тракта в динамике. После перемещения петель кишечника в брюшную полость была восстановлена целостность диафрагмы. При подозрении на травму почек (4 б-х) производили экскреторную урографию. По данным экскреторной урографии определяли тактику и объем оперативного вмешательства. 2 больным произведена нефроэктомия, 2 - ушивание раны почки.

Результаты исследований показали, что у детей при закрытых травмах живота наиболее часто повреждаются паренхиматозные органы брюшной полости и забрюшинного пространства, в основном селезенки и почек. В основе лечебной тактики должны лежать ранний и эффективный гемостаз и органосохраняющий принцип хирургии.

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

Хаджибаев А.М., Гулямов Б.Т., Шукуров Б.И., Мадиев Р.З.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Торакоабдоминальные ранения относятся к числу наиболее тяжелых ранений как мирного, так и военного времени, составляя одну из сложных и до конца не решенных проблем экстренной хирургии. Особенности диагностики, полноценной оценки объема и характера повреждений, отсутствие общепринятой хирургической тактики представляют собой сложную задачу. Неправильный выбор хирургического тактики приводит к тому что, что количество напрасных торакотомий колеблется от 1,2 до 17,5%, а лапаротомий - от 30,4- до 48,1%.

Нами проанализированы результаты малоинвазивных методов хирургического лечения 81 пациента в возрасте от 16 до 69 лет с торакоабдоминальными ранениями, поступившего в РНЦЭМП в 2001 - 2010 гг.Среди пострадавших преобладали лица мужского пола. Средний возраст больных 40ё6 года, Сроки от момента травмы до оказания помощи - от 0,5 до 24 ч.

Обследование пациентов включало применение клинико-инструментальных, рентгенологических и ультразвуковых методов исследования. Во всех случаях отмечалось ранение колото-резаного характера. При отсутствии явных признаков профузного внутриплеврального или внутрибрюшного кровотечения, ранения трахеи и крупных бронхов больным проводилась торакоскопия. Ранения трахеи и крупных бронхов у наших пациентов не наблюдалось. У 45 (55,6%) пострадавших торакоскопия выполнена при расположении ранения в торакоабдоминальной зоне с клиническими признаками подкожной эмфиземы, с явлениями гемопневмоторакса в малом количестве, что не требовалось торакотомии.

У 32 (39,5%) пострадавших с ранениями грудной клетки при поступлении была явная клиника острого живота, что явилось показанием к выполнению экстренной лапаротомии. У остальных 49 (60,5%) пациентов выполнена диагностическая лапароскопия, так как у них картина повреждения органов брюшной полости была сомнительной (33) или вовсе отсутствовала (16). В таких ситуациях показанием к лапароскопии служили ранения диафрагмы, выявленные при торакоскопии у 39 больных и торакотомии у 3, а также наличие свободной жидкости на УЗИ у 7 пациентов.

Из 49 больных, подвергнутых лапароскопии, только у 20 (40,8%) пришлось прибегнуть к конверсии, так как было выявлено повреждение. У остальных 29 (59,2%) пострадавших удалось избежать лапаротомии ввиду удачно выполненного эндоскопического гемостаза (18) и отсутствия повреждения органов брюшной полости (11).

Для видеоэндоскопической верификации ранения диафрагмы предпочтение отдаем торакоскопии, так как метод практически всегда позволяет полностью визуализировать всю поверхность купола диафрагмы. Как было указано выше, в 16 (19,8%) торакоскопиях удалось диагностировать торакоабдоминальный характер ранения, хотя у этих больных отсутствовали клинические признаки ранения органов брюшной полости.

На фоне соблюдения лечебно-диагностических стандартов, предусматривающих широкое применение видеоторакоскопии и видеолапароскопии, различные осложнения отмечены у 5 (6,2 %) пациентов, а летальность составила 8,6% (7 б-х).

Таким образом, неотложная торакоскопия и лапароскопия способствуют значительному снижению диагностических и тактических ошибок и, тем самым, приводит к улучшению результатов лечения больных с торакоабдоминальными ранениями.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧЕК

Хаджибаев А.М., Максумов К.Д., Кулматов О.А., Рашидов М.М.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Изолированная травма наблюдается в 60-90% случаев. Автотравма в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП) встречается в 57% случаев, при падении с высоты - в 24%, при ударе в поясничную область - в 19 %. Достоверность компьютерной томографии (КТ) при диагностике повреждений почек составляет 94%. Этот метод позволяет выявить субкапсулярные гематомы, определить их локализацию и размеры, состояние чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), разрыв и разрывы паренхимы почки. Достоверность КТ-исследования повышается при сочетания его с экскреторной урографией. КТ считается золотым стандартом у больных с повреждением почки, несмотря на высокую стоимость исследования.

Мы располагаем опытом лечения 164 больных с изолированными повреждениями почек. Автотравма имела место у 13 (7,9%) больных, падение с высоты - у 82 (50%), удар в поясничную область - у 59 (36%), колото - резаное ранение было у 10 (6%) пациентов. В первые 6 часов после травмы госпитализированы 81 (49,3%) больных, до 24 часов - 57 (34,7%), спустя более 24 часов - 26 (15,8%).

Всем больным произведено обследованииесогласно лечебно - диагностическому стандарту. Выраженный болевой синдром выявлен практически у всех больных, макроскопически гематурия наблюдалась у 74 (45,1%), микроскопически - у 90 (54,9%). выполнялось УЗИ почек, забрюшинного пространства, органов брюшной полости. При субкапсулярной забрюшинной гематоме, наличии ограничения подвижности почек и нечеткости их контуров выполнялась внутривенная урография в сочетании с КТ. Степень повреждения почек оценивалась по (EAU/ Guidelines 2009 Edition), согласно которой I степень - ушиб почки, ограниченная подкапсульная гематома без паренхиматозных разрывов выявлены у 87 (53 %) больных. II степень - разрыв почечной паренхимы глубиной <1 см, не проникающий в полостную систему почки, - установлена у 15 (9%) пациентов, III степень - разрыв почечной паренхимы глубиной > 1 см, не проникающий в полостную систему почки, - у 30 (18,5%) больных. IV степень - разрыв почечной паренхимы проникающий в полостную систему почки, повреждение крупных артерий и вен почки, отмечалось у 32 (19,5%) пациентов.

У больных с повреждением I и II степени проводилась общепринятая консервативная терапия. У 4 (13,3%) из 30 больных с III степенью имело место развитие субкапсулярный гематомы свыше 6 см, которые потребовали выполнения оперативного вмешательства: опорожнения гематомы, ушивания разрывов почки, нефростомии. Все больные с IV степенью подверглись оперативному вмешательству. Органосохраняющая операция выполнена у 23 (14%) больных. Вмешательство заключалось в ушивании разрыва паренхимы почки, нефростомии и дренировании околопочечный клетчатки. Нефрэктомия выполнялось в исключительных случаях у 10 (6%) больных в связи с размозжением почки и повреждением крупных сосудов органа, которые привели к профузному кровотечению.

На основании нашего опыта сделан вывод, что основным методом диагностики травматических повреждении почек при II-III-IV степени является экскреторная урография в сочетании с КТ.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА

Хаджибаев А.М. , Янгиев Б.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

На сегодняшний день мы располагаем опытом лечения 132 больных с повреждениями пищевода, поступивших на лечение в 1976-2009 гг. Мужчин было - 84, женщин - 48, в возрасте от 15 до 75 лет.

Травмы пищевода у 111(84%) больных носили ятрогенный характер, у 21(16%) пациента причиной повреждения пищевода явились другие факторы. В первые 6 часов после травмы поступил - 51 (38,6%) больной, в течение 7-24 часов- 30 (22,8%), позже 24 часов- 51 (38,6%).

Диагностика повреждений пищевода основывалась на жалобах больных, анамнеза заболевания и данных объективного осмотра. Все больные обследованы согласно принятым клинико-диагностическим стандартам (рентгенологические, эндоскопические, лабораторные методы). Повреждение шейного отдела пищевода было диагностировано у 58 больных, верхней трети грудного отдела пищевода у 26, средней трети грудного отдела у 15, нижней трети грудного отдела у 23, абдоминального отдела пищевода у 10. На основании проведенного обследования установлены характер, уровень, длина, ширина повреждений, а также наличие осложнений, что позволило определить показания к консервативному или оперативным методам лечения.

Консервативное лечение было проведено 54(40,9%) больным с непроникающими повреждениями пищевода при отсутствии гнойных осложнений. После лечения все больные были выписаны с выздоровлением.

Хирургическое вмешательство было выполнено 78 (59,1%) больным согласно принятым стандартам лечения. При этом нами были использованы чресшейный (11) и чрезбрюшинный (16) доступы, а также их сочетание (51). Показаниями к экстренному хирургическому лечению считали:

1. Закрытые и открытые повреждения пищевода в результате тупой травмы, нанесения резаных, колотых ран и огнестрельных ранений;
2. Большие продольные разрывы пищевода любой локализации.
3. Проникающие повреждения инородными телами, находившимися в пищеводе более 24 часов.
4. Проникающие инструментальные разрывы, сопровождающиеся образованием ложного хода более 2-3 см. в средостение.
5. Проникающие повреждения абдоминального отдела пищевода.
6. Повреждения любого характера в сочетании с повреждением плевры, а также осложнившееся образованием абсцесса или флегмоны шеи, средостения и брюшной полости.

В зависимости от результатов обследования больным были проведены как радикальные (ушивание дефекта стенки или экстирпация пищевода), так и паллиативные (операции направленные на выключение пищевода и дренирова-

ние воспалительного очага) методы хирургического лечения. Радикальные операции наиболее эффективны в ранние сроки после повреждения пищевода. Паллиативные операции были выполнены при больших сроках с момента получения травмы (12 часов и более), при наличии выраженных гнойно-септических осложнений, при тяжелом общем состоянии больного и в случаях невозможности по каким-либо причинам выполнения радикальной операции. При выполнении хирургического вмешательства мы придерживались следующих этапов: выбор хирургического доступа, обнаружение дефекта пищевода, наложение швов с дополнительным их укреплением, выбор метода дренирования.

Чресшейный доступ использовался при ушивания повреждений шейного и верхней трети грудного отдела пищевода, а также для дренирования средостения не ниже уровня 6 грудного позвонка. Чрезбрюшинный доступ (Б.С.Розанов, 1931) использовался при повреждении нижнегрудного и абдоминального отделов пищевода.

Из числа оперированных 44 поступившим в течение первых суток после травмы, произведено ушивание стенки пищевода с укреплением линии шва прилегающими тканями и медиастинальной плеврой, а также дренированием зоны повреждения и средостения. Остальным 34 больным, поступившим на 2-3 сутки после травмы, произведено вскрытие флегмоны с активным дренированием зоны повреждения и средостения, с наложением гастростомы. Послеоперационные осложнения различного характера отмечадись у 26 (33,3%) больных. У 56 (72,8%) оперированных больных отмечался благоприятный исход, пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии. Умерли 22 (28,2%) больных, которые поступили в поздние сроки. Основной причиной летального исхода явились продолжающейся медиастинит с последующим развитием у больных септических осложнений, а также сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность.

Таким образом, соблюдение принятых единых стандартов диагностики и лечения повреждения пищевода и оптимальная хирургическая тактика, а также оснащенность центров экстренной медицинской помощи современным оборудованием позволили добиться своевременной диагностики и улучшить результаты лечения, тем самым снизив летальность у данной категории больных.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕВЫХ ПЕРИТОНИТОВ В УРГЕНТНОЙ УРОЛОГИИ

Хайдаров А.Х., Исаков Х., Файзуллаев Н.У.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Повреждения мочевого пузыря с последующим развитием мочевого перитонита в ургентной урологии встречается нередко, в связи с чем поиск и выполнение радикальных и комбинированных хирургических операций при мочевых перитонитах остается актуальной проблемой.

За период с 2000 по 2009 гг. урологические вмешательства выполнены у 112 пациентов с мочевым перитонитом. Из них у 67 (59,8%) пациентов причиной мочевого перитонита послужил разрыв мочевого пузыря при переломах костей таза, у 29 (16%) разрыв мочевого пузыря сочетался с разрывом тонкого кишечника, у 12 (10,7%) - с ушибом и размозжением почек с забрюшинной гематомой. Ятрогенное повреждение мочевого пузыря с последующим развитием мочевого перитонита наблюдалось у 4 (3,5%) больных. Все больные были подвергнуты общеклиническому и урологическому исследованию по стандарту, УЗИ, обзорной и контрастной рентгенографии,пробе Зельдовича , цистоскопии.

Признаки от ушиба паренхимы почек до разрыва и размозжения почек подтвердились после рентгенологического и УЗИ-исследования. Нарастающая паранефральная урогематома, продолжающаяся макрогематурия и присоединение перитонеальных явлений диктовали необходимость проведения после соответствующей предоперационной подготовки экстренной лапаротомии. Оперативное лечение включало ревизию органов брюшной полости и малого таза, ушивание дефекта мочевого пузыря с последующим наложением надлобковой эпицистостомии, санацию и дренирование брюшной полости. 4 больным произведена нефрэктомия, 16 - ушивание разрыва почки, 35 - ушивание разрыва мочевого пузыря, 11 пациентам выполнена лапаратомия и санация брюшной полости. Отсроченная лапаратомия произведена при наличии скудных клинических и лабораторных признаков мочевого перитонита 1 больному. При этом диагностические критерии отчетливо выявлены с помощью экскреторной урографии, цистоскопии или диагностической лапараскопии.

Всем больным в послеоперационном периоде проводились контрольная УЗИ и контрастная урография, что позволило прогнозировать исход оперативного лечения.

ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Хайдаров Г.А., Карабаев Х.К., Рузибоев С.А., Носиров А.Б.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Лечение травматических повреждений двенадцатиперстной кишки (ДПК) остается нерешенной проблемой неотложной хирургии. При травмах ДПК летальность составляет от 11,8-30,5 до 46,6-80,0%, а в случаях развития забрюшинной флегмоны достигает 100% (Мишуров Н.В. и др., 1996).

Под нашим наблюдением в 2005 -2009 гг. находился 21 больной с закрытыми повреждениями ДПК.

Повреждения ДПК у 9 пострадавших возникли в результате падения с высоты, у 12 - автоаварии. В первые 6 часов после травмы поступили 15 пациентов, остальные- в более поздние сроки. Изолированные повреждения ДПК были у 4 больных, в сочетании с травмой поджелудочной железы- у 5, печени- у 6, желчного пузыря- у 6. У подавляющего большинства пациентов с травмами и ранениями живота обследование выполнялось непосредственно в операционной на фоне проведения противошоковых мероприятий.

У 4 больных с гематомами ДПК выполнена эвакуация гематомы с последующим дренированием забрюшинной клетчатки. У 2 больных с разрывом ДПК ограничились наложением первичного шва, у 6 первичный шов ДПК был дополнен холецистостомией, у 2- дивертикулизацией ДПК, у 3 дивертикулизация ДПК произведена по

методу Донавана-Хагена. У 4 больных на поврежденный участок ДПК наложен дуоденоеюноанастомоз на длинной петле с брауновским соустьем и трансназальной интубаций ДПК.

Осложнения после хирургического лечения пациентов возникли у 6 (28,5%). Посттравматический панкреатит наблюдался у 3 больных, несостоятельность дуоденальных швов у 3 пострадавших с последующим формированием дуоденального свища. Умерли 5 пациентов, летальность составила 23,80%.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Халилов М.Л., Ахмедов Р.Н., Рашидов М.М.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Повреждение нижних мочевых путей может быть вызвано как тупой, так и проникающей травмой или вследствие ятрогении. При травме живота у 10% пациентов имеется повреждение мочеполовых органов, из них у 2% имеет место повреждение мочевого пузыря. Тупая травма живота в 6-8% случаев сочетается с повреждением мочевого пузыря. Наиболее распространенная причина травмы мочевого пузыря (90%), - тупая травма вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП). Повреждение мочевого пузыря вследствие тупой травмы могут быть внебрюшиннего и внутрибрюшинного характера. В 75% случаев повреждение мочевого пузыря сочетается с переломами костей таза различной степени.

Нами обследованы 84 больных с повреждением мочевого пузыря, из них 44 (52,4%) получили травму в ДТП, 26 (30,9%) - при падении с высоты, 14 (16,7%) - в результате локального удара в надлобковую область. Сочетанная травма мочевого пузыря с переломом костей таза наблюдалась нами у 13 (15,4%) больных. У 46 (54,7%) больных при поступлении установлен травматический шок I-II степени, у 11 (13%) - III степени.

Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря диагностирован у 69 (82,1%), внебрюшинный - у 15 (17,9%) пациентов. Следует отметить, что большое значение при получении травмы имеет алкогольное опьянение. В результате алкогольного опьянения чаще всего происходит внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря вследствие его переполнения и уменьшения позыва к акту мочеиспускания.

Основными клиническими признаками у больных были боли над лоном, невозможность мочеиспускания при отсутствии уретрорагии, наличие напряжения брюшной стенки и крепитация костей таза. Одним из диагностических критериев травмы мочевого пузыря явилась гематурия при катетеризации мочевого пузыря.

Все больные согласно принятому в Центре стандарту в приемном отделении осмотрены смежными специалистами: абдоминальным, торакальным хирургом, травматологом и нейрохирургом.

Основными диагностическими мероприятиями являлись УЗС брюшной полости и малого таза, почек, мочевого пузыря, рентгенография костей таза, проба Зельдовича, при положительном результате последней ретроградная цистография. Лапароскопическая диагностика при политравме произведено 33 (39,2%) больным, показанием послужило подозрение на повреждение органов брюшной полости.

Всем больным с травмами мочевого пузыря произведено оперативное лечение: ушивание дефектов мочевого пузыря, эпицистостомия и дренирование брюшной полости при внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря.

Летальность при травме мочевого пузыря 8,3% (7 б-х). Причиной высокой смертности был пожилой возраст пострадавших, поздняя обращаемость и развитие мочевого перитонита.

Таким образом, наш опыт лечения больных с травмой мочевого пузыря позволяет сделать вывод, что выполнение рутинных методов исследования, включая лапароскопию, позволяет своевременно установить диагноз, выполнит адекватное оперативное вмешательство. Высокая смертность при внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря связана с поздней обращаемостью больных и развитием мочевого перитонита.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ходжиев Д.Ш., Абдалов Т.К., Тлеумуратов Б.Д.
Нукусский филиал РНЦЭМП

Травмы поджелудочной железы относятся к чрезвычайно тяжелым формам острой хирургической патологии брюшной полости. Частое сочетание повреждений, относительная недоступность при пальпации из-за особенностей анатомического расположения, богатая вегетативная иннервация поджелудочной железы, ее непосредственное соседство с солнечным сплетением обусловливают крайнюю тяжесть состояния больных с травмой поджелудочной железы, большие трудности диагностического характера. Не полностью решены и вопросы хирургической тактики, а также комплексного лечения больных с этой патологией брюшной полости. Летальность колеблется в пределах 12,5-40,5%.

Цель: остановка кровотечения, предотвращение истечения панкреатического сока в брюшную полость или окружающие железу ткани и ее аутолиза, а также предупреждение развития инфекции.

В Каракалпакском филиале РНЦЭМП в 2004 - 2009 гг. находились 12 больных мужского пола в возрасте 15-54 лет с повреждениями поджелудочной железы, возникшими в результате тяжелой травмы брюшной полости. Причинами повреждения поджелудочной железы у 6 явились внезапное нанесение удара тупым предметом в области живота, у 2 - падение на живот, у 4 - проникающее ранение живота. У 2 из 12 больных с закрытой травмой живота имело место изолированное повреждение поджелудочной железы, анатомические изменения в которой характеризовались наличием субкапсулярной гематомы. У остальных пациентов были сочетанные повреждения поджелудочной железы.

У 4 больных с разрывом капсулы и поверхностным разрывом паренхимы железы после субкапсулярного введения новокаина и ингибиторов ограничились тампонадой и дренированием сальниковой сумки. 1 пациенту произведена дистальная панкреатэктомия с укрытием культи поджелудочной железы сальником. У 1 пострадавшего с отрывом головки поджелудочной железы от двенадцатиперстной кишки произведена пластика панкреатического протока на скрытом дренаже, холецистоеюностомия. 6 больным наложены швы на рану поджелудочной железы с тампонадой сальником и последующим дренированием сальниковой сумки марлевым там-

поном и резиновой трубкой. Послеоперационный период у 2 больных осложнился панкреатическим свищом, у 1 -поддиафрагмальным абсцессом, у 1 - пакреонекрозом и профузным кровотечением из острых язв желудочно-кишечного тракта, у 2 - пневмонией.

Умер один больной. Причиной смерти явились панкреонекроз и профузное желудочно-кишечное кровотечение.

Выводы. Дренирование живота методами, способствующими снижению гидростатического давления в сальниковой сумке, хорошему оттоку панкреатического секрета, предотвращающими распространение его по брюшной полости, имеет первостепенное значение с точки зрения ближайших и отдаленных результатов комплексного лечения больных с этой тяжелой патологией.

Пострадавшие с травмой живота и повреждением поджелудочной железы подлежат экстренному хирургическому лечению. Характер и объем оперативного пособия определяется интраоперационно в зависимости от повреждения.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ У ДЕТЕЙ

Ходжимухамедова Н.А., Акилов Х.А., Ли Э.А., Аминов У.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Повреждения органов промежности у детей по-прежнему остается труднейшей проблемой детской хирургии. Тема эта не снимается с повестки дня хирургических съездов как в нашей республике , так и в других странах мира. Повреждения могут быть закрытыми (ушибы, подкожные гематомы) и открытыми (резаные ,колотые раны и ушибленно-рванные раны). Во всех случаях травмы органов промежности могут сочетаться с повреждением прямой кишки, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала и костей таза. У большинства детей приходится иметь дело с проявлениями механической травмы, связанной в основном с падением на тупые и острые предметы, ударом, иногда с введением инородных тел во влагалище или уретру (детали авторучек, шпильки, булавки и др.).

Целью нашего исследования является определение диагностической и лечебной тактики у детей с травмой промежности, в зависимости от сроков обращения в стационар.

Учитывая важность вопроса, мы проанализировали архивный материал за период с 2005 по 2010 гг. В отделение неотложной детской хирургии за этот период поступили 16 детей в возрасте от 5 до 14 лет, из них 9 мальчиков и 7 девочек. Специализированная медицинская помощь 12 больным было оказана в течение первых 6 часов после получения травмы, 2- через 12 часов, 1 - через 24 часа , 1-у -через 1 месяц с момента травмы. У 10 пациентов (62,5%) травмы носили бытовой характер, у 6 (37,5%) - криминальный.

При поступлении всем детям проводили общеклиническое обследование: лабораторные исследования, УЗИ-мониторирование органов брюшной полости, малого таза и мошонки для определения свободной жидкости, гематомы и признаков повреждения тканей, рентгенологические исследования органов брюшной полости, при необходимости ректосигмоскопия, цистоскопия. Осмотр анального канала, прямой кишки, влагалища у девочек или мошонки у мальчиков проводили обязательно в условиях операционной под внутривенной анестезией. У 3 пострадавших выявлена гематома промежности и мошонки, ссадины прианальной области, трещины слизистой анального канала, которые не требовали оперативного вмешательства и велись консервативно. У 2 пациентов с колото-резаной раной мягких тканей промежности без повреждения мошонки, прямой кишки и органов малого таза произведена первичная хирургическая обработка (ПХО). У 2 случаях ушиблено-рванные раны промежности сочетались с повреждением анального канала и дистального отдела прямой кишки. Им выполнено ушивание стенки прямой кишки, параректальное дренирование промежности, дренирование прямой кишки. У 2 девочек было повреждение промежности с повреждением ректовагинальной перегородки, передней порции сфинктера анального канала. Этим пациенткам выполнено восстановление структур влагалища. Надо отметить, что ушивание повреждения стенки прямой кишки, сфинктера проводилось только в сроки от 2 до 6 часов от момента получения травмы. У 2 больных имелась ушиблено-рваная рана промежности с изолированным повреждением задней стенки влагалища. Им выполнена ПХО раны и восстановление структур влагалища. Одна девочка переведена из акушерского стационара в связи с повреждением промежности и влагалища, там же при выполнении ПХО раны произведено прошивание уретры, в связи с чем в РНЦЭМП через 24 часа после травмы пациентке выполнена уретропластика . У 3 мальчиков было повреждение промежности с ушибленно-рваной раной мошонки без повреждения уретры и прямой кишки, им также выполнена ПХО. У девочки 5 лет с инородным телом (батарейка) влагалища без повреждения девственной плевы (давность травмы 1 месяц) произведено его удаление. Всем пациентам в послеоперационном периоде выполнялось динамическое наблюдение: УЗИ-мониторирование брюшной полости. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось.

При травмах промежности с повреждением дистального отдела прямой кишки возможно первичное восстановление структур в первые 6 часов от момента травмы. Кроме того, необходимо динамическое наблюдение за состоянием брюшной полости, профилактика развития флегмоны промежности, ректовагинальных и пузырно-прямокишечных свищей.

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Худайбергенов Ш.А., Муродов Т.Р., Кулдошев Г.Н., Курбанов Ф.У.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: выявить частоту гнойно-септических осложнений у пациентов с закрытой травмой живота с повреждением внутренних органов и летальность после проведенного оперативного лечения.

Нами проанализированы результаты лечения 156 пациентов с закрытой травмой живота с повреждением внутренних органов, находившихся в Бухарском филиале РНЦЭМП в 2001-2009 гг. Мужчин было - 106 (67,9%), лиц трудоспособного возраста - 138 (88,7%). Необходимо отметить, что почти 1/3 пострадавших поступили в состоянии алкогольного опьянения. У 123 (78,8%) травма носила бытовой характер, у 23 (14,7%) была получена в результате дорожно-транспортного происшествия, у 7 (4,4%) имело место спортивная, у 3 (1,9%) производственная травма. Оперативное лечение проведено 96 (61,5%) пациентам, остальные получали консервативную терапию. У 58 (60,5%) были изолированные повреждения паренхиматозных, у 38 (39,5%) - полых органов, У 32 (20,5%) повреждения внутренних органов живота диагностированы лапароскопическим способом. У 58 (60,5%) пациентов с закрытыми травмами живота отмечалась кровопотеря по субкомпенсированному (36 - 62%) и декомпенсированному (22 - 38%) типу. У 21 (21,8%) пациента установлен разлитой перитонит (гемоперитонит - у 13, воспалительного характера - у 8).

В послеоперационном периоде у 26 (27,1%) из 96 пациентов отмечалась гнойно-септические осложнения, из них у 11 послеоперационный перитонит: ограниченный - у 5, разлитой - у 6 по поводу которого выполнена релапаратомия. У остальных 15 пациентов осложнения (глубокое и поверхностное нагноение - 11, пневмония - 4) излечены консервативным путем. Общая летальность составила 3,2% (5 б-х), а среди пациентов с закрытыми травмами с повреждением внутренних органов - 3,1% (3 б-х). У всех этих 3 пациентов в послеоперационном периоде имели место гнойно-септические осложнения, причиной смерти у них явился продолжающийся перитонит (2) и сепсис с развитием полиорганной недостаточности в (1).

Таким образом, закрытые травмы живота относятся к категории чрезвычайно опасных для жизни повреждений, так как сопровождаются развитием гнойно-септических осложнений (27,1%), в том числе послеоперационным перитонитом (42,3%), и высокой летальностью (3,1%), что диктует необходимость особого подхода к этим пациентам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Худайбергенов Ш.А., Уроков Ш.Т., Нажмиддинов Л.М., Абидов У.У.
Бухарский филиал РНЦЭМП

За период с 2006 по 2009 гг. под нашим наблюдением находились 186 больных с различными травмами грудной клетки (ГК), из них у 46 (25%) - сочетанными. Мужчин было 162 (87%), женщин 24 (13%) в возрасте от 16 до 88 лет. 86 (46%) пострадавших получили травму в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), у 62 (34%) травмы носили насильтвенный, у 38 (20%) бытовой характеры. У 22 травма ГК сочеталась с переломами костей конечностей и таза у 8 - с повреждением органов брюшной полости, у 6 - с черепно-мозговой травмой. Изолированные повреждения ГК имели место у 140 (75%) пациентов, из них сдавление или ушиб ГК без нарушения целостности каркаса ГК были у 25, кроме них были пациенты с переломом от 1 до 3 ребер со смещением отломков (88), односторонними множественными (4 и более) переломами ребер (15) и двусторонними двойными переломами ребер, грудины с флотацией ГК (12). Одним из частых и опасных осложнений травмы ГК был пневмоторакс, который наблюдался у 19 (10%) наших пациентов, из них у 6 он носил напряженный характер. Не менее грозное осложнение - гемопневмоторакс - отмечался у 15 (8%) пациентов. Изолированный гемоторакс встречался у 18 (9,6%) пациентов. Основной метод диагностики - был рентгенологический, другие инструментальные методы диагностики применялись по показаниям.

Лечение больных начинали с консервативной терапии. По показаниям выполняли пункцию и дренирование плевральной полости. У пациентов без явлений дыхательной недостаточности (31) эффективен применен пункционный метод. При неэффективности пункционного метода лечения, а также при наличии напряженного пневмоторакса и дыхательной недостаточности производили дренирование плевральной полости с подключением к системе Бюлау (16), а через 2-е суток к активному плевроаспиратору.

Экстренную торакотомию выполнили у пациентов (5) с ранениями легких (3) и межреберных сосудов (2). Летальность составила 1%. В обоих случаях смерть наступила до оперативного пособия. Её причинами была тяжесть травмы и поздняя госпитализация.

Таким образом, ДТП (46%) являются наиболее частой причиной развития травм ГК, среди травм ГК преобладают изолированные (75%), - над сочетанные травмы составляли (25%). Среди осложнений травм ГК в порядке убывания встречаются пневмоторакс, гемопневмолторакс и гемоторакс. После диагностики лечение необходимо начинать с консервативной терапии, по показаниям выполняется дренирование плевральной полости, либо операция.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОНЦЕПЦИИ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ

Шарипова В.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Мультимодальный подход к анестезиологическому обеспечению защиты пациента от боли в хирургии в настоящее время занял прочные позиции в практической анестезиологии. Большое количество публикаций в мировой литературе последнего десятилетия посвящёно оценке различных компонентов мультимодальной защиты пациента: НПВС, опиоидов анальгетиков, регионарных блокад.

Внедрение принципа мультимодальной аналгезии дает ощутимый экономический эффект за счет сокращения сроков пребывания в клинике, в первую очередь в отделении реанимации и интенсивной терапии, ранней реабилитации и активизации пациента, а также снижение частоты послеоперационных осложнений.

Цель исследования: оценка эффективности мультимодальной аналгезии с применением НПВС кетонала в сочетании с опиоидными анальгетиками в профилактике и лечении послеоперационной боли.

Под наблюдением находились 30 больных, в возрасте от 18 до 74 лет, перенесших оперативные вмешательства преимущественно на органах брюшной полости. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от применяемой премедикации: 1-ю группу (контрольную) составили 15 человек, 2-ю (основную) - 15 человек. Больным 1-й группы назначалась стандартная премедикация. У больных 2-й группы кетонал применялся по принципу "pre-emptive analgesia", внутривенно болюсно за 10 мин до начала индукции в общую анестезию в дозе 100 мг. Общую анестезию проводили по общепринятой методике. В основной группе для соблюдения концепции мультимодальной аналгезии применялся кетамин как антагонист NMDA-рецепторов в дозе 0,8 мг/кг/ч, который повышает анальгетический эффект опиоидов. Сравнивали течение анестезии в обеих группах, проводили непрерывный мониторинг АД, ЧСС, ЭКГ, SaO2 по монитору фирмы Nikon Kohden (Япония). Влияние вегетативной нервной системы на организм во время стресса оценивали по методике Р.М.Баевского. Исследования проводились после премедикации, после индукции, в самый травматичный момент операции и в момент окончания операции, в послеоперационном периоде. Регистрировали время появления послеоперационной боли и начала послеоперационного обезболивания, учитывали дозы анальгетиков периферического действия и наркотических анальгетиков. В послеоперационном периоде обезболивание у больных основной группы продолжали кетоналом, при необходимости добавляя наркотический анальгетик, в контрольной группе послеоперационное обезболивание осуществлялось наркотическими анальгетиками.

Эффективность послеоперационного обезболивания оценивали по визуально - аналоговой шкале (ВАШ), шкале позиционного дискомфорта (ШПД), шкале вербальных оценок (ШВО).

На 1-м этапе исследования у всех больных показатели гемодинамики были близки к нормальным величинам. На 2-м этапе у больных контрольной группы регистрировалось некоторое повышение артериального давления и частоты сердечных сокращений. В травматичный момент операции эта тенденция сохранялась. Оценка изменений показателей вегетативного статуса также выявила некоторые различия в исследуемых группах на всех этапах исследования. Так, в травматичный момент операции показатели вегетативной нервной системы свидетельствовали о преобладании в контрольной группе влияния симпатического тонуса регуляции, в отличие от основной, где тонус регуляции соответствовал нормотонии, что свидетельствовало об адекватности анестезиологической защиты. Качество послеоперационного обезболивания у больных основной группы также было лучше, и вегетативный тонус регуляции соответствовал нормотонии. У пациентов контрольной группы отмечалось преобладание влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы, напряжение регуляторных систем и механизмов адаптации. Субъективная оценка эффективности послеоперационного обезболивания выявила большую интенсивность болевого синдрома у больных контрольной группы.

Выводы. 1. Применение кетонала в премедикации в дозе 100 мг, а также кетамина в базисной анестезии в дозе 0,8 мг/кг способствует более гладкому течению операции с минимальным напряжением симпатического тонуса вегетативной нервной системы. 2. Обезболивание в послеоперационном периоде кетоналом в дозе 300 мг в сутки способствует уменьшению потребности в наркотических аналгетиках в 3 раза. 3. Профилактика послеоперационной боли с применением концепции мультимодальной аналгезии уменьшает риск развития побочных явлений, характерных для наркотических аналгетиков и, таким образом, увеличивает уровень безопасности больного, улучшает качество течения послеоперационного периода.

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ТРАХЕИ

Шаумаров З.Ф., Гулямов Б.Т., Рахманов Р.О., Янгиев Р.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

За период с 2006 по 2010 гг. в отделении экстренной хирургии РНЦЭМП на лечении находились 32 больных в возрасте от 12 до 56 лет с посттравматическими рубцовыми стенозами трахеи, развившимися вследствие длительной интубации трахеи или после наложения трахеостомии. Большинство больных с тяжелыми сочетанными травмами нуждались в проведении длительной исскуственной вентиляции легких (ИВЛ). У 23 пациентов рубцовый стеноз трахеи развился вследствие длительной ИВЛ через интубационную трубку, у 9 - после наложения трахеостомы. 11 больных поступили с трахеостомой.

Диагностика поражения трахеи осуществлялось согласно стандартам: у всех пациентов проводили сбор жалоб, анамнеза, изучали объективные данные. Лабораторно-инструментальное обследование включало оценку показателей крови, функции внешнего дыхания, проведение рентгенологических методов исследования, ларинготрахеоскопии и мультислайсной компьютерной томографии (МСКТ).

Основными задачами на диагностическом этапе обследования было определение локализации стеноза, его протяженности, характера изменений в трахее и легких. Учитывая возможности современных компьютерных томографов с программами трехмерной реконструкции и виртуальной компьютерной ларинготрахеоскопией, МСКТ являлась методом выбора при рентгенологической диагностике рубцовых стенозов трахеи. Эндоларинготрахеоскопия остается дополнительным методом диагностики рубцового стеноза трахеи.

Поражение шейного отдела трахеи выявлено у 24, верхнегрудного у 6, среднегрудного у 1, нижнегрудного у 1 пациента. Сужение превышало от 1/3 до 2/3 у 14 и более 2/3 диаметра дыхательного пути у 18. Протяженность сужения варьировала от 2,0 до 6,5 см.

31 больному произведена циркулярная резекция трахеи с анастомозом "конец в конец". У 1 больного с изолированным стенозом шейного отдела трахеи после трахеостомии и 3 сеансов коагуляционной деструкции стенозированого участка удалось добиться улучшения проходимости. 30 оперированных больных выписаны с хорошими результатами, в отдаленные сроки (от 1 до 12 мес.) осложнений у них не наблюдалось. 1 больной умер на 6 сутки после операции циркулярной резекции шейно-верхнегрудного отдела трахеи с анастомозом "конец в конец" с протяженным стенозом до 6,5 см от аррозивного кровотечения.

Таким образом, в связи с увеличением тяжелых сочетанных травм с вынужденным применением длительной ИВЛ число больных с рубцовыми стенозами трахеи неуклонно увеличивается. Детальное обследование в специализированных клиниках позволяет своевременно обнаружить и уточнить локализацию, протяженность, характер поражения и степень сужения трахеи и при ограниченных поражениях трахеи провести радикальное оперативное вмешательство.

ХИРУРГИЯ РАНЕНИЙ СЕРДЦА И ПЕРИКАРДА

Шукуров Б.И. [1], Хамраев И.Ш.[2], Исаков Ш.Ш[1]

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи[1], Самаркандский филиал РНЦЭМП[2]

В Самаркандском филиале РНЦЭМП за последние 10 лет на лечении находились 8 пострадавших с ранениями сердца. Мужчин было 6, женщин - 2. Средний возраст - 37,4 года (от 18 до 54 лет). У 6 пострадавших во время операции выявлено ранение сердца, у 2 изолированное ранение перикарда. В наших наблюдениях огнестрельных ранений не было. У 7 больных констатированы проникающие колото-резаные ранения. В одном случае мы имели дело с казуистической ситуацией, когда проникающее повреждение сердца было нанесено острым концом сломанного быком ребра.

При поступлении в стационар отчетливая клиническая картина ранения сердца - наличие колото-резаной раны в "сердечной зоне" грудной клетки и признаки профузного внутреннего кровотечения наблюдалась лишь у 2 раненых. У остальных 6 пациентов были применены дополнительные инструментальные методы диагностики. Обязательным методом исследования всех больных с травмами груди является рентгенография и рентгеноскопия груди. При наличии проникающего ранения в, так называемой, сердечной зоне грудной клетки инициальную диагностику дополняем Эхо-кардиографией и ЭКГ.

Универсальным доступом для операции при ранении сердца мы считаем переднебоковую торакотомию в пятом межреберье, которая использована у 7 больных слева, у 1 - справа. Выполняем широкую перикардиотомию, временный гемостаз путем пальцевого прижатия раны сердца, ушивание раны сер-

дца нерассасывающейся атравматической нитью с использованием прокладки из тефлона (для профилактики прорезывания швов и вторичного кровотечения). Обязательным этапом операции является тщательная санация полости перикарда и оставление "окна" на задней стенке для внутреннего дренирования.

Во всех 5 случаях, когда мы использовали Эхо-кардиографию по поводу расширения тени сердца на рентгенографии грудной клетки, удалось выявить эхопризнаки жидкости в полости перикарда, что указывает на высокую информативность сонографии. В одном случае с ранением правой половины грудной клетки, когда мы ограничились только рентгенографией грудной клетки без УЗИ сердца, так как отсутствовали рентгенопризнаки гемоперикарда, повреждение сердца не было диагностировано до операции. У этого пациента была произведена правосторонняя торакотомия по поводу проникающего ранения правой половины грудной клетки и гемоторакса. При дальнейшей ревизии выявлено ранение правого предсердия, которое ушито. Больной выжил.

Во всех случаях массивного внутриплеврального и/или тампонады сердца мы стараемся осуществить реинфузию крови. Для этого после остановки кровотечения излившаяся кровь собирается в емкость и профильтровывается в контейнер с раствором гемоконсерванта.

В наших наблюдениях мы не сталкивались с ситуациями ранения коронарных артерий и внутрисердечных структур, в связи с чем в послеоперационном периоде мы не наблюдали осложнений в виде острого инфаркта миокарда и пороков сердца.

Умерли 3 больных, общая летальность составила 37,5%. Все умершие пациенты в послеоперационном периоде не вышли из геморрагического шока.

С учетом собственного опыта нами разработан алгоритм инициального обследования пострадавших с подозрением на ранение сердца.

Таким образом, мероприятия по улучшению результатов лечения ранений сердца должны включать:

1) максимальное сокращение сроков доставки пострадавших в хирургический стационар;

2) строгое соблюдение дежурной хирургической бригадой протокола инициальной диагностики ранений сердца;

3) мониторинг ЭКГ и динамический ультразвуковой контроль после операции для раннего выявления осложнений.

СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАЗРЫВОВ ДИАФРАГМЫ

Шукуров Б.И., Алтыев Б.К., Исаков Ш.Ш., Кучкаров О.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель сообщения – систематизация собственного опыта диагностики и лечения разрывов диафрагмы.

В период с 2001 по 2010 гг. в РНЦЭМП были госпитализированы 23 больных с разрывами диафрагмы в возрасте от 24 лет до 51 года. Мужчин было 16 (69,6%), женщин – 7 (30,4%). В острый период травмы поступили 20 (87,0%) пострадавших. 3 (13,0%) пациента госпитализированы с клиникой диафрагмальной грыжи (в т.ч. 1 женщина с картиной ущемления желудка), в анамнезе которых имеются указания на закрытую травму грудной клетки и живота за 0,5, 1 и 2 года до поступления к нам. У 21 (91,3%) больного мы имели дело с разрывами левого купола диафрагмы, у 2 (8,7%) больных диагностирован разрыв правого купола.

Практически у всех пациентов (21) в момент поступления в клинику имели место рентгенологические признаки диафрагмальной грыжи – перемещение в соответствующею плевральную полость газового пузыря желудка, толстой и тонкой кишки. У больных с разрывом правого купола диафрагмы мы наблюдали, кроме перемещения петел тонкой и толстой кишки, дислокацию правой доли печени и желчнего пузыря. У 2 (8,7%) больных разрыв диафрагмы диагностирован во время видеоторакоскопии, выполненной по поводу травмы груди. У всех пострадавших, госпитализированных в острый период травматической болезни (21), кроме вышеуказанных рентгенологических признаков, выявляли также картину гемоторакса (18) или пневмогемоторакса (3).

У 15 (65,2%) больных диагностирована сочетанная травма, по поводу чего выполнена экстренная мультислайсная компьютерная томография (МСКТ), где выявлялись патогномичный признак разрыва диафрагмы симптом "песочных часов".

В условиях экстренной хирургии крайне сложно воспользоваться известными преимуществами торакального доступа к пластике диафрагме. Так, у 21 (91,3%) пациента пришлось выполнить лапаротомию ввиду вероятности некроза ущемленного желудка (2) и толстой кишки (4), из-за опасения невозможности вправления дислоцированных органов в брюшную полость (4), наличия признаков сопутствующего повреждения органов брюшной полости или внутрибрюшного кровотечения (11). У 2 (8,7%) остальных больных с небольшими посттравматическими диафрагмальными грыжами выполнена торакотомия.

Ограниченный разрыв до 5 см в длину диагностирован у 5 (21,7%) травмированных больных, у остальных пострадавших были обширные линейные разрывы от 12 до 20 см в поперечном направлении, проходящие через сухожильный центр диафрагмы.

Объем операции, кроме низведения органов брюшной полости и ушивания разрыва диафрагмы, заключалась в резекции желудка (2), толстой кишки (1), большого сальника (5) по поводу их странгуляционного некроза, спленэктомии (2) по поводу разрыва селезенки, холецисэктомии (1).

В послеоперационном периоде у 2-х (8,7%) больных отмечена эмпиема плевры, в 1 (4,3%) случае – недостаточность швов энтероколоанастомоза; по поводу последней выполнена релапаратомия, эмпиема плевры разрешена средствами малой хирургии. Умерли 2 (8,7%) пострадавших: одна пациентка с ущемлением и некрозом желудка, осложненный эмпиемой плевры и разлитым гнойным перитонитом, умерла от сепсиса, другой больной от последствий тяжелой политравмы.

Таким образом, полипозиционная рентгеноскопия остается главным средством экстренной диагностики разрывов диафрагмы. Высокоинформативной является МСКТ. При выборе хирургического доступа в острый период травматической болезни предпочтение следует отдавать верхнесрединной лапаротомии, позволяющей свободно вправить дислоцированные органы обратно в брюшную полость, произвести их полноценную ревизию, остановить внутрибрюшное кровотечение

СЛУЧАЙ РАЗРЫВА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ПОЛОВОМ АКТЕ

Элмуродов А.Н., Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Повреждения влагалища при совокуплении впервые описаны в 1621 году Глацонусом. В прошлом большинство авторов отрицало или, по крайней мере, сомневалось в возможности серьёзных повреждений влагалища во время первого совокупления при нормально развитых половых органах (Славянский К.Ф. и др. 1985). В настоящее время в литературе имеются подобные единичные описания (Аминов А.М., 1985).

Одним из видов повреждения влагалища при первом совокуплении является разрыв ректовагинальной перегородки. При этом происходит разрыв и девственной плевы. Травмы же, при которых девственная плева остаётся не поврежденной, встречаются очень редко. В последнее время в литературе не описаны случаи разрыва ректовагинальной перегородки после первого полового сношения без повреждения девственной плевы.

Приводим наблюдение, в котором у больной имел место разрыв ректовагинальной перегородки после первого полового сношения без повреждения девственной плевы.

Больная А., 30 лет, история болезни № 4841/205, поступила в стационар 15.11.2009 г., с жалобами на боли в промежности, кровотечение из влагалища, слабость, головокружение. Первое совокупление было очень болезненным и сопровождалось обильным кровотечением из влагалища. Общее состояние при поступление средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледные. Пульс ритмичный 96 уд. в 1 мин. АД 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание свободное. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. При пальцевом исследование прямой кишки на высоте 2 см от сфинктера в области ректовагинальной перегородки определяется рана прямой кишки размерами 4х3 см с неровными, кровоточащими краями. Целостность девственной плевы сохранена. Под внутривенным наркозом произведена первичная хирургическая обработка раны прямой кишки с наложением двухрядного шва атравматической иглой. Разрыв задней стенки влагалища тоже ушит отдельными узловыми швами на атравматической игле, мазевой тампон во влагалище. В левой подвздошной области выведена петлевая сигмостома. Послеоперационный период протекал без осложнений, рана ректовагинальной перегородки зажила первичным натяжением.

Вторая операция произведена 14 апреля 2009 года - вшивание противоестественного заднего прохода. Женщина осмотрена через 6 месяцев. Жалоб не предъявляет. Живёт с мужем нормальной половой жизнью.

Приведенное наблюдение демонстрирует редкую и своеобразную травму. Мы считаем, что при разрывах ректовагинальной перегородки целесообразно наложение противоестественного заднего прохода и ушивание ран влагалища, прямой кишки и разрыва ректовагинальной перегородки на атравматической игле.

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАНЕНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Элмуродов А.Н., Ишанкулов А.М., Зохидова С.Х.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

В мирное время ранения прямой кишки встречаются редко. Но они представляют большой интерес для хирургов ввиду трудности их диагностики, тяжести течения и частоты появления тяжёлых осложнений.

Мы наблюдали 5 больных (4 мужчины и 1 женщина) с ранениями прямой кишки и заднего прохода. В возрасте до 10 лет был 1 больной, 20-30 лет - 3, 31-50 лет - 1.

У 4 человек ранение было получено при падении на различные металлические и деревянные стержни, а у 1 больной произошел разрыв промежности и прямой кишки в родах.

Ранения прямой кишки разделили на внебрюшинные и внутрибрюшинные. Внутрибрюшинное ранение прямой кишки было у 2 больных.

Диагноз ранения прямой кишки установили на основании таких признаков, как боль, наличие раны в стенке прямой кишки, содержание крови в каловых массах, выделение кишечного содержимого через рану, нарушение функции сфинктера заднего прохода. Ведущим симптомом внутрибрюшинного ранения прямой кишки явился каловый перитонит. Пальцевое исследование прямой кишки дало возможность определить локализацию и размеры раны, отношение её к окружающим органам.

2 больным с ранением ампулярного отдела прямой кишки был наложен противоестественный задний проход (сигмостома). У 2 больных с внутрибрюшинным разрывом прямой кишки с клиникой перитонита провели нижнюю срединную лапаротомию, с ушиванием ран прямой кишки двухэтажным швом и наложением противоестественного заднего прохода. У одной больной произведена первичная хирургическая обработка раны промежности с ушиванием раны прямой кишки. У 2 больных с внебрюшинным ранением прямой кишки одновременно с ушиванием раны прямой кишки широко дренировали параректальную клетчатку.

У 1 больного наблюдалась флегмона параректальной клетчатки, после операции наступило выздоровление. У одного больного имела место слабость анального сфинктера.

Выводы. Лечение ранений прямой кишки должен быть активным, необходимо произвести ушивание ран прямой кишки, дренировать параректальную клетчатку и наложить противоестественный задний проход. Наложение противоестественного заднего прохода целесообразно у больных с ранениями ампулярного отдела прямой кишки.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Эминов Б. Ж., Эшонкулов А., Мамажонов Н. Н.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Сочетанные повреждения органов грудной и брюшной полости у детей составляют 35-40% от общего количества повреждений и представляют один из актуальных и сложных разделов неотложной медицины.

Целью настоящей работы являлась разработка стандартов интенсивной терапии при сочетанных повреждениях органов грудной и брюшной полости у детей.

Проанализированы результаты лечения 59 детей с повреждениями грудной и брюшной полости за период с 2005 по 2009 гг. Мальчиков было 39 (66%), девочек - 20 (34%).

Разрыв селезенки установлен у 2 (3,4%) детей, печени - у 4 (6,8%), тонкой кишки - 5 (8,5%), толстой кишки - у 2 (3,4%), брюшины, сальника и брыжейки - у 6 (10,2%), почки - у 4 (6,8%). Ранение передней брюшной стенки было у 2 (3,4%) детей, разрыв диафрагмы - у 1 (1,7%) перелом ребер с ушибом лёгкого - у 8 (13,6%), разрывы лёгких у 6 (10,2%) кровотечение из лёгких и плевральной полости - у 7 (11,9%) детей.

Сочетанное повреждение органов грудной клетки и брюшной полости установлено у 12 (20,3%) детей. Дети поступали в стационар в сроки от 30 мин до 4 часов с момента травмы с явлениями выраженного травматического шока и нарушением гемодинамики. Лёгочное плевральное и внутрибрюшное кровотечение являются абсолютными показаниями к проведению инфузионно-трансфузионной терапии.

При повреждениях грудной клетки травма сопровождалась внутриплевральным кровотечением, источником которого были разрывы легочной ткани, повреждения сосудов корня лёгкого.

Давление в легочной артерии было в 5 раз ниже системного, что облегчает самостоятельный гемостаз. В то же время беспокойство, кашель и увеличение давления в артериальной и венозной системе легкого препятствуют остановке кровотечения.

При кровотечениях в плевральную полость кровь остается в жидком состоянии, смешиваясь с плевральной жидкостью. Такое кровоизлияние может быть обнаружено в ранние сроки путем перкуссии и рентгенографии. Разрывы легочной ткани у детей проявлялись кровохарканьем и гемопневмотороксом. Повреждение терминальных бронхов у 5 детей привело к развитию пневмоторокса.

При перкуторных, аускультативных и рентгенологических симптомах скопления жидкости в полости плевры производилась плевральная пункция, устанавливали дренаж. При продолжающемся кровотечении производили торакотомию. Во время операции дыхательные пути освобождали от крови, мокроты, восстанавливали анатомическую целостность легких, переливали кровь. У 5 больных произвели реинфузию излившейся крови.

При повреждениях органов брюшной полости скопление крови может отмечаться в области малого таза или забрюшинном пространстве, при повреждениях полых органов часть крови заполняет их просвет. Диагностика внутрибрюшных кровотечений основана на клинических симптомах: выпячивание стенок живота в области скопления крови, повышение купола диафрагмы, притупление перкуторного звука. При травмах паренхиматозных органов при ранениях крупных сосудов кровопотеря достигает значительных величин и сопровождается геморрагическим шоком.

Особенностями повреждения органов брюшной полости у детей являются выраженный болевой синдром, спазм мышц передней брюшной стенки подреберной области и эпигастрии.

Лечебные мероприятия при поступлении пострадавшего в стационар заключаются в максимально полном и быстром восстановлении основных жизненно важных функций. Это прежде всего нормализация артериального давления (АД) и объема циркулирующей крови (ОЦК), показателей внешнего дыхания и газообмена, так как артериальная гипотония, гипоксия, гиперкапния относятся к вторичным повреждающим факторам, усугубляющим состояние больного. Проведение реанимационных мероприятий и средств, используемых в критических ситуациях: поддержание адекватной искусственной вентиляции легких и оксигенации, инфузионная и трансфузионная терапия, восполнение ОЦК до уровня нормоволемии, устранение судорожных двигательных возбуждений нейровегетативной блокадой.

Таким образом, основная цель интенсивной терапии при повреждениях органов заключается в поддержании нарушенных жизненно важных функций и основных механизмов гомеостаза, создании условий для максимально полного восстановления функции органов.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Эрметов А.Т., Эшонхужаев Ё.Н., Зуфарханов А.М., Жабборов Б.А.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Закрытые травмы органов брюшной полости у детей остаются одной из актуальных проблем экстренной хирургии.

Внедрение в хирургическую практику методов видеолапароскопии и ультразвукового исследования дало возможность для точной диагностики и применения наиболее подходящей тактики лечения при повреждениях органов брюшной полости.

В 2005-2009 гг. в детском хирургическом отделении на лечении находились 136 больных с закрытыми травмами органов брюшной полости и подозрением на них. Выполнено 52 диагностических лапароскопии.

В возрасте до 7 лет было 23 (44,2%) ребенка, от 7 до 14 лет - 29 (63,8%), мальчиков -37 (71,1%), девочек -15 (28,9%).

Гемоперитонеум, причиной которого был разрыв печени, выявлен у 6 (11,5%) больных, разрыв селезенки - у 27 (51,9%), разрыв тонкой кишки - у 4 (7,7%), разрыв брыжейки тонкой кишки - у 18 (35,8%), забрюшинная гематома - у 6 (11,5%), гематома большого сальника у 2 (3,8%). У 4 (7,7%) больных повреждений органов брюшной полости не выявлено.

Больных, которым произведена диагностическая лапароскопия и конверсия, было 9 (17,3%); разрыв селезёнки с обширной забрюшинной гематомой у 5 (9,6%) из них, разрыв тонкой кишки - у 4 (7,7%). Видеолапароскопическая остановка кровотечений с помощью биполярной коагуляции и санация брюшной полости выполнена у 2 (3,8%) пациентов с гематомой большого сальника, у 3(5,8%) с надрывом брыжейки тонкой кишки и у 24 (4,6%) с надрывами капсулы и неглубокими линейным разрывом селезёнки. Использование эндовидеохирургической методики у детей позволило выполнить органосохраняющие операции и уменьшить их травматичность.

Таким образом, диагностика и лечение повреждений органов брюшной полости у детей с применением видеолапароскопии и ультразвукового исследования позволяет уменьшить число диагностических ошибок, а также выбрать правильную тактику лечения больных.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Эшбеков М.Э., Гофуров А.Н., Порсахонов Р.Г., Рахмонов Б Р., Мингбоев Б.Б.
Джизакский филиал РНЦЭМП

По данным литературы последних лет, летальность вследствие травм брюшной полости у лиц моложе 40 лет варьирует от 50 до 74%. Следует отметить,что число колото-резаных и проникающих ранений живота увеличивается. Трудность своевременной диагностики данной патологии обусловлена полисимптомностью клинической картины, характером повреждения различных органов, тяжестью состояния пострадавших, отсутствием специфических признаков при сочетанном повреждении брюшной полости.

Цель исследования: изучение результатов диагностики и лечения пострадавших с колото-резаными проникающими ранениями живота на основе совершенствования диагностической, лечебной и хирургической тактики.

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 98 пациентов с различными колото-резаными проникающими ранениями живота находившихся (в 2003 - 2009 гг.), в хирургическом отделении ДФ РНЦЭМП. Среди пострадавших было 73 (74,4%) мужчины и 25 (25,5%) женщин в возрасте от 17 до 73 лет. В дорожно-транспортном происшествии травму получили 21 (21,4%) пострадавший, колото-резаные ранения были у 75 (76,5%) огнестрельные - у 2 (2,04%). В течение 1 часа от момента получения травмы госпитализированы 49 (50,0%), в течение 3-х часов- 31 (31,6%), до 6 часов - 12 (12,2%), спустя 6 часов - 6 (6,1%)пострадавших. При открытых колото-резаных проникающих повреждениях живота раны располагались у 10 (10,2%) в правом подреберье, у 11 (11,2%) в левом подреберье, у 41 (41,8%) - в эпигастральной области, у 24 (24,4%) в - мезогастральной области, у 7 (7,1%) гипогастральной области, у 5 (5,1%) - в поясничном отделе. Абдоминальные повреждения выявлены у 47 пострадавших. Одним из основных методов диагностики повреждений внутренних органов брюшной полости при травмах живота является динамическое УЗИ, которое в короткие сроки позволяет установить признаки повреждений внутренних органов.

У 20 (20,4%) больных отмечался разрыв печени. По поводу которого выполнено ушивание ран печени. У 12 (12,2%) с разрывом селезенки, произведена спленэктомия. Из 40 (40,8%) больных с разрывом тонкой кишечники, у 9 произведено ушивание раны кишечника, у 5 выполнена резекция с наложением энтеро-энтероанастомоза. Из 9 (9,1%) больных с разрыв толстой кишечники, у 6 произведено ушивание повреждённой кишки, у 2 резекция толстой кишечники с наложением колостомы. У 10 (10,2%) больных с травмой брыжейки, выполнена ушивание. У 4 (4,0%) больных с разрывом поджелудочной железы, произведено дренирование сальниковой сумки. У 3(3,6%) больных с разрывом мочевого пузыря произведено ушивание поврежденной участки мочевого пузыря и выполнена эпицистостомия. Умерли - 12 (12,2%) больных.

Таким образом, подобная тактика позволяла в ранние сроки установить показания к проведению необходимых диагностических мероприятий и определить объем оперативного вмешательства.

БОЛАЛАРДА КЎКРАК ҚАФАСИ ВА ҚОРИН Б ЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Эшбеков М.Э., Қодиров Р.Ф., Эргашев Б.Қ., Мингжигитов Ш.С.
РШТЁИМ Жиззах филиали

Клиник тажрибалар шуни кўрсатадики, болалар кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари травматик жароҳатлари билан стационарга ҳаётий муҳим бўлган аъзоларнинг функциялари бузилиб, оғир шароитларда мурожаат қилади. Травматик жароҳатларнинг асосий келиб чиқиш сабаблари: автотравмалар ва маиший, яъни баландликдан йиқилиш, босилиш, тўғридан-тўғри ўткир ва ўтмас (тўмтоқ) йўллар билан жароҳатланиш.

Болаларда кўкрак қафаси жароҳати 4,1-10%гача, қорин бўшлиғи ва қорин парда орти аъзолари жарощатлари 55,6-80%ни, қорин бўшлиғи аъзолари ичида паренхиматоз аъзолар жароҳати 50-60% ни ташкил этади.

Мақсад: Болаларда кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари жароҳатларини даволаш натижаларини ўрганиш.

РШТЁИМ Жиззах филиали болалар хирургияси бўлимида 2005-2009 йиллар мабойнида кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ҳамда қорин парда орти аъзолари травматик жароҳатлари билан 159 та бемор даволанган. Бу кўрсатгичлар шу йиллар ичида даволанган беморларнинг 3,8% ни ташкил қилади.

Беморлар 1-3 ёшгача 11 (6,9%) та, 4-6 ёшгача 42 (26,4%) та, 7-14 ёшгача 106 (66,7%) тани ташкил этади. Шулардан кўпроғи ўғил болалар бўлиб 118 (74,2%)тани ташкил қилади. Жароҳат сабабига кўра маиший жароҳатлар 117 (74,6%) та, автотравмалар 42 (26,4%) тани ташкил қилди. Маиший жароҳатлар кўплиги болаларни ота-оналари ва катталар томонидан қаровсиз қолдириши, уларнинг ўйинқароқлиги ва атроф муҳитга қизиқувчанлик билан қарашлари сабаб бўлади. Жароҳатларнинг кўп қисми йилнинг ёз фаслига тўғри келиб, бу 54% ни ташкил қилди.

Травмаларда стационарга мурожаат қилиш ўз мурожаати билан 135 (85%) тани, ТТЁ билан 24 (15%) тани, жароҳатланиш вақти бўйича 1-6 соат ичида 120 (75,4%) та, 7-24 соат ичида 21 (13,2%) та, 24соатдан сўнг 18 (11,4%) тани ташкил қилди.

Кўкрак қафаси аъзолари ёпиқ жароҳатлари билан 4 та (2,5%) бемор даволаниб, 1 та беморда юмшоқ тўқималарнинг эзилишлари билан консератив даво чоралари ўтказилди, 2 тасида қовурғалар ёпиқ синиши ва 1 тасида ўмров суяги ёпиқ синиши, гемопневмоторакс билан плевра бўшлиғини Бюлау усулида дренажлаш операцияси ўтказилди.

Кўкрак қафаси аъзолари очиқ жароҳатлари 3 та (1,8%) бўлиб, бир беморда жароҳатга бирламчи хирургик ишлов бериш (ЖБХИБ) операцияси, иккинчисида гемопневмоторакс ҳисобига плевра бўшлиғини дренажлаш, учинчи беморда торакоабдоминал жароҳат бўлганлиги учун лапаротомия, диафрагма жароҳатини тикиш, қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш, ЖБХИБ ва плевра бўшлиғини Бюлау усулида дренажлаш операцияси ўтказилди.

Қорин бўшлиғи аъзолари ёпиқ шикастланиши билан 121

(76,1%) та бемордан 83 (52,2%) та беморда қорин олд девори лат ейиши билан консерватив даво ўтказилиб, 3 та беморда кузатув натижаларида қорин бўшлиғи аъзолари жароҳатлари инкор қилинмаганлиги сабабли лапароцентез ўтказилиб, қорин бўшлиғи аъзоларида патология аниқланмади, 3 та беморда диагностик лапаротомияда қорин парда орти гематомаси аниқланди. Талоқ жароҳати билан 17 та беморда спленэктомия, 8 та беморда жигар жароҳати, 2та беморда ошқозон жароҳати, 5 та беморда ингичка ичак жароҳатлари аниқланди.

Қорин бўшлиғининг аъзолари очиқ жароҳатлари 8 (5%) та бўлиб, бир беморда қорин бўшлиғига санчилиб кирмаган жароҳат аниқланди, 7 та беморда қорин бўшлиғига санчилиб кирган жароҳатлар аниқланиб, шулардан 1 та беморда 12 бармоқ ичак жароҳати, 2 та беморда оралиқ соҳадан қорин бўшлиғига тешиб кирган жароҳат бўлиб, биттасида тўғри ичак жароҳати ва колостома ўрнатиш, иккинчисида тўғри ичак жароҳатини тикиш, қорин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш, трансанал интубация, ЖБХИБ операциялари ўтказилган. 4 та беморда қорин бўшлиғига санчилиб кирган жароҳат, чарви эвентрацияси билан, шулардан биттасида чарви резекцияси, иккинчисида чарви жароҳатини тикиш, учинчисида чарви ва жигар жароҳатини тикиш, яна бир беморда лапаротомия, жигар жароҳатини тикиш ва холецистэктомия, қорин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш операциялари ўтказилган.

Қорин парда орти аъзолари ёпиқ шикасти билан 20 (12,5%) та бемор ётқизилиб, шулардан 5 та беморда бел соҳаси юмшоқ тўқималари эзилишлари билан, 5 та беморда буйрак ёпиқ шикасти, субкапсуляр гематома, макрогематурия ва 8 та беморда буйрак ёпиқ шикасти, буйрак лат ейиши, макрогематурия диагнози билан консерватив даво чоралари ўтказилди. Яна 2 та беморда бел соҳасидаги санчилиб-кесилган жароҳат билан ЖБХИБ операцияси ўтказилди ва қониқарли аҳволда уйига жавоб берилди.

Натижа ва тащлиллар: Барча беморларга ёрдам кўрсатиш диагностик ва даволаш стандартлари асосида олиб борилди.

Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари травматик жароҳатлари диагностикасида қон ва сийдик умумий таҳлили, қон биохимик таҳлили, қон гуруҳи ва резус фактори, кўкрак ва қорин бўшлиғи рентгеноскопияси ва рентгенографияси, экскретор урография, УТТ ва зарур ҳолда динамикада қайта текширувлардан фойдаланилди.

Оғир шамкор жароҳатларда ҳаёт учун муҳим аъзоларни текшириш ва даволашда нейрохирург, травматолог ва уролог мутахассислари билан биргаликда олиб борилди.

Операциялардан сўнг операцион жароҳатнинг иккиламчи битиши 4 та беморда кузатилди. 1 йилдан сўнг 2 та беморимизда кечки спайкали ичак тутилиши кузатилиб, биттасида қорин бўшлиғи аъзолари ёпиқ шикасти, жигарнинг жароҳати билан оператив даво ўтказилган эди. Бу беморимизда операциядан кейинги ичак тутилиши консерватив ўтмагач лапаротомия, спайкаларни кесиш, ичаклар тутилишини бартараф этиш, қорин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш операцияси ўтказилди. Иккинчи беморда қорин бўшлиғини аъзолари ёпиқ жароҳати, талоқни ёрилиши билан лапаротомия, спленэктомия, қорин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш ўтказилган, бу беморда ичак тутилишини консерватив даволашга эришилди. Беморларда кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари жароҳатлари билан ўлим ҳолати кузатилмади.

Хулоса: Болалар кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари травматик жароҳатлари билан ётқизилганда тезкор ва тўғри диагноз қўйишнинг ўзига хос қийинчиликлари бўлиб, бунда клиник кечишнинг ўзига хослиги, болаларнинг ўз щолатини тўғри баҳолай олмаслиги, уларнинг анатомо-физиологик ва психологик хусусиятлари катта ахамиятга эга:

– Травматик жароҳатларда диагноз қўйишда комплекс текширувлар ўтказиш, зарур ҳолларда уролог, нейрохирург ва травматологларни жалб қилиш керак.

– Даволашнинг дастлабки даврлариданоқ шокка қарши чоралар, йўқотилган қон миқдорини тўлдириш катта аҳамиятга эга.

– Беморларда операция олд тайёргарлигини анестезиолог билан биргаликда олиб борилиши ўта муҳимдир.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА

Эшбеков М.Э., Субхонкулов Р.И., Холмурзаев Б.Ф., Мингбаев Б.Б., Тожибоев М.С., Рахмонов Б.Р.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Закрытая травма живота - одна из сложных проблем экстренной абдоминальной хирургии, что обусловлено стертостью клинических проявлений, разнообразием одновременных повреждений нескольких органов брюшной полости и наличием сочетанной травмы. В мирное время закрытая травма живота составляют от 54,2 до 62%, чаще подвергается повреждению паренхиматозные органы (69,2%), реже - полые (14,2%). Летальность остается высокой, - от 23 до 41,0%.

Цель исследования: изученать особенностей диагностики и хирургического лечения пострадавших с закрытыми травмами живота.

Проанализированы результаты хирургического лечения 121 больного с различными закрытыми повреждениями живота, находившихся в хирургических отделениях ДФ РНЦЭМП в 2004-2009 гг., в возрасте от 16 до 73 лет. Мужчин было 89 (73,5 %), женщин 32 (26,5%). Закрытая травма живота чаще всего встречалась при автомобильной травме-75 (62%), затем идет травма тупыми твердыми предметами - 33 (27,3 %), при падении с высоты 11 (9%), редко - всего при железнодорожной травме - 2(1,6%).

При всех видах травмы за исключением автомобильной, более половины пострадавших находились в состоянии алкогольного опьянения. До 3 часов с момента травмы, госпитализированы 97 (80,1%) больных, до 12 ч - 21 (17,3%), позднее 24 ч- 3 (2,5%). При поступлении у 63 (52%) больных состояние было средней тяжести, у 47 (38,8%) - тяжелым, у 11 (9,1%) - крайне тяжелым. У 99 (81,8%) пострадавших закрытые травмы были множественными и сочетанными. У 22 (18,1%) пациентов диагностированы изолированные травмы живота.

Для диагностики повреждений органов брюшной полости при закрытых травмах живота проводились общеклинические анализы, рентгенологическое исследование с применением рентгеноконтрастных веществ, а также неоднократное динамическое УЗИ брюшной полости. Следует отметить, что ранняя диагностика закрытых травм живота и правильный выбор хирургической тактики позволяет значительно улучшить результаты лечения, уменьшить количество пос-

леоперационных осложнений и летальность. Учитывая это, все больные, поступившие с закрытыми травмами живота, осматривались несколькими специалистами. Такая тактика позволяла в ранние сроки установить показания к проведению необходимых диагностических мероприятий и определить объем оперативного вмешательства. Одним из основных методов диагностики повреждений внутренних органов брюшной полости при травмах живота является проведение динамического УЗИ, которое в короткие сроки позволило установить признаки повреждений внутренних органов. Различные оперативные вмешательства произведена 86 (71,1%) больным. У 9 из них выполнена диагностическая лапароскопия. У 4 больных при проведении диагностической лапароскопии повреждений не выявлено, что позволило избежать диагностической лапаротомии.

У 20 (23,2%) больных с разрывам печени выполнено ушивания ран печени. У 16 (18,6%) больных с разрывом селезенки, произведена спленэктомия. Из 14 (16,2%) больных с разрыв тонкого кишечника у 9 больных произведено ушивание раны кишечника, у 5 больных выполнена резекция с наложением энтеро-энтероанастомоза. Из 8 (9,3%) больных с разрывом толстого кишечника у 6 произведено ушивание повреждённой кишки, у 2 - резекция толстого кишечника с наложением колостомы. У 22 (25.5%) больных ушита повреждённая брыжейка. У 3 (3,5%) больных с разрывом поджелудочной железы, произведено дренирования сальниковой сумки. У 5 (5,8%) больных с разрывом мочевого пузыря ушивание поврежденного участка и наложена эпицистостомия. У 1 (1,2%) пациента ушит разрыв диафрагмы с дренированием плевральной полости. Летальный исход был у 12 (13,9%).

У 35 (28,9%) больные после клинико-лабораторных и инструментальных исследований, а также после наблюдении повреждения внутренних органов были исключены исключен.

Вывод. Таким образом, результаты лечения закрытых травм живота зависят от своевременной диагностики и оперативного лечения.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Якубова Ф.У., Саъдуллаев У.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Диагностика закрытых повреждений живота представляет большие трудности. Диагностические трудности значительно возрастают, когда травма живота сочетается с черепно-мозговой травмой, повреждениями опорно-двигательного аппарата, а также у больных, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. При этом у 20-30% больных возможны диагностические ошибки. Позднее распознавание повреждений является одной из основных причин высокий летальности больных, которая колеблется от 10 до 56%.

В Хорезмском филиале РНЦЭМП под наблюдением находился 21 пациент, из них 15 (71,4%) мужчин и 6 (28,6%) женщин, в возрасте от 17 до 70 лет (средний возраст 37,8±4,21 года) с диагнозом закрытая травма живота. У 13 (61,9%) пациентов закрытая травма живота была сочетанной. Среди сопутствующих повреждений преобладала черепно-мозговая травма, переломы костей скелета, внутригрудные осложнения и т.д. Большинство травм - у 14 (66,7%) пострадавших - было получено при дорожно-транспортных происшествиях. В течение 2 часов с момента травмы в стационар доставлены 17 (81%) пострадавших, 6 (28,6%) человек поступили в состоянии алкогольного опьянения. Шок при поступлении констатирован у 15 (71,4%) человек: I степени - у 3 (14,3%), II степени - у 8 (38,1%), II степени - у 4 (19%) пациентов.

При рентгеноскопическом исследовании, произведен нами у 15 (71,4%) больных, лишь у 3 пациентов с наличием повреждения полого органа обнаружен такой важный рентгенологический признак, как наличие пневмоперитониума. У остальных на рентгеноскопии со стороны органов брюшной полости патологии не выявлено .

Ультразвуковое обследование выполнено всем больным, поступившим с закрытыми травмами. Лишь у 11 пациентов удалось выявить наличие свободной жидкости или нарушение целостности поврежденного органа.

Диагностическая лапароскопия производилось всем больным, из них у 14 (66,7%) выявлены повреждения внутренних органов. В последующем этим пациентам произведена лапаротомия. У 13 (61,9%) пострадавших обнаружен гемоперитонеум, причиной которого у 7 был разрыв селезенки, у 4 - разрывы печени, у 2 - другие причины. У 1 (4,8%) больного обнаружен перитонит, возникший в результате повреждения кишечника. У 5 (23,8%) пациентов выявлена забрюшинная гематома. У 6 (28,6%) обследованных диагностическая лапароскопия позволила избежать напрасной лапаротомии.

Послеоперационных осложнений и летальных исходов у пациентов с применением лапароскопической техники не было.

Таким образом, следует отметить высокую информативность метода лапароскопии в диагностике интраабдоминальных повреждений при закрытой травме брюшной полости. С внедрением в клиническую практику эндохирургических вмешательств уменьшилась частота раневых гнойных осложнений и почти у трети пациентов удалось избежать выполнения напрасной лапаротомии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Янгиев Б.А., Азимов А.А, Сафаров Н.Н, Маматов К.С.
Навоийский филиал РНЦЭМП

Увеличение количества скоростных транспортных средств и мощностей промышленных предприятий приводит к росту травматизма, прежде всего органов брюшной полости. Проблема закрытых травм органов живота обусловлена трудностью диагностики и лечения, высокой летальностью: до 20%- при изолированных и до 75%-при сочетанных и множественных повреждениях.

В хирургическом отделении Навоийского филиала РНЦЭМП в 2007-2009 гг. на лечении находились 110 больных с травмами живота в возрасте от 17 до 68 лет, из них 78 (70,9%) мужчин, 32 (29,1%) женщин.

У 61 больного имела место закрытая травма живота, у 49 были проникающие колото-резаные ранения живота. У 25 больных с закрытыми травмами живота проводились оперативные вмешательство, во время которого у 19 диагностировано установлены повреждение тонкого кишечника у 3-селезенки у 2 печени и у 1- почки. При проникающих ранениях живота повреждение кишечника отмечалось у 17 боль-

ных, селезенки - у 1, печени - у 6; у 19 больных повреждения внутренних органов не обнаружены. Сочетанные повреждения органов брюшной полости наблюдались у 9, у 2 пострадавших было торакоабдоминальное ранение с повреждением селезенки и нижней доли левого легкого. 10 пострадавших поступили в состоянии геморрагического шока различной степени тяжести.

Всем больным в зависимости от состояния в экстренном порядке произведены общие клинические лабораторные методы исследования, УЗД. В сомнительных случаях проводились лапароцентез и лапароскопия.У 8 пострадавших коагулированием было остановлено кровотечение при небольших краевых повреждениях печени, брыжейки тонкого кишечника. Наряду с обследованием проводилась интенсивная противошоковая терапия, которая продолжалась и во время операции. 35 больным выполнено ушивание ран кишечника и брыжейки, 4 больным произведена спленэктомия, 7- ушивание ран печени, 1- пациенту с повреждением поджелудочной железы - ушивание раны с дренированием сальниковой сумки, у 1 больного произведена нефрэктомия.

Умер 1 больной с тяжелой сочетанной травмой грудной клетки, брюшной полости, переломами костей таза и ушибом обеих почек. Смерть наступила вследствие циркуляторного шока.

Таким образом, своевременная диагностика и оперативное лечение при повреждениях органов брюшной полости помогают спасти жизнь пострадавшим.

Применение лапароскопической диагностики облегчает выбор хирургической тактики, определение источника кровотечения, иногда позволяют избежать не нужных широких лапаротомий.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Янгиев Б.А., Азимов А.А., Хамдамов О.К., Сафаров Н.Н.
Навоийский филиал РНЦЭМП

Среди травм грудной клетки в мирное время преобладают закрытые повреждения. Их частота составляет 95-98%. В связи с ростом промышленного и транспортного травматизма отмечается нарастание числа повреждений с тяжелыми последствиями, нередко ведущими к летальному исходу. Это обусловлено ростом промышленного и транспортного травматизма. Особенно часто неблагоприятные исходы наблюдаются при повреждениях костного каркаса грудной клетки (в первую очередь ребер).

В Навоийский областной филиал РНЦЭМП в 2005-2009 гг. обратились 170 пациентов с различными травмами грудной клетки. У 85 из них был установлен диагноз ушиб мягких тканей грудной клетки, у 59 - перелом ребер без явлений гемо- и пневмоторакса. Остальные 26 пациентов были госпитализированы с явлениями подкожной эмфиземы, гемопневмоторакса, сочетанными повреждениями.

Все больные поступали в приемное отделение, где им проводилось стандартное обследование: рентгеноскопия, рентгенография грудной клетки, общие клинические методы исследования, по показаниям УЗИ, ЭКГ, консультации хирурга, терапевта, при необходимости анестезиолога-реаниматолога.

При оказании экстренной медицинской помощи пострадавшим с травмами грудной клетки мы придерживаемся следующей тактики лечения. Больным с переломами ребер вводили анальгетики, выполнялась межреберная, вагосимпатическая и паравертебральная блокады. Пациентам с гемотораксом обязательно производили плевральную пункцию. При объеме аспирированной крови до 100-150 мл ограничивались пункцией. При продолжающемся кровотечении в плевральную полость более 300-400 мл в час проводили торакотомию с ликвидацией причины внутриплеврального кровотечения. При наличии пневмоторакса, как правило, пунктируем соответствующую плевральную полость на уровне II-III межреберья по среднеключичной линии с установкой тонкой дренажной трубки с созданием небольшого отрицательного давления. Если легкое не расправлялось в течение 2-3 суток, ставился вопрос об оперативном вмешательстве. При подкожной эмфиземе устанавливается наблюдение за больным. При множественных переломах ребер в плевральную полость вводили 2% раствор лидокаина.

С 2005 г. при закрытой травме груди мы используем диагностическую торакоскопию (20 б-х), позволяющую установить наличие и локализацию повреждения легкого, плевры, перикарда, выявить источник внутриплеврального кровотечения. Показанием к диагностической торакоскопии при поступлении считаем пневмоторакс и гемопневмоторакс. У больных с сочетанной травмой (переломы трубчатых костей, черепно-мозговая травма), прежде всего, решаем вопрос о тактике в отношении патологии грудной клетки, а затем других повреждений.

Особую сложность представляет дифференциальная диагностика сочетанной закрытой травмы груди и живота. Для этого используются УЗИ, лапароцентез, лапароскопия.

После проведения комплекса неотложных мероприятий основной задачей является компенсация дыхательной функции и профилактика посттравматических осложнений (оксигенотерапия, антибиотики, ИВЛ, различные блокады, инфузионная терапия и др.).

Осложнения (пневмония, плеврит, эмпиема плевры) развились у 5(25%) больных, умерли 3 (13%) пациента. Основными причинами смерти были шок (2 больных) и острая легочно-сердечная недостаточность (1 пациент).

Таким образом, примененная нами у больных с закрытыми травмами грудной клетки хирургическая тактика позволяет получить хороший результат.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Янгиев Р.А., Гулямов Б.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ранняя диагностика травм живота и правильный выбор хирургической тактики остаются актуальной проблемой в силу высокой частоты тяжелых абдоминальных повреждений, и роста летальности. Рост травматизма связан с увеличением количества высокоскоростных транспортных средств, сложной криминальной обстановкой, ритмом жизни современного человека. Среди различных видов травм повреждения живота по данным разных авторов составляют от 0,5 до 20%.

В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан с 2001 по 2009 года на лечении находились 382 больных в возрасте от 24 до 54 лет с травмой живота, из них с открытой травмой - 278, закрытой - 104. Чаще всего пострадавшими были мужчины, которых было 336, женщин - 46.

186 больных поступали в состоянии травматического шока, что в дальнейшем привело к трудностям в диагностике повреждений внутренних органов брюшной полости. Для диагностики повреждений органов брюшной полости при травмах живота проводились общеклинические анализы, рентгенологические исследования, а также неоднократно динамическое УЗИ брюшной полости. Во многих случаях при травмах между ведущими травматологическими и хирургическими центрами существуют разногласия относительно оптимального лечения. С одной стороны, в последнее время возросло число последователей "нехирургического" лечения, а с другой, имеется немало сообщений о неудачах такого подхода. Следует отметить, что ранняя диагностика закрытых травм живота и правильный выбор хирургической тактики позволяют значительно улучшить результаты лечения у больных, уменьшить количество послеоперационных осложнений и летальность. Учитывая это, все больные, поступившие с закрытыми травмами живота, осматривались несколькими специалистами. Такая тактика позволяла в ранние сроки установить показания к проведению необходимых диагностических мероприятий и определить объем оперативного вмешательства. Важным методом диагностики повреждений внутренних органов брюшной полости при травмах живота является динамическое УЗИ, которое позволила в наиболее короткие сроки установить наличие признаков повреждений внутренних органов. 149 больным произведена диагностическая лапароскопия. У 47 больных при проведении диагностической лапароскопии повреждений не выявлено. При закрытой травме живота у 12 больных отмечалось кровотечение из разрывов печени небольших размеров, что позволило провести электрокоагуляцию лапароскопическим методом и достигнуть гемостаза. У 8 больных повреждением мочевого пузыря в последующем произведено ушивание поврежденного участка с дополнительной эпицистостомией. У 32 больных имел место ушиб почек. Разрыв печени выявлен у 82 больных. У 21 из них кровотечение из разрывов печени остановлено с помощью электрокоагуляции. У остальных больных выполнено ушивание ран печени. Из 49 больных с повреждением селезенки. У 12 пациентов с 6 гемостаз достигнут электрокоагуляцей, у остальных выполнена спленэктомия. Повреждениями поджелудочной железы проведено дренирование сальниковой сумки. Из 102 больных с повреждением тонкой кишки и ее брыжейки 62 произведено ушивание повреждения тонкой кишки, 26 - различные виды резекции сегмента тонкой кишки с наложением энтероэнтероанастомоза, у 11 из-за наличия распространенного перитонита наложена одноствольная энтеростома. Повреждение толстой кишки имело место у 46 больных. 24 из них выполнено ушивание повреждения, 16 - ушивание сочетанных повреждений тонкой и толстой кишки, 4 - резекция участка толстой кишки с наложением первичного коло-колоанастомоза. 3 больным после проведенной резекции толстой кишки наложена колостома.

При проведении лапароскопии больным с травмой живота проводилось исследование жидкости из брюшной полости на наличие аммиака, амилазы и щелочной фосфатазы на аппарате Vitros-250. Анализ абдоминальной жидкости проводился экспресс-методом в течение 20 минут. При наличии аммиака свыше 500 мкмоль/л, амилазы 70 мг.мл/час и щелочной фосфатазы 600 мкмоль/л и более выявлено повреждение тонкой и толстой кишки у 47 больных. Нормальные показатели аммиака, амилазы и щелочной фосфатазы позволяли избежать широкой лапаротомии. Следует также сказать, что нами была проведена диагностическая лапароскопия всем больным при отсутствии признаков повреждения внутренних органов брюшной полости, если им проводилась операция смежными специалистами на других органах систем под общим обезболиванием, что позволило улучшить диагностику и выявление повреждений внутренних органов брюшной полости. Абсолютными противопоказаниями к проведению лапароскопии у больных с травмами живота считаем наличие геморрагического шока, перитонита, эвентрация кишечника, а также нестабильную гемодинамику без явлений геморрагического шока и перитонита.

Заключение. Применение малоинвазивных эндоскопических технологий в сочетании с биохимическими анализами абдоминальной жидкости позволило улучшить диагностику и верификацию внутрибрюшных повреждений, уменьшить количество напрасных широких лапаротомий и привело к снижению летальности у больных с травмами живота.

2.5. Стандарты диагностики и лечения термических и химических повреждений

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРЕБРОСОДЕРЖАЩИХ ПОВЯЗОК ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН

Авагимян А.Г., Бобровников А.Э.
ГОУ ДПО РМАПО, Москва, Россия

В мире широкое распространение при лечении обожженных получили кремы на основе серебра. Обычно в качестве носителя для препаратов серебра используются вторичные марлевые повязки, имеющие ряд существенных недостатков, одним из которых является травмирование подлежащих тканей при их удалении. Учитывая это обстоятельство, были созданы комбинированные повязки, содержащие в своем составе серебро. Лечебный эффект указанных повязок реализуется как за счет их атравматичных, дренирующих и абсорбирующих свойств, способности поддерживать влажную раневую среду, необходимую для оптимального заживления, так и проявления антимикробных свойств препаратов на основе серебра.

Для оценки эффективности современных серебросодержащих повязок Urgotul S.Ag и Cellosorb Ag (компания Urgo laboratories, Франция), а также серии Acticoat (фирма Smith&Nephew Medical Limited, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии) для лечения ожоговых ран были изучены результаты их применения у пострадавших с ожогами. Показана высокая эффективность серебросодержащих повязок при лечении больных с ожогами I-II степени (классификация глубины ожогов приведена по МКБ 10). На фоне их использования отмечено очищение ран от фибрина, появление эпителизации. При применения повязок для лечения ограниченных ожогов II-III степени отмечалось их очищение от некрозов и активная эпителизация из оставшихся дериватов кожи, за счет чего проведения аутодермопластики на данных участках в дальнейшем не потребовалось. Повязки были также эффективны после проведения хирургической некрэктомии ожогов III степени на этапе их подготовки к аутодермопластике. При этом сроки подготовки к кожной пластике были практически одинаковыми при применении различных повязок. Все исследованные повязки не требовали предварительной подготовки, хорошо моделировались на ранах и отличались отчетливыми атравматическими свойствами. Пациенты отмечали комфорт при их ношении. Нагноение ран под повязками после хирургической некрэктомии ожогов III степени было связано с очищением ран от тех фокусов некрозов, которые оставались после некрэктомии.

Микробиологическая оценка эффективности серебросодержащих повязок in vitro в отношении к клиническим штаммам S.aureus и P.aeruginosa, которые отличались полирезистентностью к большинству применяемых антибактериальных препаратов, показала, что повязки Urgotul S.Ag и Cellosorb Ag обладали умеренной антибактериальной активностью в отношении госпитальных штаммов микроорганизмов, сопоставимой с кремами на основе сульфадиазина серебра, при этом повязка Urgotul, не содержащая серебро, такой активностью не обладала. Микробиологическая эффективность повязки Acticoat были в 2 раза выше, чем эффект указанных выше повязок, по всей видимости, за счет входящего в их состав нанокристаллического серебра.

Таким образом, серебросодержащие повязки могут являться эффективными перевязочными средствами для лечения обожженных как в стационаре, так и в амбулаторной практике. Антимикробная активность данных повязок позволяет эффективно использовать их в качестве местных средств для профилактики инфекции. Продолжение изучения результатов применения повязок позволит разработать методику их применения для лечения обожженных.

АДАПТАЦИЯ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Алексеев А.А., Ушакова Т.А., Демидова В.С.
ФГУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий", Москва, Россия

Высокая летальность пострадавших с полиорганной недостаточностью (ПОН) и сепсисом при термической травме и отсутствие тенденции к ее снижению, несмотря на применение современных методов комплексного лечения, диктуют необходимость разработки альтернативных подходов к решению данной проблемы.

По мнению большинства исследователей, в основе развития ожоговой болезни лежит системный воспалительный ответ (СВО). Спектр процессов, составляющих СВО, расширился в настоящее время до молекулярно-генетического.

Основными негативными синдромами при этом считаются повышенный стероидный фон, гиперметоболизм, оксидативный стресс, гиперактивация фагоцитоза, цитокиновая агрессия, индукция апоптотической клеточной гибели, экспрессия воспалительных генов.

Однако необходимо отметить противоречивость литературных данных о выраженности этих процессов при ПОН и сепсисе: от гиперактивности до мультисистемного поражения.

Кроме того, не умаляя степени участия указанных процессов в системном воспалении, считаем целесообразным рассматривать их как необходимые составляющие универсальной ответной реакции организма на повреждение, которая, мобилизуя организм и расходуя его резервы, способствует восстановлению основных гомеостатических параметров.

Благодаря Г.Селье, выявившему активацию гипофизарно-надпочечниковой системы в качестве пускового механизма развития универсальной ответной реакции, названной стрессом, появилась возможность оценить ее интенсивность и адаптивность, т.е. соответствие степени тяжести травмы.

В рамках указанных процессов ответной реакции организма проведено эндокринно-метаболическое и иммунное обследование 442 пациентов с ожоговой травмой, включая пострадавших с неблагоприятным исходом.

На основание адаптивного подхода в оценке результатов проведенных исследований выявлены принципиальные отличия ответной реакции организма в зависимости о тяжести повреждения и исхода.

У пациентов с ожоговой травмой, определяемой ИФ≤90, наблюдался адаптивный системный воспалительный ответ умеренной интенсивности с эндокринно-метаболическими и иммунными проявлениями в виде стероидной реакции, гиперкатаболизма, активации процессов ПОЛ, провоспалительного цитокинового статуса, рецепторной индукции апоптоза, макрофагально-клеточного типа (Th1) иммунного ответа.

Для выживших пострадавших с крайне тяжелой ожоговой травмой (ИФ≥100) характерно ранее угнетение системной воспалительной реакции, имеющее относительный характер и обусловленное адреналовой недостаточностью, ингибированием энергетически-метаболического обеспечения, недостаточностью фагоцитоза, митохондриальной инициацией апоптоза, тенденцией к противовоспалительному цитокиновому профилю, иммуносупрессии и преждевременному формированию гуморального типа иммунного ответа (Th2).

Больные с неблагоприятным прогнозом продемонстрировали ингибирование системного воспалительного ответа вплоть до анергии, проявляющееся в выраженной адреналовой недостаточности, гипометаболизме, угнетении процессов пероксидации, фагоцитоза, антивоспалительном цитокиновом потенциале, иммуносупресии и преимущественном гуморальном типе (Th2) иммунного ответа.

На основании полученных результатов разработана схема ответной реакции организма на термическую травму, включающая три стадии: СВО, анти-СВО и анергию и выявлены их отличительные признаки.

Анализ результатов комплексного сравнительного исследования тяжело обожженных позволил разработать клинические рекомендации по специфической патогенетической терапии ожоговой болезни в зависимости от стадии ответной реакции организма.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Богданов В.В., Лагвилава М.Г.

ФГУ "Институт хирургии им. А.В.Вишневского"

Нутритивной поддержкой называют процесс обеспечения полноценного питания с помощью ряда методов, отличных от обычного приема пищи. Этот процесс включает в себя дополнительное оральное питание, энтеральное питание через зонд, частичное или полное парентеральное питание.

Нутритивная поддержка обеспечивает организм необходимым количеством энергии и строительных субстратов для его жизнедеятельности, являясь при этом абсолютно необходимой частью интенсивной терапии. На сегодняшний день разработаны методологические принципы проведения искусственного питания различных категорий пациентов. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи пострадавшим с обширными и глубокими ожогами заключается в проведении целого комплекса мероприятий, одним из которых является нутритивная поддержка.

При выборе того или иного метода искусственного питания обожженных во всех случаях предпочтение следует отдавать энтеральному питанию, проведение которого является простым технически и наиболее физиологичным, не требует строгих стерильных условий, не вызывает опасных для жизни пациента осложнений и существенно (в 6-8 раз) дешевле парентерального, в связи с чем вопросы энтерального питания привлекает к себе все большее внимание.

В настоящее время на фармацевтическом рынке России представлено около 50 питательных смесей для энтерального питания больных, разработанных на основе современных технологий. Их отличает оптимальный химический состав, наличие всех необходимых нутриентов, в т.ч. витаминов и микроэлементов, отсутствие грубой клетчатки, лактозы и глютена. В зависимости от показаний применяются следующие виды смесей: стандартные (сбалансированные), полуэлементные, модульные и направленного действия.

В России в течение ряда лет для энтерального питания успешно применяются смеси "Нутриэн", представленные как стандартными смесями, так и смесями направленного (метаболического) действия, что определяет возможность их использования у разных категорий пациентов. В то же время появление на рынке новых смесей для энтерального питания требует комплексных исследований для уточнения показаний и методики их применения у обожженных.

Проводимые в ожоговом центре Института хирургии им. А.В.Вишневского клинические исследования показали возможность и эффективность использования лечебных смесей "Нутриэн" в комплексном лечении тяжелообожженных. Питательные смеси "Нутриэн" просты в использовании, могут применяться в виде напитка, добавки к пище, а также энтерального зондового питания, хорошо переносятся пациентами, побочные эффекты отмечаются редко и быстро купируются при изменении режима питания и вида смеси.

На первом этапе исследована эффективность смеси направленного действия "Нутриэн Пульмо" (смесь с высоким содержанием жира и низким содержанием углеводов, дополнительно введены антиоксиданты и селен) для лечения обожженным с поражением органов дыхания. Под наблюдением находились 20 больных в возрасте от 20 до 60 лет с ожогами II-IIIАБ-IV площадью более 30% поверхности тела и ожоговой болезнью, осложненной пневмонией и/или термоингаляционной травмой. Все больные дополнительно получали парентеральное питание. Курс применения энтеральной смеси составлял 14-30 дней. Проведена клинико-лабораторная оценка эффективности использования указанной смеси в комплексном лечении пострадавших от ожогов. У всех больных прослеживался рост уровня общего белка плазмы крови с 48 до 63 г/л, а также увеличение количества лимфоцитов с 10 до 18%, что коррелировало с клиническими данным. Использования смеси "Нутриэн Пульмо" позволило эффективно подготовить и провести оперативные вмешательства по восстановлению кожного покрова в оптимальные сроки и сократить количество осложнений.

НЕИНВАЗИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Бурсук А.В., Гребенчиков О.А., Крутиков М.Г.
Институт хирургии им. А. В. Вишневского Росмедтехнологий

Одним из современных методов респираторной поддержки при острой дыхательной недостаточности (ОДН) является проведение неинвазивной вентиляции легких (НИВЛ) с помощью различных типов лицевых масок. Этот метод респираторной поддержки при острой дыхательной недостаточности у части больных способен стать альтернативой традиционной инвазивной (эндотрахеальной) вентиляции легких.

Характер поражения легких при ожоговой болезни в большинстве случаев носит преимущественно рестриктивный характер. В связи с этим применение метода неинвазивной вентиляции легких у пострадавших с обширными ожогами и ингаляционными поражениями было бы вполне целесообразным. В доступной литературе есть лишь единичные сообщения о применении неинвазивной вентиляции легких у больных с термическим поражениями. Учитывая немногочисленность данных о применении неинвазивной вентиляции легких у пострадавших с обширными ожогами, отсутствие сведений о применении этого метода у больных с ингаляционными поражениями, была поставлена задача проанализировать опыт применения метода неинвазивной вентиляции легких в отделении реанимации и интенсивной терапии (ИТ) у больных с термической травмой.

Исследование носило ретроспективный характер. Были проанализированы случаи использования НИВЛ у пациентов с термической травмой, лечившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии отдела термических поражений Института хирургии им А.В Вишневского в 2007-2009 гг. В исследование были включены 50 больных (13 женщин и 37 мужчин) в возрасте от 16 до 78 лет (средний возраст - 24,1±4,5 года) с общей площадью ожогового поражения от 25 до 70% п.т. при наличии глубоких ожогов от 15 до 55% п.т. 48 пациентов имели сопутствующую термоингаляционную травму. Неинвазивная вентиляция легких проводилась на аппарате искусственной вентиляции фирмы Elisee (Elisee, Финляндия-Италия) с опцией неинвазивной вентиляции. При неинвазивной вентиляции у наших пациентов в качестве интерфейса для взаимосвязи "пациент-респиратор".

При проведении НИВЛ в подавляющем большинстве случаев использовали триггерные режимы вентиляции: PSIMV, PSV реже сеансы неинвазивной вентиляции проводили в режиме CPAP. Режимы, контролируемые по давлению, позволяют лучше компенсировать утечку, обеспечивают стабильную величину минутной вентиляции.

Кроме НИВЛ все больные получали консервативную терапию: инфузионно-трансфузионную, антибактериальную, бронхорасширяющую, муколитическую, ферментную, энтеральное и парентеральное питание и др. У всех пациентов выполнялись перевязки и этапные оперативные вмешательства.

При поступлении в стационар у всех больных наблюдались выраженное диспноэ, тахипноэ (29,2±4,4 в 1 мин), тахикардия (120,2±12,0 в 1 мин), гипоксемия (41,0±3,8 мм рт. ст.), гиперкапния (59,2±14,7 мм рт. ст.) и респираторный ацидоз (7,16±0,08).

На фоне проведения НИВЛ у большинства больных наблюдались значимые положительные изменения клинических показателей (уменьшение диспноэ, тахипноэ, тахикардии) и параметров газообмена (повышение PaO_2 и pH, снижение $PaCO_2$). Положительные сдвиги наблюдались уже через 2 ч после начала НИВЛ.

При оценке комфорта проведения НИВЛ по ВАШ как отличную ее отметили 25 (50%) больных, хорошую - 10 (20%), удовлетворительную - 15 (30%).

НИВЛ оказалась успешной у 45 (90%) пациентов. У этих больных при проведении НИВЛ наблюдалось разрешение явлений ОДН, и они впоследствии были выписаны из стационара

ИТ и инвазивная ИВЛ выполнялись у 5(10%) больных. Причинами перехода к ИВЛ послужили ухудшение клинического состояния больных и параметров газообмена. Из этих больных умерли 2. Причиной летальных исходов явилась прогрессирующая дыхательная недостаточность в комплексе с полиорганной недостаточностью на фоне ожогового сепсиса.

Таким образом, неинвазивная вентиляция легких может с успехом применяться у больных с дыхательной недостаточностью на фоне термической травмы.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ОБОЖЖЕННЫХ В ПЕРИОД ОЖОГОВОГО ШОКА ПРИ МАССОВЫХ КАТАСТРОФАХ

Земсков В.М., Алексеев АА., Крутиков М.Г., Лагвилава М.Г., Козлова М.Н., Барсуков А.А., Соловьева М.С., Ахмадов М.А.
Институт хирургии им. А. В. Вишневского Росмедтехнологий, ГОУ ДПО РМАПО

Сотрудники ожогового центра Института хирургии им. А.В.Вишневского неоднократно оказывали помощь пострадавшим во время военных конфликтов и террористических актов в Абхазии и Северной Осетии Алании, при катастрофе самолета в Иркутске, трагедии в г. Перми. Опыт лечения этих больных показал, что ожоговая болезнь у них протекает тяжелее, чем у обожженных в бытовых ситуациях. Даже у больных с относительно небольшими по площади ожогами значительно чаще развиваются инфекционные осложнения ожоговой болезни, существенно возрастает летальность. Можно предположить, что при массовых катастрофах, часто приводящих к многофакторным поражениям и сопровождающихся максимальной напряженностью психоэмоциональной сферы пострадавших, иммуносупресия должна быть более выраженной. Поступление пострадавших из Перми в 1-2-е сутки после травмы позволило получить редкие данные о состоянии иммунитета у больных, пострадавших в массовой катастрофе, в период ожогового шока и сравнить их с данными иммунного статуса больных с бытовыми ожогами.

Исследования были выполнены в ожоговом центре Института хирургии им. А.В. Вишневского и в городском ожоговом центре на базе 36-й ГКБ. 1-ю группу составили 11 обожженных, получивших бытовую ожоговую травму общей площадью ожогов от 28 до 70% п.т. (в среднем 44±4,4%), при этом глубокие ожоги составляли от 1% до 23% п.т. (в среднем 11±2,9%), а у 6 больных ожоги сочетались с термоингаляционным поражением. 2-ю группу вошли 9 обожженных из Перми с ожогами общей площадью от 0,5 до 80% п.т. (в среднем 40,1±8,6% п.т.), при этом глубокие ожоги составили от 5 до 55% п.т. (в среднем 27,5±8,6%). У всех больных 2-й группы ожоги сочетались с термоингаляционным поражением и отравлением продуктами горения CO.

Исследования выполняли на цельной крови человека с ЭДТА по методике, рекомендованной для работы на проточном цитофлуориметре BD FACSCalibur Becton Discinson (США) с панелью моноклональных АТ прямомеченых FITC или фикоэритрином той же фирмы. Панель включала анализ трёх типов клеток с помощью моноклональных АТ- CD3, CD4, CD8, CD16, CD21, CD25, CD14, CD11b, CD54, CD64, CD70, CD95, HLA-DR CD3, анализ иммуноглобулинов методом турбидиметрии на б\х анализаторе Hospitex, анализ кислородного метаболизма фагоцитов методом хемилюминесценции на люминометре L-1251 LKB (Швеция).

Сравнительный анализ иммунологического статуса обожженных в период ожогового шока в зависимости от обстоятельств получения ожоговой травмы показал, что изменения иммунной системы у пострадавших в результате массовой катастрофы носили более глубокий негативный характер, чем в группе больных, получивших бытовую травму. Так, уровень IgG у пострадавших в массовой катастрофе был значительно ниже. Достаточно сказать, что при обширных ожогах с общей площадью от 50 до 80% п.т. у 4 больных Ig G вообще исчез из циркуляции, что никогда не приходилось наблюдать в предыдущих исследованиях. У других больных он регистрировался на очень низком уровне, составляя у 3 (33,3%) пациентов 0,9 г/л и лишь у 2 пациентов 2,7 - 3 г/л. Однако, дефицит клеточного звена иммунитета развился лишь у 1 (11,1%) пациента. У пострадавших при массовых катастрофах, в отличие от больных сравниваемой группы, отмечечалась тенденция к более высокому уровню хемилюминесцентного ответа с одномоментным возрастанием уровня CD 14, повышенный уровень Ig M и низкие значения HLA-DR+ Мн и HLA-DR+ Тлф, а также снижение количества NK-клеток.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать предварительный вывод о том, что при массовых поражения происходят более глубокие и разноплановые изменения иммунной системы обожженных, что и может являться причиной более тяжелого течения ожоговой болезни. Однако для окончательных выводов необходимо большее количество наблюдений, которые позволят оценить изменения иммунного статуса не только в зависимости от обстоятельств травмы, но и провести анализ по подгруппам в зависимости от тяжести травмы, наличия или отсутствия термоингалционного поражения, возраста и пола больных.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ

Камилов У.Р., Фаязов А.Д., Рузимуратов Д.А., Джабриев Д.А., Шомуталов М.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Основной проблемой современной комбустиологии является лечение больных с глубокими и обширными ожогами. Особую группу составляют обожженные детского возраста. Тяжелообожженные дети из-за незрелости тканевых структур, несовершенства защитно-приспособительных реакций органов и систем организма подвергаются большей опасности, чем взрослые.

Основными причинами летальных исходов у тяжелообожженных детского возраста являются такие грозные осложнения ожоговой болезни, как полиорганная недостаточность, ожоговый сепсис, пневмония. Одной из основных причин возникновения этих осложнений является длительное существование ожоговых ран. Являясь важнейшим компонентом комплексной терапии ожоговой болезни, хирургическое лечение глубоких ожогов у детей раннего возраста значительно отличается от лечебных мероприятий у старших детей и взрослых. Традиционная методика лечения обожженных детей, рассчитанная на самопроизвольное отторжение ожогового струпа недостаточно эффективна в основном из-за длительности процесса лечения, что нередко ведет к генерализации инфекционного процесса и развитию гнойно-септических осложнений.

В комбустиологическом отделе Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи 89 обожженным детям в возрасте от 8 месяцев до 14 лет с глубокими ожогами IIIБ-IV степени на площади 5-40% поверхности тела выполнена ранняя (на 5-7 сутки с момента травмы) и ранняя отсроченная (на 7-9 сутки) некрэктомия с радикальным иссечением всех пораженных тканей в один или несколько этапов.

29 пострадавшим с глубокими ожогами от 5 до 16% поверхности тела из-за повышенной кровоточивости дермального слоя или когда дно раны состояло из подкожной жировой клетчатки, после закрытия раны грануляционной тканью произведена отсроченная аутодермопластика с расщепленными сетчатыми трансплантатами на 10-12 сутки после некрэктомии. Во всех случаях отмечено удовлетворительное приживление аутотрансплантатов, что свидетельствует о целесообразности выжидания оптимальной подготовленности реципиентного ложа. Сроки полного восстановления кожного покрова составили 28,2±3,1 дня.

У 34 обожженных детей с глубокими ожогами 15-30% поверхности тела, после проведенной хирургической некрэктомии в связи с обширностью глубоких ран и дефицита донорских ресурсов, дефект кожного покрова закрывался временным раневым покрытием Фолидерм. На 5-7 сутки после некрэктомии раневое покрытие Фолидерм удаляли и производили аутодермопластику перфорированными аутотрансплантатами с коэффициентом перфорации 1:2. Такой подход позволил уменьшить потери через обширные раневые поверхности, улучшить качество грануляционного покрова. В послеоперационном периоде у пациентов этой группы лизис трансплантатов не отмечен. Срок восстановления эпителиального покрова - 29,8±3,6 дня.

26 пострадавшим детского возраста с глубокими ожогами 15-40% поверхности тела на 5-7 сутки после некрэктомии выполнено комбинированное закрытие раневого дефекта расщепленными сетчатыми трансплантатами с коэффициентом перфорации 1:4 и пересадкой культивированных аллофибробластов, фиксированных на подложке из полихлорвинила. Эпителизация ячеек сетчатых аутотрансплантатов с коэффициентом перфорации 1:4 завершилась к 5-6 дню после операции. Сроки полного закрытия раневых поверхностей 36,8±3,3 дня.

Таким образом, активная хирургическая тактика в комплексном лечении тяжелообожженных детского возраста позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения. Использование синтетического временного раневого покрытия Фолидерм с последующей аутодермопластикой позволяет снизить частоту лизиса аутотрансплантатов. Применение культивированных аллофибробластов при дефиците донорских ресурсов способствует сокращению сроков восстановления кожного покрова.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Эшмуродов О.Э.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Результаты лечения тяжелообожженных, у которых ожоги кожи сочетаются с ингаляционной травмой, остаются не удовлетворительными (Старков Ю.Г. и др., 2005). Летальность среди пострадавших с тяжелыми и крайне тяжелыми термохимическими поражениями дыхательных путей (ВДП) превышает 90% (Гуляев А.А. и др., 2004). Это обусловлено развитием респираторного дистресс - синдрома, непосредственно связанного с первичными поражением слизистой оболочки дыхательных путей продуктами горения (Боенко С.К. и др., 2005).

Нами проанализированы данные 358 пострадавших с термоингаляционной травмой (ТИТ), проходивших в 1994 - 2008 гг. лечение в Самаркандском межобластном ожоговом центре на базе городской клинической больницы №1 (группа сравнения - 252 пострадавших), а также в Самаркандском филиале РНЦЭМП в 1999 - 2008 гг. (основная группа - 106 пострадавших).

Среди 358 обожженных было 204 (57%) женщины и 154 (43%) мужчины в возрасте от 17 до 74 лет. Все они имели ожоги от 25 до 95% кожного покрова II, IIIA, IIIБ и IV степени. В основной группе, при лечении использовалась разработанная нами схема противошоковой, комплексной инфузионно-трансфузионной и медикаментозной терапии с применением (ФБС), в зависимости от тяжести термоингаляционного поражения дыхательных путей. Кроме того, больным проводилось местное лечение ожоговых ран и аутодермопластика кожи. Пациенты группы сравнения получали комплекс мероприятий, без ФБС.

Всего произведено 98 ФСБ, из них 65% в первые 4 суток. При ФБС в первые сутки после ТИТ выявили отек и гиперемию слизистых (21), подслизистые кровоизлияния (27), десквамацию эпителия носовых ходов и глотки (37), копоть на слизистых при поражении продуктами горения (9). Поздними эндоскопическими признаками ТИТ были изменения слизистой оболочки дыхательных путей в виде фибринозного (25) или гнойного эндобронхита (21) на 3-4 сутки после травмы. По уровню распространения поражения при ТИТ выделяли истинные ожоги верхних дыхательных путей (до уровня голосовых связок) - у 7 больных; поражение дыхательных путей продуктами горения - у 18; комбинацию ожога ВДП и поражения продуктами горения - у 51. По форме поражения трахеобронхиального дерева (ТБД) выделяли катаральную форму - у 9 больных; эрозивную - у 20; язвенную - у 39; некротическую - у 8 больных; которые соответствуют легкой, средней и тяжелой степени тяжести или I, II, III степени поражения. ФБС проводилась 1 раз в сутки больным со средней тяжестью поражения ТБД, 2-3 раза в сутки больным с тяжелыми поражениями ТБД.

Таким образом, использование в комплексном лечении фиброрбонхоскопии позволила у больных основной группы снизить летальность с 36,9 до 27,34%.

ДВС-СИНДРОМ У ОБОЖЖЕННЫХ

Карабаев Х.К., Нурбаев Э.О., Авазов А.А., Аллабердиев Н.А., Карабаев Б.Х., Рузибоев С.А.
Самаркандский медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Нами изучено влияние тяжести термической травмы на характер изменений показателей свертывающей системы крови у 55 больных в возрасте от 17 до 70 лет в периоде ожогового шока. В период шока исследование проводилось в трех группах пострадавших с различной степенью тяжести ожоговой травмы. В 1-ю группу вошли 15 больных с индексом Франка (ИФ) до 30, 2-ю группу составили 20 больных с ИФ от 30 до 60, в 3-ю группу включены 20 пострадавших с ИФ более 61.

У 15 больных 1-й группы наблюдалось укорочение времени свертываемости крови (6,0±0,5 мин). Время рекальцификации плазмы в первые сутки составило 66±3,8 с, к концу третьих суток увеличилось до 79±4,2 с. У больных 2-й группы время свертывания крови в первые сутки после ожога составило 4,6±0,3 мин. Время рекальцификации плазмы в первые сутки было укорочено до 46±5,0 с, а к концу третьих суток составляло 76±3,8 с. В 3-й группе время свертывания крови составляло 4,0±0,4 мин, на третьи сутки возросло до 5,8±0,5 мин. Время рекальцификации плазмы было укорочено до 33±7,8 с в первые сутки, оставаясь сниженным к концу третьих суток до 45±3,5 с. Концентрация фибриногена у пострадавших как 2-й, так и 3-й группы увеличивалась уже в первые сутки после ожога.

Концентрация фибриногена повышалась более значительно лишь в первые сутки, составляя в среднем 4,9±0,3 мг/л. Реакция на фибриноген В была резкоположительной. Как показывают проведенные исследования, ожоговая травма приводит к снижению антикоагу-лянтной активности крови. Наиболее тяжелые ожоги (при ИФ более 60) вызывали выраженные падения концентрации гепарина в среднем до 4,4±0,2 с, а у 2 больных этой группы кон-центрация свободного гепарина падала ниже 4 с. Повышение показателей толерантности плазмы к гепарину наблюдалась у всех больных, составляя в первые сутки 3,9±0,1 мин, удерживаясь на этих цифрах до конца третьих суток. Изучено также влияние тяжести ожоговой травмы на характер нарушений фибринолитической активности. Выраженное снижение её величины отмечалось у всех больных 2-й и 3-й группы. Так, у больных с ИФ 61 и более показатели фибринолитической активности были снижены в первые сутки до 3,7±0,6%, продолжая оставаться резко сниженными до конца третьих суток.

Таким образом, ожоговый шок, особенно тяжелой степени, вызывает значительные нарушения в свертывающей системе крови, что требует соответствующей коррекции для профилактики тромбоэмболических осложнений.

ЖИРОВАЯ ЭМБОЛИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Карабаев Х.К., Аллабердиев Н.А., Карабаев Б.Х., Тагаев К.Р.
Самаркандский медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Частота возникновения жировой эмболии, её тяжесть и роль в патогенезе, клинике, прогнозе и исходе ожоговой травме изучена недостаточно, а имеющиеся в литературе данные крайне противоречивы. Одни авторы считают жировую эмболию легких редким осложнением ожоговой травмы, а другие, напротив, находят дезэмульгированный жир в сосудах легких у 40-80% умерших от ожогов, серьезно обсуждая вопрос о ведущей роли жировой эмболии в танатогенезе ожоговой травмы. Ряд авторов утверждают, что при ожогах жировая эмболия легких так же выражена, как и при механических травмах и полагают, что жировая эмболия легких у обожженных может быть непосредственной причиной смерти или ускорить её наступление (Воробьев В.М., 2003). Проведенные нами исследования имели целью восполнить этот пробел.

Мы изучили частоту возникновения и степень тяжести жировой эмболии у 30 больных, с обширными глубокими ожогами 50-85% поверхности тела с крайне тяжелым ожоговым шоком, умерших в 1-3 сутки. Установлено, что глубокие обширные ожоги сопровождались повышением частоты и степени выраженности жировой эмболии легких. Вместе с тем анализ данных аутопсии показал, что в течение первых трех суток после ожоговой травмы нарастала не только частота обнаружения жировой эмболии легких, но и степень ее тяжести. По-видимому, при ожогах происходит образование жировых микротромбов, попадающих в венозный кровоток. С током крови они проникают в легочные капилляры, где под действием липазы подвергаются гидролизу с образованием свободных жирных кислот, повреждающих легочный эндотелий. Кроме того, липолитическими агентами являются также катехоламины, концентрация которых значительно повышается при ожоговом шоке. Поэтому в большинстве случаев жировая эмболия у обожженных проявляется симптомами дыхательной недостаточности. О степени тяжести жировой эмболии легких судили согласно классификации А.З.Блажко (1973). Наличие жировой эмболии легких устанавливали, исследуя препараты-отпечатки легочной ткани, окрашенные на жир суданом. Морфологические изменения, выявленных нами у 30 больных, включала интерстициальный отёк, транссудацию и эксудацию в альвеолы, гибель пневмоцитов II порядка и образование гиалиновых мембран.

Выводы. Жировая эмболия легких не является одномоментным феноменом, а степень её тяжести возрастает со временем (на протяжении первых трех суток после ожога), что не может не отразиться на динамике её клинических проявлений. В частности, вероятно, именно феноменом накопления жировых эмболов в легких объясняется наличие "светлого промежутка" от момента травмы до появления симптомов легочной патологии.

ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Кенжемуратова К.С., Маликов Б.Х., Эшмуродов О.Э., Мустафакулов И.Б.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

При лечении химических ожогов пищевода и желудка используются разнообразные способы: от промывания и бужирования до использования стероидных гормонов, антибиотиков, а также лазерного излучения. Тем не менее, до настоящего времени летальность остаётся высокой (от 20,5% до 85,7%).

Под нашим наблюдением находились 74 пациентов с химическими ожогами пищевода и желудка. Возраст больных от 18 лет до 60 лет. Преобладали женщины (74,5%), мужчины (25,5%). У 67 больных с химическими ожогами пищевода поражения были обусловлены приемом уксусной кислоты и щелочи (64,5% и 15% соответственно), а химическими ожогами желудка были вызваны в основном отравлением уксусной кислотой и неорганическими кислотами (15,7% и 49,8% соответственно). Лечение ожогов пищевода и желудка включало: антибиотики (ампициллин ампиокс по 4 г/сут.), кортикостероидные гормоны (120 мг преднизолона. 1 мл 2% раствора платифиллина 4-6 раз в сут.). Для медикаментозного лечения назначают внутрь микстуру (200 мл 10% эмульсии подсолнечного масла, 2 г левомицитина, 2 г анестезина) по 20 мл через каждый час и альмагель А. Длительность лечения определяется тяжестью ожога: при легком ожоге - 7 дней, при ожоге средней тяжести - до 20 дней, при тяжелом - не менее 30 дней. Курс указанного лечения проводили в стационаре и в амбулаторных условиях от 3 нед. до 2 мес. при тяжелом ожоге.

С целью выявления течения химического ожога пищевода и желудка у 65 больных проведены эндоскопические исследования. При этом выявлена, что у всех больных некротические изменения в стенке органа сопровождались инфильтрацией, ригидностью (у 65) и выпадением перистальтики на уровне поражения слизистой оболочки (у 43). Отек и гиперемия I степени наблюдались у 38 больных, частичное разрушение слизистой оболочки II степени у 24 и полное разрушение слизистой оболочки III степени диагностированы у 3 пострадавших. Больные II и III степенями ожога пищевода являются потенциальными субъектами для образования сужения органа и им мы производили на 8-10 день после травмы профилактическое бужирование пищевода (27 больным) в течении 1-1,5 мес. Осложнений при бужировании пищевода мы не наблюдали. Один больной отказался от дальнейшего бужирования, у которого затем возник полный стеноз пищевода в области глоточно-пищеводном проходе. В дальнейшем этому больному успешно проведена тотальная одномоментная пластика пищевода из толстой кишки.

Из 74 больных умерли 2 (2,7%). Причиной летального исхода служили разлитой перитонит (у 1) и массивное желудочно-кишечное кровотечение (у 1).

ОТРАВЛЕНИЯ МЕТГЕМОГЛОБИНОБРАЗУЮЩИМИ ЯДАМИ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ БЫТОВОЙ ХИМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Марупов А.М., Стопницкий А.А., Юсупов О.П.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Метгемоглобинобразующие яды - общее название химических веществ-окислителей, которые при попадании в организм вызывают превращение гемоглобина в метгемоглобин, путем окисления железа, находящегося в гемоглобине. Образованное стойкое соединение препятствует присоединению кислорода к гемоглобину, тем самым нарушается процесс доставки кислорода к клеткам органов и тканей, т.е. развивается гемическая гипоксия.

В группу метгемоглобинобразователей входит большое количество различных веществ. Бытовые отравления чаще всего происходят при ошибочном использовании селитры вместо соли, проглатывании детьми чернил и других анилиновых красителей, злоупотреблении нитроглицерином в попытке купировать приступ сильной боли в сердце.

Типичный случай массового бытового отравления метгемоглобинобразующим ядом произошел в феврале 2010 г в городе Ташкенте. В отделение токсикологии РНЦЭМП поступили 5 пациентов в возрасте от 18 до 43 лет с жалобами на тошноту, рвоту, одышку в покое, резкую слабость, сонливость. Со слов сопровождающих больных лиц 6 человек за 3,5 часа до поступления ошибочно вместо поваренной соли употребили в пищу аммиачную селитру. Через 10-15 минут после употребления у всех пациентов внезапно появились сильнейшие головные боли, стеснение в висках, неукротимая рвота, потемнение в глазах, одышка в покое. В дальнейшем все пациенты были самотеком доставлены в 7 городскую больницу, где 1 из них скончался, остальные также самотеком, без оказания первой помощи переправлены в отделение токсикологии РНЦЭМП. При объективном осмотре особый интерес представлял внешний вид пострадавших - кожных покровы имели характерный синюшный оттенок с акроцианозом пальцев конечностей и ушных раковин. Другими патогмоничными признаками были угнетение сознания до уровня глубокого оглушения и сопора, наличие шоколадного цвета венозной крови, резкое снижение сатурации до 67-74% и тахикардия до 120-135 в минуту. Уровень метгемоглобина у больных колебался в пределах 38,7-48,9%, что соответствовало тяжелой степени отравления.

После первичной оценки состояния всем пациентам в экстренном порядке начаты лечебные мероприятия, которые включали в первую очередь кислородотерапию путем инсуффляции увлажненной кислородной смеси и выполнения сеанса гипербарической оксигенации под давлением в 2,5 атм в течение 35-40 мин. Проводили также промывание желудка, энтеросорбцию, повторные очистительные клизмы, инфузионную терапию методом форсированного диуреза. Отсутствие специфического антидота метгемоглобинобразующих ядов метиленового синего компенсировали внутривенным введением 5% раствора унитиола, 0,06% раствора гипохлорита натрия и аскорбиновой кислоты. С целью улучшения тканевого дыхания больные получали препарат цитофлавин, который включает янтарную кислоту, а также коферменты цикла Кребса. На фоне проводимой интенсивной терапии у всех пострадавших уже через 6 часов отмечалось полное восстановление сатурации до 98-100%, редукция одышки, энцефалопатии, цефалгии, тахикардии, нормализация цвета кожных покровов. Уровень метгемоглобина через 6 часов снизился до 12,3-17,6%, а через 24 часа составил 4,4-5,3%. На вторые сутки у пациентов сохранялись только признаки гастроэнтерита, которые купировались на фоне введения энтеросорбента, спазмолитиков, коллоидных и кристаллоидных растворов. Антидотную (унитиол) и антигипоксантную (цитофлавин) терапию продолжали еще в течение суток до полной нормализации уровня метгемоглобина (менее 1%). На третьи сутки все пострадавшие были выписаны из отделения в удовлетворительном состоянии.

Выводы. 1. Острые отравления метгемоглобинобразующими ядами являются редкой, но чрезвычайно опасной патологией, нередко приводящей к гибели пациентов. 2. Для повышения эффективности интенсивной терапии данной категории больных огромное значение имеет правильная тактика оказания первой помощи на догоспитальном этапе: в первую очередь необходимо немедленно начать кислородотерапию, промыть желудок через зонд, дать большие дозы энтеросорбента (не менее 30-50 грамм активированного угля). Определенный эффект имеет внутривенное введение больших доз аскорбиновой кислоты (не менее 10 мл). 3. В последнее время прекращено производство метиленового синего, который являлся основным антидотом метгемоглобинобразующих ядов, однако комплексное применение гипербарической оксигенации, унитиола, 0,06% гипохлорита натрия и тканевого антигипоксанта цитофлавин позволяет в кратчайшие сроки добиться нормализации уровня метгемоглобина и купировать последствия гемической гипоксии.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ УКСУСНОЙ ЭССЕНЦИЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ

Марупов А.М., Стопницкий А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Отравление уксусной кислотой в нашей стране является одним из наиболее распространенных видов химических травм, что связано с широкой доступностью и постоянным использованием ее в домашнем хозяйстве. Прием большого количества концентрированной уксусной кислоты влечет за собой местное деструктивное воздействие агрессивного химического вещества на ткани с развитием абсолютной гиповолемии и экзотоксического шока, резорбтивное действие на организм, следствием чего является развитие внутрисосудистого гемолиза различной интенсивности, токсической коагулопатии и токсической гепато-, нефропатии.

В 2001-2009 гг. в отделение токсикологии поступили 2286 больных с острыми отравлениями уксусной эссенцией, из них 879 (38,4%) больных с тяжелой степенью отравления уксусной эссенцией (уровень гемолиза крови от 6,4 до 41,8 г/л). Тяжелые отравления сопровождались высокой летальностью - 168 (19,1%) больных, развитием ранних и поздних осложнений. Одной из причин, обусловливающей тяжесть отравления, является недостаточное оказание первой помо-

щи на догоспитальном этапе, поэтому необходима оптимизация тактики лечения этоой категории больных.

Нами разработан стандарт лечебно-диагностических мероприятий, который включает:

А) Лабораторно-функциональные исследования:

1. Исследование содержания в крови и моче свободного гемоглобина, объема циркулирующей крови (ОЦК), центрального венозного давления (ЦВД), кислотно-щелочного состояния (КЩС), биохимические анализы крови.
2. Эзофагогастродуоденоскопия в определенные сроки в зависимости от степени отравления.
3. Рентгеноскопическое и ультразвуковое исследования.

Б) Лечебные мероприятия:

I. На догоспитальном этапе больному необходимо:

1. Обязательно промыть желудок холодной водой.
2. Купирование болевого синдрома.
3. Антикоагулянтная и спазмолитическая терапия.

II. На госпитальном этапе :

1. Лечение болевого синдрома и экзотоксического шока.
2. Детоксикационно-инфузионная терапия, ошелачивание крови.
3. Гормонотерапия.
4. Антибиотикотерапия.
5. Антикоагулянтная терапия.
6. Местная терапия химических ожогов желудочно-кишечного тракта.
7. Интракорпоральная электрохимическая детоксикация и антиоксидантная терапия.

Внедрение данного стандарта диагностических и лечебных мероприятий на догоспитальном и госпитальном этапах позволило оптимизировать тактику лечения больных с острыми отравлениями уксусной эссенцией, значительно снизить летальность (с 12,2% в 2005 г. до 6,5% в 2009 г.), уменьшить риск развития ранних и поздних осложнений.

РОЛЬ МЕСТО УКУСА ПЕРЕПОНЧАТОКРЫЛЫХ В ОСОБЕННОСТЯХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА

Мирзаева Д.Б.

Бухарский государственный медицинский институт

Как известно, анафилактический шок (АШ) является одним из угрожающих состояний. Стремительное проявление клинических признаков, порой в крайне тяжелой форме, требует безотлагательного профессионального вмешательства. Своеобразно и тяжело протекает АШ, развивающийся вследствие укуса Humenoptera - перепончатокрылых (ПК) - пчел, ос, шмелей, иной раз даже с летальным исходом.

Пчеленный яд (эпитоксин) - это продукт особых желез пчелы (epis). Действующим началом этого яда являются ферменты фосфокиназа А и гиалуронидаза и в меньшей степени ацетилхолин и гистамин в совокупности с другими химическими элементами.

Целью настоящего исследования явилась определение возможной связи между клиническими проявлениями АШ и местом укуса ПК. Обследованы 2 группы больных в возрасте от 15 до 49 лет, лиц мужского и женского пола было одинаковое число. Время доставки больных в клинику варьировало от несколько минут до одного часа. В 1-ю группу вошли больные, у которых место укуса ПК приходилось на область головы и шеи. Во 2-ю группу были включены больные с укусом ПК преимущественно нижней конечности. При тщательном сборе аллергологического анамнеза было установлено, что все больные с тяжелыми анафилактическими реакциями на укусы пчел с детства росли около пасеки и многократно подвергались укусам этих насекомых.

Клинические признаки АШ проявлялись по-разному. Так, у больных 1-й группы дебютными симптомами шока оказались внезапно появившаяся давящая боль за грудиной (60%), тошнота (68%), страх смерти (75%) и быстро наступающая потеря сознания. Все эти признаки развивались молниеносно, и значительная часть больных практически не успевали высказать свои жалобы. У большинства больных (70%) отмечалась резкая бледность и холодный пот, особенно на коже лица. Черты лица заострялись и изменялись в течение нескольких минут у 63% больных. Пульс становился частым и не определялся у 38% больных. АД резко снижалось у 92% больных, у 38% из них вовсе не определялось. У 18% больных выступала пена изо рта. У 58% больных отмечался отек гортани, дыхание становилось стридорозным. При этом шейные вены набухали, кожа лица становилась синюшной. Клонические судороги наблюдались у 26% больных. У 22% пациентов отмечалось непроизвольнаят дефекация и мочеиспускание, у 12% - кровянистые выделения из влагалища.

У больных 2-й группы АШ развивался сравнительно медленно. Дебютными симптомами были чувство прилива жара по всему телу (95%), шум в ушах (85%), зуд кожи (98%). При осмотре у больных отмечалась гиперемия кожных покровов с высыпаниями волдырного характера.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно заключить, что АШ, развивающийся после укуса ПК, в определенной мере зависит от места укуса и намного тяжелее протекает у лиц с местом укуса в шею и лицо.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ

Надирханов О.Р., Убайдуллаев З.Ш., Абдуллаев У.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Одной из актуальных проблем комбустиологии является лечение тяжелообожженных в сочетании с отравлением алкоголем. По данным литературы, от 5 до 20% пострадавших с ожогов различной степени тяжести поступают в ожоговые центры в состоянии алкогольного отравления вплоть до делириозных состояний. В патогенезе значительное место занимает вытеснение пищи из диеты алкоголем, вследствие чего развивается полиорганная недостаточность, водно-электролитные и метаболические нарушения.

У обожженных ожоговая болезнь и эндотоксемия часто провоцируют развитие и усугубление алкогольного психоза. Несвоевременное купирование психомоторного возбуждения ведёт к истощению нейромедиаторных систем, что при неблагоприятном течении психоза и ожоговой болезни сопровождается углублением нарушения сознания, отёком головного мозга и приводит к летальному исходу.

Проблема лечения делирия у тяжелообоженных до конца не решена. Предложены различные подходы к терапии этих состояний. Споры вызывают возможность использования психотропных препаратов (нейролептики, транквилизаторы,

снотворные средства, средства для наркоза, а также антидепрессанты), дозы препаратов, необходимость и объём инфузионной терапии. Основная цель применения психотропных препаратов в лечении алкогольного делирия - купирование психомоторного возбуждения и борьба с бессонницей. В большинстве случаев после длительной медикаментозной седатации и сна наступает выздоровление.

В отделение ожоговой реанимации в 2009 г. поступили 116 взрослых больных в возрасте от 15 до 84 лет с различными видами термических повреждений. Общая площадь ожога колебалась от 1 до 95 %. Мужчин был 81 (70%), женщин - 35 (30%).

У 19 больных было алкогольное отравление различной степени. У 12 больных из анамнеза выявлен хронический алкоголизм. У всех больных на 2 - 4 сутки после ожога развилась клиника алкогольного делирия.

Для профилактики алкогольного психоза с первых дней назначали мидозалам 0,2 мг/кг в сочетанием с дроперидолом 0,2 мг/кг, бензонал 0,1 по 3 раза в сутки (учитывая седативное действие и улучшение монооксигеназной функции печени) и большие дозы витаминов группы В (B_1 300 мг и B_6 300 мг в сут.).

Одновременно проводилась активная дезинтоксикационная терапия (рефортан, реосорбилакт, сукцинасол, гипохлорид натрия 0,06%, энтеросорбенты, форсированный диурез), коррекция метаболических нарушений, восстановление водно-электролитного баланса и нормализация соматического статуса.

Медикаментозная седатация больных предупреждала возникновение психотических состояний или купировала развившиеся психозы.

На фоне этой комплексной терапии через 4-6 дней у больных отмечалось клиническое улучшение психонервологического статуса и общего состояния: уменьшение и прекращение двигательного возбуждения, галлюцинаций.

Таким образом, лечение обожженных больных в сочетании с алкогольным отравлением, кроме традиционного лечения, требует и патогенетического подхода. В комплексную терапию нужно своевременно включать психотропные препараты, седативные средства, барбитураты и большие дозы витаминов группы В, что позволяет снизить частоту возникновения психозов или уменьшить длительность лечения уже развившихся психозов, тем самым уменьнить летальность среди лиц, злоупотребляющих алкоголем.

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПСИХИЧЕСКУЮ ТРАВМУ, И ИХ РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Насивалиев И.М., Махмудов Н.И. Неровная Н.Б.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Под наблюдением в последние 10 лет находились 32 больных (8 мужчин и 24 женщин) с различными отравлениями.

Преморбидно все наблюдаемые нами лица были психически здоровы, но в последующем в связи с острыми или хроническими психическими травмами, которые можно отнести к семейно - бытовым конфликтам, у них сформировалась реактивные состояние. Предсуицидальный период продолжался от 1-2 недель до 2-3 месяцев и характеризовался появлением невротических расстройств, а затем и симптомов депрессии. У больных развивалось пониженное настроение, тревожность, повышенная утомляемость, нарушение сна, взрывчатость, возбудимость, слезливость, ранимость.

У одних больных суицидальные мысли возникали уже в первые дни, одновременно с появлением симптомов заболевания, и тогда суицидальный синдром развивался исподволь, становился стойким и постоянным, а суицидальный акт готовился больными довольно тщательно. У других они возникали внезапно, на фоне выраженного реактивного состояния, и суицидальный акт протекал по типу патологического эффекта, реакции "короткого замыкания".

Все больные поступали в тяжелом коматозным состоянии, сопровождавшимся соматическими и неврологическими нарушениями. Длительность пребывания в коме была от 2 до 4 суток, сохранялись расстройства памяти, явления оглушения, двигательная заторможенность или, напротив, двигательное возбуждение. У пациентов по выходе из состояния острой интоксикации развивались онейродные, делирозные или онейродно-делирозные и другие психотические расстройства сознания. В последующем на первый план выступали аффективно - эмоциональные переживания. У части больных депрессивный синдром не только сохранялся, но и усугублялся, и больные по-прежнему высказывали суицидальные мысли; у других он подвергался обратному развитию. Последнее, как правило, было связано с дезактуализацией психической травмы под влиянием новых переживаний, вызванных опасным для жизни состоянием.

Наряду с проводимыми терапевтическими мероприятиями, в этот период усилия врача должны быть направлены на критический анализ психических переживаний, который проводится совместно с больным. Необходимо достигнуть того, чтобы психотравмирующие проживания в значительной степени утратили свою первоначальную актуальность. С этой целью в отдельных случаях психотерапевтическая беседа проводилась в палате в присутствии других больных, перенесших тяжелые отравлении и находящиеся на постельном режиме. Подобная опосредованная рациональная психотерапия оказывала положительный эффект на психику больного, подготавливая его к дальнейшему непосредственному психотерапевтическому воздействию. Естественно, психотерапию следовало сочетать с медикаментозной. Основные лечебные мероприятия были направлены на снятие симптомов астении и депрессии, формирование правильных социальных установок.

У всех больных перед выпиской из отделения возникали вопросы, связанные как с дальнейшим лечением, так и с положением больных в семье и на работе. Больные совершившие суицидальный акт, были серьёзно озабочены своим положением в обществе.

Таким образом, реабилитация подобных больных должна начинаться с момента восстановления сознания путём применения методов рациональной психотерапии.

ЧУ ҚУР КУЙИШ ЖАРОХАТЛАРИНИ ЖАДАЛ ХИРУРГИК УСУЛЛАР ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ

Орипов Д.У., Абдурахимов А.А., Исаков Н.Н.
РШТЁИМ Фарғона филиали

Чуқур ва катта майдонли куйиш жарохарларини даволаш ҳозирги замон комбустиологларининг долзарб муаммоларидан бўлиб қолмоқда. Бу гуруҳ беморларни традицион усулда даволашда узоқ муддат мобайнида куйган яра юзасида некротик тўқималарни сақланиб туриши аутодермопластика операциясини ўтказишга тўсқинлик қилади ва йирингли-септик асоратларни юзага келишига шароит яратади. Куйиш жарохати олган беморларда ўлим холати сунгги йиллар мобайнида юқорилигича сақланиб қолмоқда.

Оғир куйиш жарохати бўлган беморларда ўлим холати юқорилиги асосий сабаблардан деб, умум қабул қилинган жарроҳлик усулларини ишлаб чиқарилмаганлигидир. Шу билан бир қаторда катта майдонли куйиш жарохатларида терининг донор ресурслари, вақтинчалик тери қопламлари афзаллиги, жарроҳлик муолажасини ўтказиш муддати ва кўлами масалалари тўлалигича хал этилмасдан қолмоқда.

Оғир куйиш жарохатини комплекс даволашда жадал жарроҳлик усулларини қўллаш лозимлиги ўз тасдиғини топган бўлиб, унинг асосида эрта некрэктомия ва тери бутлигини қисқа муддат ичида аутодермопластика йули билан даволаш ётади. Куйиш жарохатларини чуқурлигини эрта муддат ичида аниқлаш жадал жарроҳлик усулларини қўллашга шароит яратади.

Комбустиология бўлимида 2007-2009 йиллар мобайнида 42 та чуқур куйиш жарохати бўлган беморларни даволашда эрта некрэктомия усули ва вақтинчалик тери қопламлари қўлланилди. Куйиш жарохатини чуқурлигини аниқлашда бўлим ходимлари томонидан яратилган дермал термометр мосламаси қўлланилди. Термометрия усули соғ ва шикастланган тери юзаларидаги ҳарорат фарқини кўрсатишга асосланган. Чуқур куйиш жарохатлари бўлган сохаларда тери ҳарорати соғ тери сохасига қараганда 1,5 - 3°С гача паст бўлиши аниқланди.

Чуқур куйиш жарохати бўлган беморларда эрта некрэктомия муолажаси касалликнинг 5-7 кунлари, қачонки яра сохасида махаллий ялиғланиш аломатлари юзага келмасдан ўтказилди. Чуқур куйиш майдони 5% ни ташкил қилган 12 беморда эрта некрэктомия бир вақтнинг ўзида тери дефектини аутодермопластика қилиш билан якунланди. Жарроҳлик муолажасидан кейинги даврда ўтказилган аутотрансплантатларнинг қониқарли битиш кузатилади.

Катта майдонли куйиш жарохати 15-25% бўлган 22 та беморда тангенциал некрэктомия бир неча босқичларда амалга оширилди ва тери дефектлари вақтинчалик тери қопламаси "Фолидерм" ёрдамида беркитилди. Бу эса ўз навбатида яра юзасидан оқсил, электролитларни йўқолиши, ярани иккиламчи ифлосланиши сақлади. Шу билан бир қаторда яра юзасида грануляцион тўқима хосил бўлишини тезлаштирди.

Катта майдонли грануляцион яралари бўлган 9 та кичик ёшдаги беморларда тери дефектларини комбинацион (ауто-, алло) пластика йули билан даволанди. Донор сифатида бемор ота-онаси ёки яқин бўлган қариндошлари олинди. Бу гуруҳ беморларни даволаш натижалари шуни кўрсатдики, ўтказилган аллотерилар бир муддат мобайнида тери дефектини беркитиб, сўнгра лизисга учради. Бу эса, ўз навбатида ўтказиладиган босқичли аутодермопластика амалиётини ўтказишга қулай замин яратди.

Шундай қилиб, олинган натижалар шуни кўрсатдики, чуқур куйиш жарохати бўлган беморларда дермал термометрия усули ёрдамида ташхис куйиш, жадал жарроҳлик усули ва вақтинчалик тери қопламларини қўллаш бу гуруҳ беморларни даволаш самарадорлигини оширади.

ПРИМЕНЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ ФОЛИДЕРМ И HONEY-SOFT® ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН

Рузимуратов Д.А., Фаязов А.Д., Шукуров С.И., Арипов Д.У., Султонов Б.К.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Одним из вариантов проведения местного лечения ожоговых ран может быть использование временных раневых покрытий, разработка и совершенствование которых в настоящее время является чрезвычайно важной научно-практической задачей комбустиологии. Помимо замещения естественных функций здоровой кожи, действие таких покрытий, имитирующих свойства кожного покрова, должно быть направлено на уменьшение возможности внешнего инфицирования, механического травмирования, создание оптимальных условий для регенерации и предотвращения чрезмерных потерь биологически важных для организма жидкостей и веществ. Использование покрытий обычно рассчитано на несколько дней и наиболее эффективно при местном лечении ран после удаления мертвых тканей.

В 2007 - 2009 гг. раневое покрытие Фолидерм (ООО Фолиум, Россия) применяли у 47 обожженных с обширными ожоговыми ранами II-IIIA степени. Раневое покрытие Honey-SoftR (Dorma ProF, Голландия) использовали у 10 обожженных больных. Основным показанием к применению покрытия Honey-SoftR служили раны после хирургической некрэктомии при невозможности их одномоментного закрытия и гранулирующие раны, очищенные от некроза в период подготовки их к аутодермопластике.

После аппликации на раны покрытия Фолидерм и Honey-SoftR хорошо удерживаются на поверхности. В ряде случаев для усиления антибактериального эффекта, фиксации и предупреждения их быстрого высыхания рекомендуется укладывать повязки с растворами антисептиков. При условии хорошо проведенного первичного туалета раны у пострадавших с поверхностными ожогами раневые покрытия Фолидерм и Honey-SoftR не снимались до завершения эпителизации ран. Позитивным моментом являлось также отсутствие необходимости осуществления регулярных травматических перевязок, что способствует более ранней активизации пострадавших.

При использовании раневых покрытий Фолидерм и Honey-SoftR полная эпителизация раневой поверхности наступила на 15-16 сутки, тогда как у обожженных, у которых использовались традиционные методы местного консервативного лечения, сроки эпителизации составили 21-23 дня.

Отмечалось также быстрое очищение и подготовка гранулирующих ран к аутодермопластике на 5-6 дня раньше, чем при использовании традиционных методов лечения. Применение раневых покрытий Фолидерм и Honey-SoftR способствовало проведению безболезненных перевязок и ранней активизации больных.

Таким образом, временные раневые покрытия Фолидерм и Honey-SoftR являются эффективным средством для местного лечения ожоговых ран, а также для подготовки гранулирующих ран к аутодермопластике и могут с успехом применяться в комбустиологической практике в соответствии с показаниями и методикой.

ПРОДЛЕННАЯ АКСИЛЛЯРНАЯ ПРОВОДНИКОВАЯ БЛОКАДА ПРИ МЕХАНИЧЕСКИХ И ТЕРМИЧЕСКИХ ТРАВМАХ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Сатвалдиева Э.А., Закиров Т.Ш., Расулева Н.Р., Мамбетова Г.К.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель работы - улучшить качество анестезии во время операции и оценить длительность послеоперационного обезболивания на основе внедрения продленной проводниковой анестезии при травмах верхней конечности у детей.

Продленная проводниковая анестезия надключичным доступом с оставлением катетера для введения местного анестетика при локальных ожоговых травмах, механических травмах верхней конечности проведена у 79 пациентов в возрасте от 2 до 15 лет, находившихся на лечении в Бухарском филиале РНЦЭМП в 2007 - 2009 гг. Среди травм преобладали термические ожоги верхней конечности II-III степени, переломы плечевой кости и повреждения локтевого сустава.

У 59 пациентов 1-й группы применялся бупивакаин 0,25% раствор, болюсная интраоперационная доза которого составляла 2 мг/кг и постоянная инфузия 0,25% раствора в послеоперационном периоде со скоростью 0,3 мл/кг/ч.

У 20 больных 2-й группы (создание аксиллярной блокады плечевого сплетения осуществлялось 1% лидокаином в болюсной дозе 5 мг/кг и постоянной инфузией 0,5% раствора в дозе 0,5 мл/кг/ч. в послеоперационном периоде.

Проводниковая блокада являлась компонентом общей анестезии во время операции. Индукция в наркоз осуществлялась болюсным введением дормикума (0,3-0,5 мг/кг) с последующей блокадой нервных стволов. Блокада проводилась надключичным доступом под контролем нейростимулятора с использованием набора Contiplex A, в качестве местного анестетика использовался бупивакаин с адреналином. Адекватность продленной проводниковой анестезии у детей при операциях на верхней конечности и в раннем послеоперационном периоде оценивалась по клиническим, электрофункциональным и биохимическим показателям. С целью объективной оценки состояния основных органов жизнеобеспечения детского организма использован ряд электрофизиологических, биохимических, радиоиммунных методов: ЭхоКГ, ЭКГ, КИГ, определение уровня кортизола в крови, кислотно-основного сосотояния и газов крови, некоторых показателей гомеостаза, проводились пульсовая оксиметрия, кожная и ректальная термометрия. В послеоперационном периоде у детей средней и старшей возрастной группы использованы оценочные шкалы боли - визуально-аналоговая шкала (ВАШ), словесно-вербальная шкала (СВШ).

Регионарная проводниковая блокада обеспечивала адекватную аналгезию поврежденной конечности.

В целом изменения в обеих группах носили однонаправленный характер. На фоне продленной проводниковой блокады бупивакаином у пациентов 1-й группы отмечалась плавная и длительная стабилизация (до 8-12 часов после однократного введения местного анестетика) параметров гемодинамики, дыхания и кортизола в крови. Дети были активны вне хирургического вмешательства, спокойно реагировали на исследование и забор анализов. Пациенты могли передвигаться в палате. Через 12 часов послеоперационного периода для профилактики и лечения болевого синдрома пациентам 1-й группы начато инфузионное введение бупивакаина в перинервальный катетер с указанной выше скоростью.

У пациентов 2-й группы однократное введение лидокаина в перинервальное пространство обеспечивало адекватную аналгезию до 3-х часов. К этому времени у большинства пациентов данной группы появлялись признаки болевой реакции, что требовало последующего раннего перехода на инфузионное введение лидокаина в перинервальный катетер. Данные дозировки и пути введения не вызвали ни у одного пациента токсических реакций.

Заключение. Аксиллярная проводниковая анестезия-аналгезия обеспечивала адекватное обезболивание поврежденной конечности у детей обеих групп в интра- и послеоперационном периодах. Перевязки и послеоперационный период протекали безболезненно вследствие длительного обезболивания. Нахождение катетера в перинервальном пространстве, в среднем, составило 2,5-3 дня. Инфекционных осложнений не отмечено. Токсических и побочных реакций не отмечено ни у одного ребенка.

ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИЭТИЛКРАХМАЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ХИМИЧЕСКИХ ТРАВМ

Стопницкий А.А., Марупов А.М., Ишбаев Н.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Критические состояния при острых экзогенных отравлениях всегда сопровождаются выраженными расстройствами гемодинамики, нарушением микроциркуляции. Особенно ярко это проявляется у пациентов с тяжелыми отравлениями уксусной эссенцией, когда обширный химический ожог желудочно-кишечного тракта, высокий уровень гемолиза приводит к развитию гиповолемического шока и ДВС-синдрома.

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что успех интенсивной терапии острых отравлений во многом зависит от грамотной коррекции волемического баланса с использованием коллоидных растворов. Длительное время для этого использовались производные декстранов (полиглюкин, реополиглюкин), которые, однако, обладают рядом негативных эффектов, в частности прямым токсическим влиянием на легочной эпителий, тубулярные клетки по-

чечной паренхимы, приводя к развитию грозного осложнения - поливинилпирролидонового (ПВП) тезаурисмоза.

При сопоставлении с коллоидными плазмозамещающими растворами, произведенными из сырья иного происхождения (альбумин, декстран, желатин), выявляются особенности и преимущества коллоидных растворов на основе гидроксиэтилкрахмала (ГЭК). В первую очередь это касается безопасности применения и исключительно низкой частоты побочных реакций. Низкий риск побочных реакций при использовании растворов ГЭК обусловлен структурным сходством молекул ГЭК и гликогена.

Показатели молекулярно-массового распределения имеют крайне важное значение в фармакологической активности растворов ГЭК. Чем содержание фракций с молекулярным весом ниже порога почечной проницаемости, тем меньше неблагоприятная нагрузка на кровеносную систему и почки. Показано, что именно фракции ГЭК в области между 60000 и 350000 дальтон участвуют в восстановлении порозных стенок капилляров, только эти фракции эффективно блокируют потерю альбумина и жидкости из внутрисосудистого пространства. Прочие же молекулярные фракции не оказывают влияния на потерю альбумина и перераспределение жидкости. Именно такое молекулярно-массовое распределение ГЭК обеспечивает его высокую эффективность для репарации стенок капилляров и мелких сосудов, что особенно важно при развитии ДВС-синдрома при острых отравлениях уксусной эссенцией тяжелой степени.

Растворы гидроксиэтилированного крахмала способны "запечатывать" поры в эндотелии, появляющиеся при разных формах его повреждения.

Нами накоплен большой положительный опыт применения данных растворов в интенсивной терапии острых отравлений. Под наблюдением были 285 больных, поступивших в 2001 - 2009гг. с острыми отравлениями уксусной эссенцией, с уровнем гемолиза от 3,4 до 22,5 г/л, в инфузионную терапию которых были включены препараты гидроксиэтилкрахмала - рефортан и стабизол компании (Берлин-Хеми, Германия). Контрольную группу составили 297 пациентов находившихся, на лечении в отделении токсикологии в 1993 - 2001гг. (архивные данные), в качестве коллоидных растворов получавших декстраны (полиглюкин и реополиглюкин). У пациентов контрольной группы отмечалось резкое снижение частоты развития острой почечной недостаточности с 22,3 до 6,14% основной и ранних вторичных кровотечений - с 18,2 до 9,7%. За все годы применения у больных рефортана и стабизола не наблюдалось побочных эффектов и анафилактических реакций.

Значительный эффект от применения препаратов гидроксиэтилкрахмала мы наблюдали в интенсивной терапии острых отравлений психофармакологическими средствами, угарным газом тяжелой степени. Клинически это проявлялось сокращением сроков выведения из коматозного состояния, снижением частоты токсической энцефалопатии, улучшением реологических показателей крови.

Таким образом, в условиях, требующих использования синтетических плазмозамещающих растворов у больных с острыми экзогенными отравлениями, на современном этапе препаратами выбора, безусловно, являются производные ГЭК, в частности препараты рефортан и стабизол.

ЗНАЧЕНИЕ КОРРЕКЦИИ ДИСБАКТЕРИОЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ЗАЩИТЕ КИШЕЧНИКА ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Султонов Б.К., Холмуратов Ш.С., Кабулниязов А.Б.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) при ожоговой болезни становится органом - мишенью. Это связано с тем, что он не является стресс-лимитирующим органом. Нарушения гемодинамики, биологически активные вещества, токсические влияния, некоторые лекарственные препараты оказывают на него неблагоприятное влияние, что сопровождается выраженными нарушениями структуры и функции ЖКТ (эрозии, язвы, парезы, вздутие, непроходимость).

Практически всегда при развитии ожоговой болезни у обожженных возникает дисбактериоз кишечника. Чем тяжелее протекает ожоговая болезнь, тем выраженнее изменения в кишечнике.

Нарастая в течение нескольких суток после травмы, дисбактериоз приводит к несостоятельности кишечника, что способствует в дальнейшем развитию нарушений метаболического статуса, тяжело поддающихся коррекции. Нарушение слизистой кишечника при развитии дисбактериоза способствует инвазии патогенных и условно-патогенных микроорганизмов в кровь с развитием кишечного сепсиса.

Защита ЖКТ, одним из компонентов которой является коррекция дисбактериоза кишечника – важная задача. В многокомпонентной защите кишечника большое значение имеют так называемые пробиотические препараты естественной микрофлоры кишечника (как бактерии, так и продукты их жизнедеятельности и питательные компоненты).

С целью оценки степени дисбактериоза у обожженных были выделены следующие группы:

1) пострадавшие с поверхностными ожогами не более 10% и глубокими не более 3% поверхности тела (п.т.), которые не получали антибиотики - 18;

2) пострадавшие с поверхностными ожогами не более 10% и глубокими не более 3% п.т., которые получали антибиотики, - 22;

3) пострадавшие с шокогенной травмой (поверхностные ожоги более 30%, глубокие - более 10% п.т.), которые не получали пробиотики, -7;

4) пострадавшие с шокогенной травмой (поверхностные ожоги более 30%, глубокие - более 10% п.т.), которые получали пробиотики, -29.

Материалом для исследования на дисбактериоз служили пробы фекалий, взятые из поверхностного слоя и центра калового цилиндра и смывная жидкость со слизистой оболочки толстой кишки. Пробы забирали на 2-3, 10 и 21 сутки лечения.

Методы исследования: микробиологические (аэробные и анаэробные), анализ кала на дисбактериоз.

Применялись следующие препараты (во всех 4 группах): бифидумбактерин сухой (по 5 доз 3 раза в сут.), лактобактерин сухой (по 5 доз 3 раза в сут.), колибактерин сухой (по 5 доз 3 раза в сут.), линекс (по 2 таб. 3 раза в сут.), хилак-форте (по 40 капель 3 раза в сут.). В тяжёлых случаях применяли препарат бактисубтил.

Установлено, что в 1-й группе при первичном и последующих заборах материала данных за дисбактериоз не

было. Во 2-й группе дисбактериоз I-III степени выявлен у 14 (63,6%) пациентов в течение всего периода лечения антибиотиками. В 3-й и 4-й группах дисбактериоз I-III степени обнаружен на 2-3 сутки после травмы. Однако в дальнейшем изменения в этих группах существенно различались. В 3-й группе явления дисбактериоза нарастали вплоть до развития его тяжелых форм. В 4-й группе удалось добиться купирования явлений дисбактериоза у 24 (82,8%) человек в течение первых 10 суток даже на фоне применения антибиотиков. По данным копрограммы, у больных 4-й группы наблюдалось уменьшение содержания крахмала, нейтрального жира и жирных кислот с первых дней применения пробиотиков.

Таким образом, дисбактериоз является постоянным спутником ожоговой болезни. Применение антибиотиков способствует развитию дисбактериоза, но применение пробиотиков его купирует. Пробиотики должны обязательно включаться в план лечения тяжелообожженных пациентов и обожженных, у которых применяются антибиотики. Обожженным, у которых нет необходимости в применении официальных препаратов - пробиотиков, показано использование кисломолочных продуктов.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОНЕКРОЗОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА

Султонов Б.К., Холмуратов Ш.С., Кабулниязов А.Б.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Электротермические, химические и механические поражения покровных тканей и костей свода черепа встречаются не часто, но являются довольно опасными из-за возможных осложнений. Наиболее сложными для лечения являются травмы, полученные от воздействия электрического тока высокого напряжения, при котором поражаются не только мягкие ткани и кости, но и подлежащие структуры с возможным развитием осложнений (менингоэнцефалит, отек головного мозга с образованием мозговой грыжи, субдуральные и эпидуральные гематомы, абсцессы).

Традиционное лечение остеонекрозов костей свода черепа сводится к наложению фрезевых отверстий на 5-6 недели после травмы, после появления четких рентгенологических признаков остеонекроза костей свода черепа. С учетом длительности процесса, спонтанной секвестрации некротизированных участков костей, вероятности развития осложнений лечебная тактика должна быть, безусловно, активной. Только ранние оперативные вмешательства позволяют своевременно установить истинные масштабы поражения, сохранить максимум жизнеспособной кости, избежать развития тяжелых осложнений.

За последние 5 лет мы наблюдали 13 больных с поражением костей свода черепа с различной глубиной поражения.

С целью ускорения регенераторных процессов и сокращения сроков лечения применили методику наложения фрезевых отверстий в пораженной кости на 2-3 недели от начала заболевания для раннего образования грануляций. К этому сроку более четко вырисовывается демаркационная линия между пораженными тканями, в то же еще не успевают развиться гнойные осложнения. В отличие от традиционных методов наложения фрезевых отверстий, нами применен ранней одномоментной остеонекрэктомии на все поверхности пораженной части свода черепа при площади поражения до 1/3 свода черепа, причем фрезевые отверстия накладывались более тесно (0,5 см) друг к другу. При поражении костной структуры более 1/3 свода черепа фрезевые отверстия накладываются в два этапа. Через неделю из фрезевых отверстий появлялась грануляционная ткань, постепенно покрывающая кость. Закрытие образовавшихся после краниотомии и остеонекрэктомии дефектов осуществляли путем свободной аутодермопластики.

Предложенный нами метод ранней остеонекрэктомии с применением свободной аутодермопластики позволяет избежать внутричерепных гнойно-воспалительных осложнений и способствует сокращению сроков стационарного лечения этой группы пострадавших.

ЧУҚУР ТЕРМИК КУЙИШ ЖАРОҲАТИНИ ОЛГАН БЕМОРЛАРГА ЭРТА АУТОДЕРМОПЛАСТИКА УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Суюнов Б.С., Мухаммадиев И.Х.
РШТЁИМ Кашкадарё филиали

Ҳозирги замон тиббиётида термик патология асосий ўринларни эгаллайди. Куйиш муаммоси: куйиш даражаси юқорилиги, узоқ давом этиши, даволанишни мураккаблиги ва ўлим кўрсаттичини юқорилиги билан аниқланади. Барча жарохатланганларни ўртача 10% ни куйиш билан жароҳатланганлар ташкил этади.

Жаррохлик усулларини самарадорлигини бахолаш ва куйган жароҳатларни аутодермопластикага тезкор тайёрлашга, ҳамда уларда эрта аутодермопластикани қўллашга каратилган.

РШТЁИМ Қашкадарё филиали куйганлар бўлимида 2009 йил давомида 340 та бемор даволанган, шундан эркаклар 197 (57.9%), аёллар 143 (42.1%) бўлиб болаларни 208 (61.1%) ни ташкил этади. I-II-IIIA даражали куйиш билан 239 (70.3%) та бемор, IIIБ-IV даражали куйиш билан 101 (29.7%) та бемор даволанган.

Чуқур куйган беморлардан тадқиқот учун 39 та беморни танлаб олинди. Шундан IIIБ даражали куйиш майдони 3-6% гача бўлган 11 (28.2%) та беморларда некроэктомия ва бир вақтни ўзида аутодермопластикаси амалга оширилди; IIIБ даражали куйиш майдони 8-20% гача булган 28 (71.8%) та беморларда эса некроэктомия муолажаси куйиш майдонини хисобга олиб бир неча босқичда бажарилди ва аутодермопластика 15-24 кунларда қўлланилди. 36 (92.3%) та беморларда уларга ўтказилган трансплантантни тўла битиши кузатилган бўлса 3 (7.7%)та беморларда трансплантантни кисман лизиси кузатилди.

Хулоса: Чукур даражали куйиш жарохатини олган беморларда уткир токсемия ва инфекцион асоратларни олдини олишда эрта некроэктомия қилиниб ва тери дефектларини бир вақтни ўзида ёки кечиктирилган аутодермопластика қилинганда беморларни умумий ахволи яхшиланиши, операцияни 2-3 кунидан тана хароратини мутасил тушиши, гемодинамик кўрсаткичларни меъёрий ўзгаришлари кузатилди. Шу билан бир қаторда инфузион ва антибактериал дори-дармонлар кам ишлатилади, беморларни касалхонада даволаниш муддатини қискаришига эришилади, мехнат фаолиятини эртароқ тикланишига олиб келди.

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ

Темиров Ф.О., Бозоров А.С.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Острые эрозии и язвы слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются актуальной проблемой комбустиологии. Особую актуальность приобретают возникновение кровотечения в ЖКТ, которое резко ухудшает прогноз жизни у обожжённых. Так, по данным А.С.Ермолова и соавт. (2004), если летальность от кровотечений из верхних отделов ЖКТ у пострадавших с тяжелыми травмами колеблется от 8 до 30%, то у обожжённых она может достигать 80%.

Цель исследования: изучить частоту возникновения кровотечений из острых эрозий и язв желудочного-кишечного тракта в разных периодах ожоговой болезни.

В отделении комбустиологии нашего филиала в 2002-2009 гг. на стационарном лечении находились 33 ожоговых больных с острыми эрозивно-язвенными поражениями верхних отделов ЖКТ, из них 27 (81,8%) мужчин, 6 (18,2%) женщин, в возрасте от 2 до 70 лет. Ожоговая поверхность составляла 10-100% поверхности, прогностический признак индекс Франка (ИФ) был равен 6-290 ед. Причиной ожога у 4 (12,1%) был электрический ток, у 9 (27,3%) горячая жидкость, у 1 (3%) химические вещества и у 19 (57,6%) пламя. Наиболее информативным и достоверным методом диагностики острых эрозий и язв являлась эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), которая позволяла установить характер и локализацию процесса, а в дальнейшем проследить его динамику. У 29 из 33 больных отмечалось кровотечение из острых эрозий и язв ЖКТ.

При ЭФГДС степень кровотечения оценивалось по классификации Forrest, согласно которой у 3 отмечалось F-IB, у 3 F-IIA, у 16 F-IIB, у 4 F-IIC, у 3 F-III. Клиника кровотечения характеризовалась кровавой рвотой цвета кофейной гущи, чёрным стулом, сосудистым коллапсом различной степени выраженности. Кровотечения из острых эрозий и язв ЖКТ в периоде ожогового шока имело место у 11 (37,9%), в периоде токсемии у 7 (24,2%) и септикотоксемии у 11(37,9%) пациентов.

Таким образом, развитие кровотечения из острых эрозий и язв ЖКТ у обожжённых, прежде всего, обусловливается тяжестью течения ожоговой болезни и чаще встречается в период ожогового шока и септикотоксемии, чем в период токсемии.

ЮЗ-ЖАҒ СОХАСИ КУЙИШЛАРИ БИЛАН МУРОЖАТ ЭТГАН БЕМОРЛАРДА КОМПЛЕКС ДАВО МУОЛАЖАЛАРИНИНГ АХАМИЯТИ

Умаров О.М., Орипов Д.У.
РШТЁИМ Фарғона филиали

Юз сохаси куйишлари уруш даврида хам тинчлик даврида хам кўп учрайдиган шикастланишлари турига киради. Юз сохаси куйишлари умумий куйишларни 32,2% ини ташкил этади. Юз сохасида куйиш юзнинг хамма жойида тенг тарқалмаслиги билан характерланади. Чунки юз сохасининг текис эмаслиги хамда нозик мураккаб анатомик тузилишга (кўз ва шиллиқ қаватлардан тузилганлиги) эгалиги учун тананинг бошқа қисмини куйишидан тубдан фарқ қилади. Юзнинг сочсиз қисмини куйиши 500 см2, соч қисми билан бирга куйиши 1000 см2 ни ташкил этади.

Юз сохаси куйишларини уч тури фарқланади.

- Термик куйишлари
- Кимёвий куйишлар
- Электр травмаси куйишлар

Бундан ташқари куйиш фақаттина юз сохасида ёки тананинг бошқа қисми билан бирга куйиши мумкин. Куйишнинг чуқурлиги бўйича хам IV- даражада куйиш фарқланади.

- I даражали куйишда терида енгил қизариш (гиперемия) ва шишганлиги аниқланади. Бу холат 1-2 кундан кейин хилвираб ўрнида пигментациялар хосил бўлади. Бу пигментациялар секин аста ўз ўзидан йўқолиб кетиши мумкин.

- II даражадаги куйишда терининг эпидермис юза қаватини ажралиши, қон плазмасини эслатувчи сувли пуфакчалар хосил бўлиши билан характерланади. Бу даражадаги куйиш тўғри муолажалар олиб борилса асоратсиз 1-2 хафта давомида чандиқсиз битиши мумкин.

- III даражадаги куйиш ўз навбатида 2- га бўлинади III а- даражадаги куйишда эпидермис билан бирга терининг дермал қавати хам тўлиқ куйиши ва тўқималрнинг ўлиши кузатилади. Бунда эпидермис билан бирга дерма хам куйиб қуруқ плёнка хосил қилиб ажралиб қолади.

- III б- даражадаги куйишда эса терининг барча қаватларини куйиши, яъни тўқималарнинг некрози кузатилади.

-IV даражадаги куйишда тери билан бирга чуқур куйиш хисобига барча тўқималрни куйиши, некрози кузатлади.

РШТЁИМФФ қабул диагностика бўлимига юз-жағ сохаси куйиш оқибатидаги жарохатлари билан 2009 йил давомида 117 та бемор мурожаат қилиб булар жами куйганларнинг 23.6% ни ташкил этди. Мурожаат этган беморларнинг барчаси комбустиология бўлимига стационар шароитда даволаниш учун ётқизилди. Беморларни даволаш жараёнида умумий амалиётларга қўшимча равишда косметик нуқсонларни хосил бўлишини олдини олиш мақсадида енгил куйиш даражаси билан мурожжат қилган беморларга Бетодин эритмаси ва 5% ли Борная мазларидан фойдаланилди ва кўзланган натижаларга эришилди. Бундан ташқари юз-жағ сохасининг чуқур даражадаги куйишлари билан даволанаётган беморларга хам косметик нуқсонларни олдини олиш мақсадида эрта некроэктомия операциялари 3-5 суткаларида бажарилиб эркин тери қоплаш операциялари бажарилди.

Беморларга ўз вақтида малакали комплекс тиббий ёрдам кўрсатилиши билан биргаликда косметик нуқсонларни олдини олиш мақсадида пластик жаррохлик ёрдамини ўз вақтида олиб борилиши беморларнинг рухан тетиклашуви ва унинг натижасида фаол хаётга тез қайтишларига эришдик.

СОВРЕМЕННЫЕ СТАНДАРТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Фаязов А.Д., Джабриев Д.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Вопросы стандартизации лечебного процесса в последнее время занимают в комбустиологии особое место. Внедрение современных технологий, новой аппаратуры, средств программного обеспечения и новых медикаментов требует разработку более современных и адекватных стандартов инфузионной терапии в комплексной терапии тяжелообожженных.

В комбустиологическом отделе Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи ведутся исследования по разработке и усовершенствованию различных вариантов интенсивной терапии тяжелообожженных с использованием новых лекарственных препаратов, современных мониторов и аппаратов жизнеобеспечения пострадавших с тяжелыми термическими поражениями.

Основу исследования составили 865 пострадавших с тяжелой ожоговой травмой, госпитализированные в отделение комбустиологической реанимации РНЦЭМП в 2008-2009 гг.

Стандарты интенсивной терапии тяжелообожженных включают инфузионно-трансфузионную терапию, детоксикацию, купирование болевого синдрома, респираторную, инотропную, нутритивную поддержку и коррекцию метаболических нарушений. Основой детоксикации является трансфузионная терапия. Применяется метод форсированного диуреза, а при тяжелом течении ожоговой болезни с интоксикационным синдромом - методы экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез, гемодиафильтрация, ультрафильтрация).

Респираторная и инотропная поддержка достигается проведением искусственной вентиляции легких, ежедневной санацией бронхиального дерева, ингаляционной небулайзерной терапией, усилением инотропной функции сердца, гемотрансфузиями.

Коррекция метаболических нарушений при лечении тяжелообожженных осуществляется с помощью энтерального и парентерального питания. Соответствующей коррекции требуют электролитные изменения и нарушения кислотно-шелочного баланса.

В комплексном лечении тяжелообожженных особое место отводится проведению адекватного обезболивания. Дополнительные возможности аналгезии дает применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), которые обеспечивают аналгезию за счет блокирования продукции периферических простагландинов.

Применение современных лечебно-диагностических стандартов в комплексном лечении тяжелообожженных позволяет проводить адекватную противошоковую терапию. Благодаря этому у 354 больных удалось выполнить раннюю хирургическую некрэктомию на 5-7 сутки после травмы с последующим этапным аутопластическим закрытием дефектов кожного покрова. Это привело к снижению летальность среди тяжелообожженных в 2009 году на 1,8%

Таким образом, проведения комплексного лечения тяжелообожженных с использованием стандартов интенсивной терапии, необходимого арсенала лекарственных средств и медицинского оборудования обеспечивает благоприятное течение и исход ожоговой болезни.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЕПСИСА У БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ

Фаязов А.Д.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Анализ результатов обследования и лечения 71 обожженного с ожоговым сепсисом или опасностью его развития, госпитализированных в отделение термической травмы, показал целесообразность выделения группы риска среди больных с глубокими ожогами более 20% поверхности тела.

Ранняя диагностика сепсиса осуществлялась на основе комплексной оценки результатов клинического и лабораторного обследования больных. С этой целью проводились выявление признаков инфекционного поражения органов, контроль основных показателей гемограммы и биохимических анализов крови. В эти же сроки выполнялись динамические исследования иммунологических факторов неспецифической защиты организма, функциональных свойств нейтрофилов.

Профилактика генерализации инфекции проводилась с момента поступления пострадавшего в стационар. Она начиналась с адекватного лечения больного в периоды ожогового шока и острой ожоговой токсемии, направленного на коррекцию нарушений центральной и периферической гемодинамики, белкового и водно-электротилного обмена, на борьбу с интоксикацией. В связи с тем, что источником сепсиса в подавляющем большинстве случаев является ожоговая рана, удаление некротических тканей с помощью хирургической и химической некрэктомии, использование абактериальных методов лечения, современных мазей, а также пластическое закрытие ран трансплантатами аутокожи в максимально короткие сроки стало основной профилактики и лечения сепсиса.

Одним из важнейших методов борьбы с сепсисом является рациональная терапия (цефтриаксон, цефотаксим, цефопиразон, абактал, амикацин, азитромицин), которая проводилась длительно и непрерывно, с учетом чувствительности возбудителя и своевременной заменой препаратов на основе микробиологического и лекарственного мониторинга.

Всем больным проводилась иммунокорригирующая терапия ронколейкином. В патогенезе развития сепсиса важную роль играют нарушения гомеостаза и развитие синдрома полиорганной недостаточности, что потребовало проведения комплексной инфузионно-трансфузионной терапии (актовегин, рефортан, стабизол и др.), а также энтерального и парентерального питания. Местно применялись мази левомиколь, бетадин, мазь актовегин и др.

Своевременная диагностика, профилактика и лечение сепсиса позволили улучшить результаты лечения обожженных и снизить летальность при этом осложнении в последние годы с 15,5 до 9,8%.

ОЖОГОВАЯ ТРАВМА СТОПЫ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

Шакиров Б.М.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Ожоги - одно из наиболее широко распространенных травматических поражений. По литературным данным, ожоги стопы составляют от 5 до 14% по отношению ко всем ожогам. Глубокие ожоги стопы представляют, с одной стороны, сложную социальную и экономическую проблему, а с другой, выдвигают ряд задач по улучшению организации и методов реабилитации, так как они приводят к рубцеобразованию и инвалидизации пострадавших.

Цель работы: повышение эффективности лечения пострадавших с ожогами стоп путём разработки клинико-лабораторной диагностики, усовершенствования и рационального объе-динения современных методов хирургических вмешательств в остром периоде травмы для профилактики рубцеобразования и инвалидизации больных.

В Самаркандском межобластном ожоговом центре и Самаркандском филиале РНЦЭМП нами изучены результаты лечения 62 больных с глубокими ожогами стопы. В зависимости от метода хирургического лечения больные с глубокими ожогами были разделены на две группы: 32 больным основной группы осуществлялось раннее иссечение ожоговых ран с последующим их закрытием; 30 больным контрольной группы выполнено пластическое закрытие гранулирующих ран.

Исследования показали, что рациональное объединение современных методов хирургических вмешательств в остром периоде травмы приводит к уменьшению проявлений эндогенной интоксикации (снижается цитологическая активность аутологической сыворотки крови и её фракций на 33,5%, количества молекул средней массы на 47,9%); снижению выраженного интоксикационного повреждения фагоцитов периферической крови; увеличению показателей функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов; снижению показателей аутоиммунных реакций за счёт уменьшения стимулирующего действия аутологической сыворотки и её фракций на активность лимфоцитов.

Выводы. Разработанная программа восстановительного хирургического лечения боль-ных с глубокими ожогами стопы на основе рационального сочетания системы лабораторной диагностики и современных методов пластической и реконструктивно-восстановительной хирургии позволило снизить количество осложнений и риск возникновения рубцов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВЩИХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ЭЛЕКТРОТРАВМОЙ

Шамуталов М.Ш., Фаязов А.Д.,Акилов Х.А., Султонов Б.К.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В настоящее время электротравма является актуальной проблемой. Постоянное увеличение источников электроэнергии, связанное с развитием научно-технического прогресса, безусловно, повышает уровень жизни, но вместе с тем возрастает частота электротравм и электроожогов. Ожоги электричеством составляют 2-3% среди ожогов от других причин, однако часто становятся причиной инвалидности, а в некоторых случаях и смерти, что ставит их по значимости на одно из первых мест.

Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения пострадавших с электротравмой в отделении комбустиологии РНЦЭМП за в 2001-2008 гг. За этот период с поражением электричеством на лечении находились 315 больных, из них детей было 179 (56,8%). Общая площадь поражения составила от 0,1 до 75% поверхности тела. У 2 (1,1%) наблюдалась комбинированная травма с летальным исходом.

В комплексном лечении тяжелых и глубоких поражений применялась активная хирургическая тактика. У 44 (24,5%) произведено 77 оперативных вмешательств (декомпрессивная фасциотомия, некрэктомии и аутодермопластика).

Одним из основных методов местного лечения элетроожогов остается ранняя хирургическая некрэктомия. Применение этого метода позволяет ускорить подготовку ран к пластическому закрытию тем самым, снизив частоту гнойно-септических осложнений ожоговой болезни. Декомпрессивная фасциотомия произведена 10 больным, ранняя некрэктомия у 25, остеонекрэктомия у 16. При обширных и глубоких ожогах после некрэктомии дефекты кожи закрывали временными раневыми покрытиями (амниотическая оболочка, ксенокожа). После покрытия раневых дефектов грануляционной тканью производили их аутопластическое закрытие. У 42 больных выполнено комбинированное закрытие гранулирующих ран аутодермопластикой и культивированными аллофибробластами.

Существенная глубина некроза при электроожогах требует решения вопроса об ампутации и экзартикуляции. Показанием к ампутации служит тотальный некроз мягких тканей конечностей или их сегментов, с вовлечением в процесс суставов, магистральных сосудов и нервных стволов. Ампутации различных сегментов конечностей произведены 6 пострадавшим, экзартикуляции - 11.

Таким образом, применение современных методов хирургического лечения при глубоких электротермических поражениях позволяет приблизить сроки выполнения пластического закрытия ран, значительно уменьшить количество гнойно-воспалительных осложнений. Повышается эффективность лечения, и уменьшаются сроки пребывания пострадавших в стационаре.

МЕМБРАННЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Шукуров С.И., Фаязов А.Д., Шоабсаров А.А., Рузимуратов Д.А., Абдуллаев У.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ожоговая токсемия является закономерным и важным звеном патогенеза ожоговой болезни. Избыток концентрации токсических веществ, присоединение инфекции, нарушения функций систем и органов естественной дезинтоксикации организма требуют применения целенаправленной дезинтоксикационной терапии.

Целью исследования явилось изучение влияния мембранного плазмафереза на клиническое течение и основные клинико-биохимические показатели крови у детей с ожоговой токсемией.

Проведено клиническое исследование и лечение 25 детей в возрасте от 2 до 14 лет, находившихся в ожоговом отделении РНЦЭМП МЗ РУз. Показанием к плазмаферезу явилась выраженная ожоговая токсемия, развивавшаяся вследствие термических ожогов IIIА-Б степени площадью ожоговых ран 30-80% поверхности тела. Мембранный плазмаферез проводили с помощью аппарата Hemofenix (Россия). Объем удаляемой плазмы составлял 60% от расчетного объема циркулирующей плазмы при объеме одномоментного забора крови 50-100 мл (в зависимости от возраста ребенка), среднее число заборов крови - 6 доз, курс детоксикации – 1-2 сеанса. Замещение удаляемой плазмы проводили свежезамороженной плазмой, 10% раствором альбумина и кристаллоидами.

После курса празмафереза у детей наблюдалось снижение температуры тела, тахикардии и улучшение общего самочувствия. Положительная клиническая картина подтверждалась уменьшением воспалительной реакции крови снижением уровня лейкоцитоза (с 12,8$\pm$1,8 до 9,8$\pm$1,2*10^9/л), тенденцией к нормализации лейкоцитарной формулы. Наряду с этим, у всех больных отмечалось снижение уровня белка плазмы крови, который на следующий день составлял 50,1$\pm$1,2 г/л, что в среднем в 1,3 раза ниже исходных цифр. Заметим, что плазмаферез проводился после нормализации показателей белка крови, а соотношение объема удаляемой плазмы и количество переливаемой свежезамороженной плазмы составляло 1:1.

Осложнений и реакций, связанных с проведением мембранного плазмафереза, не отмечено. Все дети, комплекс лечения которых включал мембранный плазмаферез, выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, мембранный плазмаферез может с успехом применятся в комплексном лечении ожоговой токсемии у детей, но требует четких и обоснованных показаний, адекватной заместительной инфузионно-трансфузионной терапии с включением достаточных доз свежезамороженной плазмы и альбумина.

III. Актуальные проблемы и новые подходы в экстренной медицине

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

Абдикулов Б.С., Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Доля органосохраняющих вмешательств по поводу миомы матки остается незначительной ввиду риска интра- и послеоперационных осложнений, рецидива миомы, наличия много- мелкоузловой миомы, сочетания её с выраженным аденомиозом. Речь идет о интраорганных миомах матки. Утверждение о нерациональности резекции излишков миометрия, образующихся при удалении крупных миоматозных узлов, возникло давно, когда ряд авторов (после удалении излишков стенки ниши) заметили уменьшение матки в отдаленном периоде после консервативной миомэктомии. Это утверждение было подтверждено фундаментальными исследованиями морфологии миометрия (Савицкий А.Г., 2000).

Цель исследования: улучшить технические аспекты консервативной миомэктомии при удалении крупных миоматозных узлов.

В 2001 - 2008 гг. в отделении гинекологии РНЦЭМП МЗ РУз проведено 83 (9,6% от всех операций по поводу миомы матки) консервативных миомэктомии. Общий размер пораженной матки колебался от 7-8 до 24 недели беременности.

Максимальные размеры миоматозных узлов - от 4 до 5 см отмечались у 17 (20,4%), от 6 до 9 см - у 32 (38,5%), от 10 до 18 см - у 34 (40,9%) больных. При удалении крупных миоматозных узлов образовавылись широкие с толстыми стенками лоскуты оставшегося миометрия, при этом погружной способ восстановления ниши мог бы существенно деформировать полость матки. Мы предложили способ восстановления ниши внахлест. При этом одна часть излишнего лоскута ложится в полость ниши, а вторая - поверх него. Оба лоскута подшиваются к подлежащим тканям самостоятельно для лучшей фиксации, гемостаза и репарации. Частота наступления беременности после такого способа восстановления ниши составила 42%. Последующие наблюдения за течением беременности и проведение операции кесарева сечения показало вполне нормальную ретракцию пластов миометрия и репарацию органа без существенной деформации стенки матки.

Выводы. При удалении крупных миоматозных узлов способ ушивания ниши внахлест свидетельствует о хорошей ретракции и репарации миометрия, что снижает частоту осложнений и повышает частоту наступления беременности.

ПРИМЕНЕНИЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ ПРИ ИШЕМИИ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ

Абдикулов Б.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Возможное проведение реконструктивно-пластических операций у пациентов с миомойматки при неотложных состояниях остается актуальным вопросом. Специалисты продолжают спорить относительно безопасности проведения консервативной миомэктомии при нарушении питания миоматозного узла нет (Вихляева Е.М., Кулаков В.И.). Однако статистических данных о частоте и характере геморрагических, воспалительных и тромбоэмболических осложнений в литературе не приводят из-за малого числа таких вмешательств.

Цель исследования: оценить возможность проведения миомэктомии при нарушении питания миоматозных узлов.

В 2001 - 2008 гг. в отделении неотложной гинекологии РНЦЭМП МЗ РУз прооперированы 864 женщины с миомой матки. Одним из наиболее частых показаний к операции явилось нарушение питания миомы - у 106 (12,3%) женщин. У 59 (55,6%) выполнены надвлагалищные ампутации, у 39 (33,1%) - экстирпация матки, у 12 (11,3%) - консервативная миомэктомия. Женщины этой группы, помимо миомы, страдали бесплодием и невынашиванием, обусловленными миомой матки. Этим женщинам было решено произвести органосохраняющую операцию, учитывая их возраст - от 26 до 42 лет.

У 8 больных были интрамурально-субмукозные узлы размерами от 3 до 6 см, у 4 - интралигаментарные до 10-12 см в диаметре. У 3 пациенток периметрий в области опухоли был с воспалительными изменениями и покрыт фибриновым налётом. У остальных 9 больных периметрий был синюшный, но без фибринового налета, отмечались очевидные очаги размягчения, участки геморрагий, отек миоматозного узла. Гнойных осложнений не наблюдалось. Гистологическое исследование у всех больных показало наличие необратимых изменений в ткани миомы. Гнойно-воспалительных осложнений после операции не отмечено.

Выводы.

Консервативная миомэктомия на фоне ишемии миоматозных узлов должна проводиться с определением границ разумного риска при данной форме патологии. Наш небольшой опыт проведения миомэктомии в такой ситуации позволяет считать перспективной у данного контингента больных.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ГИПОФИЗА, ОСЛОЖНЕННЫХ ПИТУИТАРНОЙ АПОПЛЕКСИЕЙ

Азизов М.М., Махкамов К.Э.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Питуитарная апоплексия (ПА) включает в себя комплекс клинических событий, происходящих вследствие внезапного увеличения объема АГ и смежного с ней гипофиза в результате кровоизлияния и/или некроза в опухолевую ткань

По данным литературы, наибольшая частота ПА была выявлена по результатам МРТ и КТ - до 27,7%. Учитывая профиль РНЦЭМП, у 19 поступивших к нам больных наблюдалось осложнение в виде синдрома ПА. Синдром возникает при внезапной компрессии окружающих нервно-сосудистых структур хиазмально-селлярной области апоплектически уве-

личившейся аденомой гипофиза и прорыве крови в субдуральное пространство.

В 2006-2009 гг. по поводу АГ, осложненной ПА, в РНЦЭМП поступили 53 пациента, из них 31 (58%) мужчина, 22 (42%) женщины. У всех больных диагноз подтвержден по клинико-неврологической картине, МРТ и дополнительно КТ, МСКТ. Хирургическое лечение проведено 52 (98%) пациентам. У 23 (43%) пациентов апоплексия клинически выражался общемозговой симптоматикой, нарушением функций глазодвигательных нервов, хиазмальным синдромом, нарушением венозного оттока в кавернозном синусе, гипопитуитаризмом, диэнцефальным синдромом. У 7 из них наблюдались нарушение сознания вплоть до коматозного состояния.

Наиболее частыми симптомами являлись внезапно возникшая головная боль, снижение остроты зрения, офтальмоплегия.

Во всех случаях проводилось транссфеноидальное удаление АГ с использованием нейрохирургической оптики под контролем электронно-оптического преобразователя.

Результаты наблюдения показали, что проведенные декомпрессирующие хирургические вмешательства, устранив причину сдавления селлярной области, не корригировали в достаточной степени проявления синдрома ПА. При этом устраняется лишь сдавливающий фактор, а измененный кровоток в пораженной зоне головного мозга, гипоталамической области и хиазмы зрительных нервов сохраняется. Поэтому необходимо рациональное использование методов консервативного лечения в до- и послеоперационном периоде у больных с АГ, осложненной синдромом ПА, с целью уменьшения уже развившиеся мозговой катастрофы.

Таким образом, активный подход, сфокусированный на ранней диагностике и комплексном лечении больных с АГ, осложненными ПА, не только ускоряет восстановление нарушенных функций головного мозга и самой гипофизарной железы, но и значительно сокращает материальные ресурсы, затрачиваемые на лечение.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Алимов Д.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования: оценить непосредственные и отдаленные результаты применения стентов с лекарственным покрытием (СЛП) у больных с инфарктом миокарда на фоне сахарного диабета.

С января 2008 г. по сентябрь 2009 г. стентирование венечных артерий с помощью СЛП было выполнено у 48 пациентов с инфарктом миокарда на фоне сахарного диабета в возрасте от 47 до 72 лет (средний возраст 55±2,4 года). Поражение передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) отмечалось у 23 (48%), огибающей артерии (ОА) - у 9 (18%), правой коронарной артерии (ПКА) - 17 (35%) больных. Сниженная сократительная функция левого желудочка наблюдалась у 12 (25%) больных. Один стент имплантировали 29 (60%), два и более - 19 (40%). При бифуркационном стентировании применяли технику Cullotte и Crush. Во всех случаях бифуркационных поражений вмешательство завершали методикой "целующихся баллонов".

Непосредственный клинический и ангиографический успех был достигнут у всех пациентов. В отдаленном периоде (6-12 мес.) рестеноз (рецидив стенокардии) возник у 4 (10 ,4%) больных. Всем им была выполнена повторная реваскуляризация миокарда с помощью баллонной дилатации с последующей имплантацией стентов с лекарственным покрытием.

Таким образом, стентирование пораженных венечных артерий с помощью СЛП является эффективной процедурой с точки зрения отдаленных результатов и низкой частоты рецидива стенокардии у больных с инфарктом миокарда на фоне сахарного диабета.

СТЕНТИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С МНОГОСОСУДИСТЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Алимов Д.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель: оценить эффективность и безопасность одномоментного многососудистого стентирования коронарных артерий у больных с острым инфарктом миокарда.

За период с января 2008 г. по июнь 2009 г. в отделении ангиографии РНЦЭМП эндоваскулярную реваскуляризацию выполнили 82 пациентам с диагнозом "ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда", у которых при коронарографии выявлено поражение правой и крупных ветвей левой коронарной артерий. Больные в возрасте от 38 до 75 лет (51±3,2 года). Дооперационный системный тромболизис с использованием стрептокиназы провели 25 больным. Всем пациентам в экстренном порядке выполнили коронарографию, реканализацию, баллонную ангиопластику и стентирование инфарктзависимой коронарной артерии.

Эффективность системного тромболизиса, по данным объективного обследования и эхокардиографии, составила 48% (12 пациентов), по результатам коронарографии-28% (7 больных). Результаты первичной ангиопластики и стентирования инфарктзависимой артерии показали высокую эффективность эндоваскулярного метода лечения. Кровотока TIMI-III по инфаркт- зависимой коронарной артерии удалось достигнуть в 100% случаев, непосредственная клиническая эффективность составила 97,4%. Осложнений во время операций не было. В раннем послеоперационном периоде умер 1 пациент вследствие острой левожелудочковой недостаточности. Симптомы стенокардии (по данным объективного обследования) отсутствовали у всех пациентов.

Выводы. Результаты лечения показали высокую эффективность применения стентирования в лечении острого инфаркта миокарда у больных с многососудистыми поражениями коронарных артерий.

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Алтиев Б.К., Атаджанов Ш.К., Исабаев Ш.Б.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В комплексе современных методов диагностики и лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН) в последнее десятилетие достойное место занимает лапароскопия, позволяющая успешно установить диагноз у 98,8% пациентов, а также определить характер, вид, уровень непроходимости и оценить состояние тонкой кишки (Панцырев Ю.М. и др., 2002; Бебуришвили А. Г. и др., 2004).

Цель исследования: оценить место лапароскопии в диагностике и хирургическом лечении больных с ОСТКН.

Наша клиника располагает опытом диагностики и лечения ОСТКН с применением лапароскопической техники у 64 больных. Возраст пациентов от 4 до 84 лет (средний возраст - 41,5±1,24 года), мужчин было 35 (54,7%), женщин 29 (45,3%), в том числе 7 (10,9%) детей, 57 (89,1%) взрослых. При проведении видеолапароскопии использовалась видеостойка и инструменты фирмы Karl Storz.

Сроки возникновения ОСТКН после предыдущих операций варьировали от 6 месяцев до 10 лет, в среднем 3±1,2 года. В анамнезе у 62 (96,9%) больных были различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости: 16 (25,8%) пациентов перенесли аппендэктомию, 13 (21,0%) - операции на органах малого таза, 7 (11,3%)- по поводу кишечной непроходимости, 3 (4,8%)- холецистэктомию, 2 (3,2%) - грыжесечение по поводу грыж различной локализации, 21 (33,9%) -прочие вмешательства.

При диагностической лапароскопии выявлялась ориентировочная локализация и производилась оценка выраженности спаечного процесса в брюшной полости, оценивалась степень циркуляторных нарушений в пораженном кишечнике и воспалительные изменения со стороны брюшины, выбиралось место для постановки основного троакара для инструментов и осуществлялся контроль за его введением в брюшную полость. При выраженном спаечном процессе ревизию начинали от илеоцекального угла и спавшегося отдела тонкой кишки до места непроходимости. Видеолапароскопия позволяла определять вид непроходимости, распространенность спаечного процесса, визуализировать уровень препятствия, выявлять возможность лапароскопического завершения операции. При лапароскопии спаечный процесс (Дронов А.Ф. и др., 1997) I ст. был у 28 (43,8%), II ст. - у 18 (28,1%), III ст. - у 11 (17,2%), IV ст. у 7 (10,9%) больных.

У 31 (48,4%) больного операция завершена лапароскопическим адгезиолизисом, заключающимся в рассечении спаек и выделении тонкой кишки из сращений острым и тупым путём с использованием диатермокоагуляции, а в последующем ножниц.

У 33 (51,6%) больных после диагностической лапароскопии осуществлен переход на открытую лапаротомию. Причинами конверсии у 11 (33,3%) случаях распространенный спаечный процесс брюшной полости, у 6 (18,6%) - конгломерат кишечных петель, у 7 (10,9%) -сомнения в жизнеспособности кишка, у 2 (6,1%) случаях - интраоперационное повреждение кишечника. У 7 (21,2%) пациентов причиной конверсии были также резкое раздутые петли тонкой кишки, не позволяющие адекватно ревизировать органы брюшной полости.

Послеоперационный период протекал без осложнений. В послеоперационном периоде после успешного лапароскопического разделения спаек болевой синдром был слабо выражен, быстро восстанавливалась перистальтика кишечника и активность больных, отсутствовали осложнения со стороны послеоперационных ран, косметические результаты были хорошими, сокращались сроки лечения. Летальных исходов не было. Пребывание больных, оперированных эндохирургическим методом, в стационаре в среднем составило 4,2±0,15 койко-дня. У всех больных отмечалось разрешение кишечной непроходимости.

Таким образом, лапароскопия позволяет устанавливать и ликвидировать причину ОСТКН, сокращаются сроки пребывания пациентов в стационаре, облегчается послеоперационный период, сводится к минимуму вероятность рецидива спаечной болезни. Метод лечения высокоинформативен, малотравматичен и безопасен при соблюдении методики.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST, ПОДВЕРГШИХСЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Аляви Б.А., Маматкулов Х.А., Кенжаев С.Р.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования - определение динамики восстановления дисфункции левого желудочка (ЛЖ) после проведения адекватной реперфузионной терапии у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с элевацией сегмента ST.

Были обследованы 60 больных с ОИМ с элевацией сегмента ST (ОИМ+ST) в возрасте от 35 до 67 лет. Больные госпитализированы в первые 2 часа с момента развития заболевания. Всем больным была проведена реперфузия миокарда (ТЛТ - 46 %, ТЛБАП - 54%). Всем больным восполнялась ЭхоКГ (сразу же после проведении реперфузии и на 12-й день заболевания) и стресс-эхокардиография с малыми дозами добутамина (ДСЭ) на 4-6 сутки заболевания.

По данным Эхо-КГ, сразу после проведения реперфузионной терапии у больных отмечалось снижение общей и нарушение регионарной систолической функции ЛЖ. ФВ ЛЖ составила в среднем 49,2±1,0%. Для качественного анализа сегментарной сократимости ЛЖ изучено 960 сегментов. Зона асинергии миокарда выявлена в 88,1% сегментов ЛЖ (из них 80,8% гипокинез, 7,3% акинез). ИНРС составил 1,95ё0,04. На 4-6 сутки заболевания на Эхо-КГ показатели центральной гемодинамики и регионарной систолической функции практически не различались. При проведении ДСЭ малыми дозами выявлено увеличения количества сегментов с нормокинезией до 68% и уменьшение зоны гипокинезии до 32%, исчезли также зоны акинезии. ИНРС достоверно уменьшился до 1,32±0,1 (P<0,001). Общая ФВ выросла с 49,2±0,9 до 56,1±1,7% (P<0,001). На 12 сутки заболевания выявлено резкое уменьшение зон гипокинеза с 80,8 до 35%, количество нормокинетичных сегментов увеличилось с 11,9 до 65%. Улучшение сократимости в зоне гипокинезии отмечались в участках, в которых была диагностирована обратимая дисфункция миокарда (оглушенный миокард) при стресс-эхо-

кардиографии с малыми дозами добутамина на 4-6 сутки заболевания. ИНРС составил 1,34±0,1 (P<0,001). Отмечается также улучшение показателей глобальной систолической функции ЛЖ. Общая ФВ выросла с 49,2±0,9 до 54,2±1,3% (P<0,001).

По результатам исследования отмечалось функциональное восстановление миокарда и достоверное увеличение ФВ с 49,2±0,9 до 54,2±1,3% (P<0,001) на 12 сутки заболевания, (хотя на 4-6 сутки практически не отличались от исходного показателя ФВ), что позволяет предположить об улучшении показателей систолической функции левого желудочка, за счет восстановления сократимости в оглушенных зонах миокарда на фоне проводимой терапии. У всех больных функциональное восстановление миокарда ЛЖ совпадало с клиническим улучшением. Полученные данные согласуются с литературным.

Выводы. 1. При ОИМ+ST ишемические повреждения миокарда не однородны. Наряду с необратимым некрозом существуют зоны обратимой дисфункции ЛЖ, во многом определяющие нарушение функционального состояния миокарда. 2. Эффективной ранней реперфузии миокарда у больных с ОИМ+ST всегда сопутствуют реперфузионные повреждения и развития "оглушенности" миокарда. 3. Функциональное восстановление миокарда левого желудочка у больных с ОИМ+ST, подвергшихся ранней реваскуляризации, происходит не сразу, а после какого-то времени (в данном случае в течение 12 суток). 4. Восстановление сократимости асинэргичных участков миокарда при ДСЭ малыми дозами, предопределяет улучшение глобальной систолической функции ЛЖ у больных с ОИМ+ST.

ВЛИЯНИЕ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

АлявиА.Л., Кенжаев М.Л., Аминов А.И., Хаитов С.Ш., Варисханова С.Ф.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентская медицинская академия

Эффективное лечение острого коронарногого синдрома с элевацией сегмента ST предполагает проведение реперфузионной терапии (тромболизис либо чрескожный коронароангиопластическое вмешательство). Это позволяет ограничить зону некроза и сохранить функцию левого желудка. Реперфузия миокарда сопровождается неблагоприятными эффектами, объеденными в понятие "реперфузионнное повреждение миокарда". Участие свободнорадикальных процессов в патогенезе ишемических и реперфузионных повреждений сердца сегодня не вызывает сомнений. Согласно современным представлениям, перекисное окисление липидов (ПОЛ) затрагивает липидные структуры клеточных мембран и способствует нарушению их целостности вплоть до необратимых повреждений кардиомиоцитов.

Цель исследования: оценить влияние коронарной ангиопластики и тромболитической терапии на показатели оксидативного стресса у больных с острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST.

В исследование включены 40 больных с острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST, поступивших в республиканский научный центр экстренной медицинской помощи в первые 3 часа от начала ангинозных болей. Средний возраст больных 52±2,1 года (мужчин – 29, женщин – 11). Пациенты с осложненной СН IV по Killip и имеющие тяжелые сопутствующие заболевание в исследование не включались. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от проведенного реперфузионной терапии. В 1-ю группу вошли 22 больных, получавших тромболитическую (ТЛТ) терапию со стрептокиназой 1,5 млн ЕД внутривенно в течение 1 часа. 2-ю группу составили 18 больных, у которых проведилась коронарная ангиопластика (восстановление кровотока TIMI III , остаточный стеноз менее 30%). Всем больным в экстракте эритроцитов при поступлении, через 4 часа после реперфузии и на 3 и 7 сутки определяли интенсивность ПОЛ по уровню вторичных продуктов: малонового альдегида (МДА) по методу Л.И Андреева в тесте с тиобарбитуровой кислотой, активность антиоксидантной системы (АОС), ферментов супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КТ) по методу Дубининой. Контрольную группу для биохимических исследований составили 20 здоровых добровольцев.

Исходно между группами по показателям ПОЛ и АОС значительных разницы в показателях не выявлено. Через 4 часа после реперфузии в 1-й группе отмечено значительное увеличение уровня МДА в 2,8 раза по сравнению с контролем, во 2-й группе этот показатель был на 51,1% меньше, чем в 1-й группе. Содержание СОД и КТ в 1-й группе снижалось соответственно на 22,1 и 20,1%, против 11,6% и 9,6% во 2-й группе (P<0.01) . Дальнейшее изменение показателей на 3 и 7 сутки выражалось в уменьшении показателей ПОЛ (МДА) и повышении активности АОС (СОД, КТ) в обеих группах.

Таким образом, при реперфузии усиливается активность ПОЛ, что приводит к дополнительному реперфузионному повреждению миокарда. Усиление оксидативного стресса более выражено после тромболитической терапии, чем после коронароангиопластики. Для уменьшения реперфузионного повреждение миокарда при остром коронарном синдроме с элевацией сегмента ST применение антиоксидантов является патогенетически обоснованным.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ПРОРЫВОМ В ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИЕ ПУТИ

Анваров Х.Э., Хашимов М.А., Бердиева Д.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Одним из грозных осложнений эхинококкового поражения печени, требующих неотложного вмешательства, является прорыв кисты в желчевыводящие пути с развитием их обтурации и механической желтухи, который встречается в 4,2-5,1% случаев (Назыров Ф.Г. и др., 2004; Кубышкин В.А. и др., 2002). Отсутствие единой тактики ведения подобных больных с применением современных технологий и специфических лабораторных тестов в совокупности с погрешностями в санитарно-профилактической работе обусловили увеличение осложненных форм заболевания и переосмысление тактики диагностики и лечения больных на современном этапе.

Целью данного исследования явилась оптимизация диагностики и комплексного лечения эхинококкоза печени с прорывом кисты в желчные протоки.

В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи с 2001 г. по февраль 2010 г. наблюдались 282 больных с различными осложнениями эхинококкоза печени. Мужчин было 9 (64,3%), женщин 5 (35,2%), средний возраст 51,3±1,4 года. У 14 (4,96%) больных наблюдался прорыв паразитарных кист в билиарное дерево. Ясность в постановку клинического диагноза вносили внедренные в ежедневную практику инструментальные методы исследования - УЗИ, КТ, дополненные иммуноферментным анализом (ИФА) с использованием человеческого IgG, имеющего специфичность до 95% и позволяющего неинвазивно и дистанционно верифицировать заболевание, при этом установлено пороговое значение 0,270 при титре 1:400. Всем больным в первые сутки (в зависимости от тяжести состояния) была произведена также ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ), подтверждающая диагноз, при которой у 11 (78,5%) пациентов произведено удаление хитиновых оболочек и деблокада желчных путей с дальнейшей антипаразитарной терапией (Febendazole 500mg). У 3 (21,5%) больных попытки удаления хитиновых оболочек не увенчались успехом, эти больные также были подвергнуты оперативным вмешательствам.

Всем 14 больным с прорывом эхинококковой кисты в желчные пути и возникновением механической желтухи после РПХГ вторым этапом выполнена эхинококкэктомия с обработкой остаточной полости, ушиванием желчных свищей и ликвидацией остаточной полости на дренажной трубке.

У 3 (23%) больных течение раннего послеоперационного периода осложнился нагноением послеоперационных ран. 1 (7,7%) больная была подвергнута релапаротомии в связи с внутрибрюшным желчеистечением из остаточной полости. 1 пациент умер. Смерть наступила вследствие выраженной печеночной дисфункцией на фоне обтурации желчных путей и гнойного холангита, что было связано с запоздалым обнаружением. Послеоперационный период у больных с успешной ретроградной деблокадой желчных путей в среднем был равен12,4±1,2 дня, у больных, оперированных на фоне продолжающейся обструкции холедоха - 16±1,33 дня, при этом сроки пребывания в отделении реанимации составил и соответственно 2,8±0,4 и 6,7±1,3 дня.

Рецидив эхинококкового поражения в последующем отмечался у 1 больного, обратившегося через 1,5 года после ранее произведенной операции, при этом формой осложнения явилось нагноение паразитарной кисты печени.

Выводы. 1. Проведение в предоперационном периоде иммуноферментного анализа наряду с УЗИ и КТ у больных с подозрением на прорыв эхинококковой кисты печени в желчные пути и возникновением механической желтухи позволяет с высокой специфичностью и в кратчайшие сроки подтвердить диагноз, а целенаправленное ретроградное исследование желчных путей является не только диагностическим, но и лечебным методом, позволяющим устранять причину механической желтухи, адекватно санировать билиарное дерево и уменьшать риск послеоперационных осложнений. 2. Проведение предоперационной РПХГ позволило не только снизить возможную послеоперационную летальность путем своевременного разрешения билиарной гипертензии, но и определить взаимоотношение кист с магистральными желчными протоками и сосудами и тем самым уменьшить частоту их случайных повреждений. 3. Применение комплексной диагностики и лечения данного заболевания позволяет адекватно и своевременно оказать экстренную помощь больным и уменьшить расходы по их послеоперационной реабилитации.

НЕОТЛОЖНАЯ ВЕНТРИКУЛОЦИСТЕРНОСТОМИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

Асадуллаев У.М., Кариев Г.М., Якубов Ж.Б. Алтыбаев У.У.
Республиканский научный центр нейрохирургии

Целью работы явилось улучшение результатов хирургического лечения опухолей задней черепной ямки с применением эндоскопического метода.

За период с 2007 по 2009 гг. в Республиканском научном центре нейрохирургии этим методом оперированы 10 больных. Первым этапом проводилась эндоскопическая фенестрация дна третьего желудочка с последующим вскрытием задней черепной ямки и удалением опухоли. У некоторых больных из-за исходного тяжелого состояния удаление опухоли производилось в сроки от 7 дней до 1 месяца.

До проведения оперативного вмешательства 4 больных находились в удовлетворительном состоянии, 4 - в состоянии средней тяжести, 2 - в тяжелом состоянии. У всех больных присутствовали симптомы повышения внутричерепного давления.

Из всех больных, оперированных данным методом, после первого этапа - эндоскопической фенестрации - наступило улучшение состояния благодаря ликвидации внутричерепной гипертензии. Состояние больных в момент проведения микрохирургического удаления опухоли расценивалось как удовлетворительное, что, несомненно, влияет на исход лечения и переносимость тяжести операционной травмы. В дальнейшем 5 больным удалось провести радикальное удаление опухоли, 3 - субтотальную резекцию. Хорошие исходы получены у 7 больных, которые с улучшением были выписаны из стационара на 10-15 сутки после операции. У 3 больных из-за нестабильности гемодинамики и дыхательных функций пришлось проводить интенсивную терапию в течение 5 - 7 дней, после которой наступила положительная динамика, и больные также выписался в удовлетворительном состоянии.

Выводы. 1. Предварительная эндоскопическая фенестрация дна третьего желудочка при опухолях задней черепной ямки, осложненных окклюзионной гидроцефалией, является эффективным методом и может применяться экстренно как первый этап операции для ликвидации внутричерепной гипертензии. 2. Отсутствие гипертензионного синдрома при микрохирургическом удалении опухолей головного мозга значительно снижает риск развития резкой дислокации мозга, которая является наиболее грозным фактором, отягчающим исход лечения.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РЕПЕРФУЗИИ ИШЕМИЗИРОВАННОЙ КОНЕЧНОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Асамов Р.Э., Хамраев И.Ш., Шукуров Б.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования: изучение метаболических нарушений, состояния системы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОС) при реперфузии ишемизированной конечности, а также степени коррекции выявленных изменений препаратом сукцинасол.

Экспериментальная модель синдрома ишемии-реперфузии создана на 24 кроликах, которых разделили на 2 группы - контрольную и основную - по 12 особей в каждой. Для определения нормативных значений изучаемых биохимических показателей использовали кровь 6 интактных животных. Животным основной группы в ушную вену вводили струйно сукцинасол 40 мл/кг, контрольной - изотонический раствор NaCl 40 мл/кг. Через 1 и 24 часа осуществляли забор крови для биохимических исследований. Интенсивность процессов ПОЛ оценивали по накоплению в сыворотке крови гидроперекисей липидов, диеновых кетонов, малонового диальдегида; систем АОС - по активности каталазы, глутатионредуктазы и глутатионпероксидазы эритроцитов. Рассчитывали также интегральный показатель ПОЛ/АОС.

Четырехчасовая ишемия нижних конечностей кроликов сопровождается биохимическими признаками рабдомиолиза и токсического повреждения печени и почек. У животных в 8-9 раз увеличивается содержание миоглобина, достоверно врзрастает в крови уровень мочевины, креатинина, АСТ и АЛТ. Инфузия сукцинасола оказывает дезинтоксикационное и цитопротекторное действие, о чем свидетельствует нормализация изучаемых показателей.

Усиление процессов ПОЛ отражается в повышенном образовании всех изученных конечных продуктов - малонового диальдегида, диеновых кетонов и гидроперекисей. В то же время у животных основной группе, которым вводили сукцинасол, уровень всех перечисленных продуктов, ПОЛ в сыворотке крови во все сроки исследования увеличивался не столь выражено.

Активность ферментов АОС меняется не так заметно. Более выраженная резистентность показателей каталазы у животных основной группы, вероятно, связана с меньшей нагрузкой на систему АОС, во-первых, из-за меньшей активизации системы ПОЛ, а во-вторых, из-за возможных прямых антиоксидантных свойств сукцинасола.

Концентрация двух других ферментов АОС - глутатионредуктазы и глутатионпероксидазы - достоверно снижается у животных обеих групп, однако в контрольной группе эта тенденция более стабильная и более значимая, чем в основной.

Интенсивность процессов ПОЛ уже через час после реперфузии ишемизированной конечности возрастает в 50-60 раз по сравнению с нормой. Далее начинает ярко проявляться терапевтическая эффективность сукцинасола, при введении которого отмечается многократное снижение соотношения ПОЛ/АОС. В то же время данный интегральный показатель в контрольной группе продолжает свой рост, и через сутки после прекращения ишемии конечности возрастает двукратно.

Таким образом, введение кровезаменителя сукцинасола способствует менее выраженной, чем в контрольной группе миоглобинемии, снижению поступления промежуточных и конечных продуктов ПОЛ и усилению антиокислительной активности, достоверному снижению биохимических признаков эндотоксемии.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ

Атаджанов Ш.К., Гулямов Б.Т., Асомов Х.Х., Рискиев У.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования выбор оптимальных методов диагностики и лечения внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях с применением малоинвазивных вмешательств.

Материал и методы. Нами изучены результаты оперативных вмешательств на желчных путях 4535 больных оперированных с 2001 по 2009гг. Возраст больных составил от 16 до 94 лет, средний возраст 56,2 лет. Женщин было 3546 (78,2%), мужчин - 989 (21,8%). В послеоперационном периоде у 84 (1,9%) больных наблюдались внутрибрюшные осложнения: желчеистечение по дренажу наблюдалось у 42 (0,9%), внутрибрюшные кровотечения у 8(0,2%), перитонит - 12 (0,3%), подпеченочные абсцессы у 22 (0,5%) больных. Малоинвазивные вмешательства (ЭРПХГ с ЭПСТ, чрескожная пункция и дренирование брюшной полости, лапароскопия) выполнены у 45 (1 группа), а у остальных 39 больных (2 вторая группа) произведены релапаротомии.

Результаты. Наиболее частым осложнением в раннем послеоперационном периоде было желчеистечение (42 случая). Всем им в послеоперационном периоде выполнено ЭРПХГ, при которой в 27 случаях выявлено наличие блока, обусловленного наличием конкремента в холедохе, после ЭПСТ с литоэкстракцией желчный свищ закрылся самостоятельно. В 6 случаях расширение холедоха не выявлено, имело место недостаточность культи пузырного протока. После консервативной терапии желчеистечение прекратилось. Вторым этапом после ЭПСТ и устранения причины желчной гипертензии у 5 больных с желчеистечением по дренажу и 2 больных с желчным перитонитом произведено релапароскопия, дополнительное клипирование культи пузырного протока с санацией брюшной полости. В 9 случаях произведено релапаротомии, при котором причиной желчеистечения явился дополнительный желчный проток в ложе желчного пузыря (7) и повреждение холедоха (2).У 6 больных с подпеченочным абсцессом и 2 случаях с гематомой ложа желчного пузыря произведено лапароскопическое санация и дренирование. У 6 больных произведено дренирование полости абсцесса под контролем УЗИ (4) и КТ (2). У больных первой группы количество койко дней составило 18,0ё2,8 , второй группы - 11,9ё 1,1.

Выводы. Малоинвазивные вмешательства у больных с внутрибрюшными осложнениями после операций на желчных путях достаточно эффективны, позволяют адекватно провести ревизию и санацию брюшной полости, сократить количество дней проведенных больными в стационаре, уменьшить сроки реабилитации больных.

ОСТРЫЕ ПРОЦЕССЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Улугмуратов А.А., Хайитов У. Х.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

В связи с реформой здравоохранения в Республике Узбекистан открыт центр экстренной медицинской помощи с филиалами в областях. В отделении детской хирургии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2008-2009 гг. операции по поводу острых процессов брюшной полости были выполнены у 432 детей. Девочек было 202, мальчиков - 230. От 1 до 3 лет было 18 детей, от 4 до 7 лет – 49, от 8 до 11 лет – 140 и от 12 до 15 лет – 225.

Экстренная аппендэктомия произведена 349 пациентам: с катаральной формой острого аппендицит было 33 (9%) ребенка с флегмонозной формой - 285 (82%), с гангренозно-перфоративной формой 31 (9%).

Лапаротомия по поводу перфорации кишечника выполнена у 8 детей. У всех этих больных ушита перфорация язвы двенадцатиперстной кишки.

У 75 детей в дооперационном периоде диагностирован перитонит. После предоперационной подготовки больным произведена лапаротомия. Критериями адекватности предоперационной подготовки были отсутствие признаков интоксикации, снижение температуры тела, появление мочи. 62 детям в возрасте до 10 лет лапаротомия выполнена трансректальным разрезом, остальным - средне срединным. Аппендикулярный перитонит установлен у 69 детей, первичный у 6 местный перитонит отмечался у 57 больных, разлитой у 18. По характеру выпота у 25 детей перитонит был серозным, у 50 - гнойным. Во всех случаях экссудат из брюшной полости удалялся при помощи электроотсоса, брюшная полость высушивалась и не промывалась. При местном перитоните дренирование брюшной полости не производили. При наличиии разлитого перитонита брюшная полость дренировалась, дренаж выводился наружу через отдельный прокол передней брюшной стенки в правой подвздошной области. В послеоперационном периоде дети получали в полном объеме антибактериальную, инфузионную терапию, а также комплекс мероприятий направленных на борьбу с парезом кишечника.

Всех случаях дети в удовлетворительном состоянии выписаны домой.

Таким образом, открытие филиалов центра экстренной медицинской помощи позволило улучшить качество оказание квалифицированной медицинской помощи детям. Уменьшилось число детей, поступающих в стационар с запущенными формами перитонитов.

ИНТРАТЕКАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРИНОЛИТИКОВ ПРИ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ

Буров С., Дашьян В., Крылов В.
НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского,
Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Цель работы: изучение влияния интратекального фибринолиза на скорость лизиса сгустков и разрешение окклюзионной гидроцефалии при массивных нетравматических внутрижелудочковых кровоизлияниях (МВЖК).

Проведено хирургическое лечение 34 больных (19 мужчин и 15 женщин) с МВЖК в возрасте от 15 до 62 лет. Тяжесть состояния всех больных по шкале комы Глазго (ШКГ) соответствовала 8-5 баллам. У 22 из 34 пациентов в течение первых 3 суток проводили интратекальный фибринолиз стрептокиназой или пуролазой. Наружное вентрикулярное дренирование без использования фибринолитиков применено у 12 больных (контрольная группа).

В контрольной группе использование наружного вентрикулярного дренирования для разрешения окклюзионной гидроцефалии оказалось неэффективным, т.к. дренажи быстро переставали функционировать из-за обструкции их сгустками крови, что приводило к смерти больных вследствие окклюзионной гидроцефалии в среднем на 6 сутки после кровоизлияния. Применение фибринолиза у больных основной группы позволило санировать желудочковую систему в среднем на 3 сутки после кровоизлияния. У всех пациентов отмечено разрешение окклюзионной гидроцефалии по данным КТ мозга и уменьшения интенсивности кровоизлияния на 70%. Повторное кровотечение во время фибринолиза произошло у 3 (14%) пациентов, что не превышает частоту повторных кровотечений из аневризм в остром периоде заболевания при его естественном течении. Несмотря на крайне тяжелое состояние пациентов летальность в основной группе снизилась до 72%, в контрольной - 98%.

Заключение. Интратекальное использование фибринолитиков способствует эффективной экспресс-санации ликвора и восстановлению его циркуляции с разрешением гидроцефалии в течение первых трех суток САК, не увеличивая частоту геморрагических осложнений.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ОСТРОЙ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Джалалов Ф.З., Арифджанов Ш.Х., Сейдалиев А.И., Дадамянц Н.Г.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Острые нарушения мозгового кровообращения являются важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено высокой заболеваемостью и смертности населения, значительным уровнем временной нетрудоспособности и первичной инвалидности.

Циркуляторные расстройства в вертебро-базилярной системе составляют до 30% всех нарушений мозгового кровообращения и около 70% преходящих ишемических атак.

Риск развития инфаркта головного мозга после первой транзиторной ишемической атаки в вертебро-базилярном бассейне составляет более 25% в течение 6 месяцев.

Клинический полиморфизм истинных и конкурирующих симптомов и многообразие патогенетических механизмов делают необходимой своевременную и точную дифференциальную диагностику характера и причин нарушений вертебро-базилярного кровообращения для проведения адек-

ватного лечения.

В настоящее время для визуализации артерий вертебробазилярного бассейна применяют мультислайсную компьютерно-томографическую ангиографию, магнитно-резонансную ангиографию, селективную интраартериальную церебральную ангиографию, цветное дуплексное сканирование экстракраниальных отделов и транскраниальную допплерографию. Для изучения нарушения перфузии различных отделов головного мозга используют радиоизотопные методы исследования - позитронную и однофотонную эмиссионную томографию, а также компьютерную и магнитно-резонансную томографию в перфузионных режимах.

Цель и задачи: оценить эффективность методов нейровизуализации (мультислайсная компьютерно-томографическая ангиография, катетеризационная церебральная ангиография, цветное дуплексное сканирование и транскраниальная допплерография) в диагностике различных форм патологии экстра- и интракраниальных отделов позвоночных артерий и их ветвей, протекающих с синдромом острой вертебро-базилярной недостаточности.

В период с января 2008 по январь 2010 года на обследовании и лечении находились 44 пациента с острой вертебробазилярной недостаточностью возрасте от 24 до 72 лет; мужчин было - 18, женщин - 26. Диагностический комплекс состоял из клинико-неврологического осмотра, нейроофтальмологического и отоневрологического исследования, эхоэнцефалоскопии, электроэнцефалографии, цветного дуплексного сканирования и транскраниальной допплерографии, компьютерной томографии головного мозга, мультислайсной компьютерно-томографической ангиографии и селективной интраартериальной ангиографии. Компьютерная томография головного мозга выполнялась на томографах Aura и Brilliance фирмы Philips. Мультислайсную компьютерно-томографичекую ангиографию осуществляли на 40-срезовом томографе Brilliance фирмы Philips при помощи автоматического инжектора Angiomat Illumena фирмы Mallinckrodt.

Селективную церебральную ангиографию выполняли на универсальном ангиографическом комплексе Allura Xper FD 20 фирмы Philips. Исследование проводилось по методике Сельдингера трансфеморальным доступом.

Транскраниальную допплерографию и цветное дуплексное сканирование осуществляли на аппарате SS140A Hitachi.

При клинико-неврологическом осмотре у всех пациентов выявлены кохлеовестибулярные нарушения, нарушения статики и координации движений, зрительные и глазодвигательные выпадения функции.

Большинство больных страдали атеросклеротическим поражением брахиоцефальных ветвей, причем стенотически-окклюзионные процессы были выявлены в проксимальных отделах позвоночных артерий у 26 из них, проксимальных отделах подключичных артерий у 4, основной артерии - у 1, задних мозговых артерий - у 2.

Деформации позвоночной артерии (перегибы, извитости, спиралевидное скручивание, петлеобразование) отмечались у 9 пациентов. У 2 больных выявлена артерио-венозная мальформация задней черепной ямки с высокой скоростью шунтирования.

Выводы. Комплекс современных методов нейровизуализации, состоящий из мультислайсной компьютерно-томографической ангиографии, церебральной ангиографии, цветного дуплексного сканирования и транскраниальной допплерографии, является высокоэффективным в диагностике и выборе метода лечения острой вертебро-базилярной недостаточности.

СИСТЕМНЫЙ И ИНТРААРТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Захидов А.Я., Мубараков Ш.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В настоящее время стратегия ранней реканализации рассматривается как наиболее эффективный метод лечения острого ишемического инсульта (ИИ). Однако выбор интраартериального (ИАТЛ) или системного тромболизиса (СТ) остается предметом дискуссий.

Цель исследования: провести сравнительный анализ эффективности системного и интраартериального тромболизиса у больных с острым ишемическим инсультом.

Обследованы 35 больных с ишемическим инсультом, доставленных в РНЦЭМП в пределах "терапевтического окна", т.е. в течение 3-6 часов от момента появления первых симптомов. С целью исключения интракраниального кровоизлияния проводилась компьютерная томография, допплерографическое исследование магистральных сосудов шеи и интракраниальных артерий головного мозга с целью определения скоростных показателей кровотока. Тромболитическая терапия проводилась препаратом стрептокиназа (интраартериальный тромболизис от 150 до 300 тыс.ед., системный - 1,5 млн ед.). ИАТЛ выполнялась методом катетеризации бедренной артерии по методу Сельдингера.

Эффективность тромболитической терапии оценивалась по шкале NIHS и модифицированной шкале Ренкина. При оценке эффективности ИАТЛ у больных в момент поступлении средний бал по шкале NIHS составил 13 баллов, при выписке NIHS - 8 баллов, шкала Ренкина - 2 балла. При СТ в момент поступления NIHS составил 14 баллов, при выписке NIHS - 11 баллов, по модифицированной шкале Ренкина - 3 балла. Методика проведения ИАТЛ является более дорогостоящей и высокотехнологической, требует времени для развертывания ангиографического кабинета, привлечения эндоваскулярных хирургов, анестезиологов. Однако данная методика осуществляется введением значительно меньшего количества тромболитического препарата, при этом имеется возможность наилучшим образом титрировать дозировку тромболитического препарата под контролем церебральной ангиографии, что в конечном итоге приводит к уменьшению геморрагических осложнений, возникающих при применении СТЛ. ИАТЛ обеспечивает высокую концентрацию тромболитического препарата, введенного локально, что обеспечивает высокую эффективность данной методики.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой эффективности ИАТЛ у больных с ИИ. Стратегия ранней тромболитической реканализации в условиях "терапевтического окна" транслируется в клинику в виде регресса ишемических процессов в головном мозге и регресса неврологического дефицита у больных с ИИ. Результаты исследований свидетельствуют о высокой степени реканализации при ИАТЛ у больных с ИИ (80%).

Таким образом, возможно применение ИАТЛ препаратом стрептокиназа в силу селективной доставки тромболитика, меньшей дозовой нагрузки, меньшей частотой интрацеребральных кровоизлияний.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И РОЛЬ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Зуева Е.Б., Азизова З.Р., Усманов Р.И., Шоисламова Х.Ш., Бухарова Н.М.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

С осознанием значимости "гипертонической болезни" (ГБ), как основы распространенных и тяжелых по своим последствиям сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), интерес к ГБ был неизменно большим с очевидным прогрессом в этой области. Разберем частный вопрос – развитие "гипертрофии левого желудочка" (ГЛЖ) у больных ГБ, которая может соответствовать, а чаще отстает от степени функциональной нагрузки на миокард. Когда адаптация переходит в патологию при ГЛЖ у больных ГБ? Какова динамика "ремоделирования" во времени и антигипертензивной терапии?

В исследование были включены 70 больных с ГБ II ст.(ESH/ESC, 2007), с ГЛЖ, из них 38 (54,3%) мужчин и 32 (45,7 %) женщины. Средний возраст больных 55,6±1,1 года. Средняя продолжительность заболевания 6,9±1,6 года. По степени ГЛЖ (ИММЛЖ) все больные были разделены на 3 группы: 27 больных – с ИММЛЖ от 146,0 до 252,0 г/м^2; 32 – с ИММЛЖ от 260,0 до 384,0 г/м2; 11 – с ИММЛЖ от 385,0 до 497,0 г/м^2. Контрольную группу составили 27 практически здоровых добровольцев. Всем больным проводилось стандартное Эхо-КГ исследование. Анализ поздних потенциалов желудочков (ППЖ) вы-полнялся по методике M.Simpson с помощью СУ-ЭКГ. Анализировали продолжитель-ность фильтрованного комплекса QRS-HF; среднеквадратичную амплитуду последних 40 мс комплекса QRS-RMS; продолжительность низкоамплитудных (менее 40 мкВ) сигналов терминальной части комплекса QRS-LAS Fd. Патологическими параметрами СУ-ЭКГ считали HF QRS-Dauer более 114, RMS менее 25 мкВ, LAS Fd более 39 мс. При наличии, по крайней мере, двух из перечисленных выше критериев диагностировали ППЖ. Исследование состояния бета$_2$-адренорецепторной аденилатциклазной системы эритроцитов включало определения плотности бета-рецепторов эритроцитов (АРМ-Агат, Россия); определение активности аденилатциклазы гомогенатов эритроцитов по методике Salomon в модификации Panchenko. Статистическую обработку проводили с помощью пакета прикладных программ Биостатистика с использованием критерия Шапиро-Уилка, t-критерия Стьюдента для независимых и зависимых выборок, непараметрического критерия Вилкоксона, непараметрического метода анализа корреляции.

Изучение степени и характера адренергического ремоделирования 2-АР-АЦ сис-темы при ГБ позволяет прогнозировать течение заболевания и определять тактику лекарственной терапии. Применение метопролола (эгилок-ретард) при ГБ позволяет снизить степень десенситизации бета$_2$-адренергических рецепторов с улучшением процессов со-пряжения 2-АР с аденилатциклазой. Эгилок-ретард, снижая степень ГЛЖ и оказывая ре-гуляторное воздействие на параметры 2-АР-АЦ системы при ГБ, способствует стабилизации биоэлектрической активности миокарда левого желудочка. Степень десенситизации 2-АР-АЦ можно рассматривать как критерий уровня порога чувствительности кардиомиоцитов у больных ГБ с ГЛЖ, так как уменьшение количества появлений ППЖ на фоне терапии эгилок-ретард наблюдались максимально у больных с исходно выраженной ГЛЖ и десенситизацией бета$_2$-АР-АЦ системы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОКИНЕТИКА АНТИБИОТИКОВ - КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНВЕМОНИИ

Зуева Е.Б., Усманов Р.И., Борисова Е.М., Мурманцева Т.Т., Амонова Д.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Нозокомиальная пневмония (НП) занимает второе место среди всех нозокомиальных инфекций (13-18%) и является самой частой инфекцией (>45%) в ОРИТ. Последнее, по крайней мере, частично может быть объяснено частотой инвазивных вмешательств (интубация трахеи и др.); одновременно следует учитывать и более тяжелое течение основного и сопутствующих заболеваний у этих пациентов. Результаты лечения больных НП за последние годы существенно не улучшились, что связано с широким распространением резистентных форм микроорганизмов, снижающих эффективность антибактериальных лекарственных средств (АБЛС). Крупные международные программы (MYSTIC Programme, SENTRY Antimicrobial Surveillance Program, ICARE, EARSS и другие) основное внимание уделяют оптимизации подходов к лечению инфекций, вызванных грамотрицательной флорой - энтеробактериями, продуцирующими бета-лактамазы расширенного спектра, и полирезистентной Ps.aeruginosa.

Актуальность проблемы определяется еще и тем, что в ближайшей перспективе не предвидится появление новых АБЛС, активных в отношении этих возбудителей. Возможное решение проблемы - повышение эффективности имеющихся препаратов путем комбинированного их применения или поиск других путей оптимизации фармакодинамических и фармакокинетических параметров АБЛС, перспективных для применения в клинической практике.

В последние годы опубликованы результаты нескольких проспективных контролируемых исследований, убедительно доказывающие важность назначения адекватной эмпирической АБТ при НП. Оказалось, что только в этом случае обстоятельствах наблюдалось снижение летальности. Коррекция терапии после получения результатов микробиологического исследования уже не оказывала нужного влияния.

Расширение резистентности актуальных возбудителей НП является объективной реальностью. Устойчивость клинически значимых микроорганизмов к АБЛС требует проведения мониторинга внебольничной и нозокомиальной флоры. Чрезвычайно важны результаты изучения локальной чувствительности флоры в лечебных учреждениях.

По результат мониторинга микробного пейзажа в РНЦЭМП основными возбудителями НП являются Ps.aeruginosa, Klebsiella sp., E. coli и MRSA. АБЛС выбора являются: антисинегнойные цефалоспорины III поколения: цефтазидим, цефоперазон/сульперазон; фторхинолоны: ципрофлоксацин и левофлоксацин и аминогликозид амикацин.

Определение фармакодинамических параметров для оптимизации антибактериального эффекта препарата является очень важным для клинической практики, так как позволяет выбирать оптимальные режимы дозирования даже при наличии относительной резистентности возбудителей. Резистентность микробов к АБЛС in vitro или высокая чувствительность к препарату не является единственным условием клинической эффективности лечения. Соотнесение фарма-

кокинетических и фармакодинамических параметров препаратов и суммарных данных об их активности против наиболее значимых возбудителей НП позволяет сделать следующее заключение по их режимам дозирования при нормальном клиренсе креатинина.

Аминогликозид амикацин должен назначаться внутривенно капельно в дозе 15 мг/кг/сут. однократно.

Цефалоспорины с периодом полувыведения 1-2 ч (цефтазидим, цефоперазон) - 3-6 раз в сутки или в виде постоянной инфузии.

В связи с широкой распространенностью Ps.aeruginosa как возбудителя НП и более высокими значениями МПК (1-8 мг/л) для всех потенциально активных АБЛС обоснованно назначение препаратов в максимальных дозах с увеличением кратности их введения: ципрофлоксацин - по 400 мг 3 раза в сутки, левофлоксацин 750 мг 2 раза в сутки, цефтазидим - 6 г/сут. В качестве возможных вариантов терапии НП, вызванных Ps.aeruginosa, следует использовать комбинацию беталактамов (карбапенемы, цефтазидим, сульперазон) с амикацином или ципрофлоксацином.

РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА

Ибрагимов А.А., Худойбердиев С.Н., Кучкарова Ф.А., Нарзиев Й.К.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Одной из актуальных проблем интенсивной терапии геморрагического шока (ГШ) в условиях отделения анестезиологии и реанимации является обеспечение адекватного газообмена в послеоперационном периоде.

Цель исследования: разработка оптимальной схемы респираторной поддержки в комплексной терапии геморрагического шока в ближайшем послеоперационном периоде.

Под наблюдением в течение 2007-2009 гг. находились 37 больных в возрасте 18-40 лет с ГШ на фоне нарушенной эктопической беременности. Противошоковая терапия проводилась по общепринятой методике (коррекция объема циркулирующей крови, объема циркулирующей плазмы, кислотно-щелочного состояния, водно-электролитного баланса, метаболизма, устранение гиперергической стрессовой реакции). Для респираторной терапии использовали аппараты искусственной вентиляции легких (ИВЛ) Vella для продленной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в режимах IPPV, SIMV,CIPAP с параметрами: дыхательный объем-0,4-0,6 л/мин, Минутная вентиляция легких - 6-9 л/мин, FiO2 = 45-50%, Ti: Te = 1:2, PEEP = 0-5 мм вод. ст. Объективными критериями адекватности ИВЛ служили PO2 = 90-95 мм рт.ст., Sat O2 = 96-100%, повышение среднего артериального давления на 5-10, снижение FiO2 до 25%, электрокардиограмма, кислотно-щелочное состояние.

У 23 пациентов с I-II степенью ГШ предпочтительнее был режим IPPV с переходом на режим SIMV. Это позволило стабилизировать гемодинамику в первые сутки (8-10 ч) и прекратить ИВЛ. 14 пациентам с массивной кровопотерей и ГШ III-IV степени потребовалась ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции IPPV от 24 до 40 часов. Это позволило исключить респираторный дистресс-синдром, вторичное гнойное осложнение и пневмонию гипостатического характера.

Таким образом, ИВЛ и оптимальная схема респираторной поддержки как способ предупреждения гипоксии после массивной кровопотери позволяет предупредить острую дыхательную недостаточность и развитие синдрома мультиорганной недостаточности, тем самым снизив летальность.

МСКТ В ИЗУЧЕНИИ ПЕРФУЗИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ ИШЕМИИ ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ

Икрамов А.И., Хусанходжаев Ж.У.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В настоящее время особое внимание уделяется технологиям нейровизуализации, которые позволяют получить не только анатомическое изображение структур головного мозга, но и данные об их функциональном состоянии.

Среди используемых в настоящее время в клинической практике методик особый интерес представляют инструменты, которые позволяют оценить мозговой кровоток. Известно, что именно локальное снижение церебральной перфузии приводит к гипоксии ткани мозга, которая становится причиной структурных и функциональных изменений, наблюдаемых при инсульте- вторичной ишемии после субарахноидального кровоизлияния (САК). Одной из наиболее перспективных методик изучения мозгового кровотока является мультиспиральная перфузионная компьютерная томография (ПКТ).

Сущность метода заключается в количественном измерении мозгового кровотока путем оценки изменения рентгеновской плотности ткани во время прохождения внутривенно введенного контрастного вещества (КВ).

При ПКТ прохождение КВ по церебральной сети капилляров отслеживается при помощи серии КТ-срезов. Используется около 50 мл йодсодержащего КВ, которое вводится со скоростью 3,5-4мл/с. Сканирование обычно проводится на уровне глубинных структур мозга и базальных ганглиев с захватом супратенториальных участков, кровоснабжаемых передней, средней и задней мозговыми артериями.

В отделение КТ РНЦЭМП были обследованы 18 пациентов (8 мужчин, 10 женщин; средний возраст - 44,2 года) с САК со средним и тяжелым неврологическим дефицитом. Пациентам проводилось комплексное клиническое и инструментальное обследование включавшее, в том числе без контрастную КТ при поступлении в стационар, повторное динамическое КТ исследование и ПКТ.

У всех больных на КТ первые сутки были выявлены субарахноидальное кровоизлияние по распространенности - локальное, базальное, диффузное, которые имели менингиальные знаки. Несмотря на проводимую симптоматическую и патогенетическую терапию у данной категории больных присоединились очаговые неврологические симптомы, в виде парезов, параличей и поражение ЧМН.

Время от появления неврологических симптомов до проведения первого ПКТ-исследования составило 15,6ё7,8 ч.

При ПКТ на срезе с наибольшей зоной перфузионных нарушений измерялась площадь участков с измененными параметрами перфузии. У 10 больных выявлены очаги резкого снижения перфузии, с "ядром" отсутствия перфузии т. е некроза, соответствующему очагу поражения: в бассейне ПМА в 2х случаях, в бассейне средней мозговой артерии

(СМА) справа 4 случаях, СМА слева 6 случаях. У остальных 8 больных было выявлено очаги пониженной перфузии без проявления "ядра" перфузии. У больных с появлением перфузионного "ядра", неврологические симптомы оставались стойкими в последующих КТ картинках определяли участки ишемии. Из 8 больных с пониженной перфузией отмечалась полный регресс неврологической симптоматики в 3 случаях, остальных 5случаях частичный регресс на фоне ранней реперфузионной терапии.

Таким образом, в клинической практике перфузионная МСКТ позволяет с минимальными затратами не только диагностировать зону вторичной ишемии у больных с САК уже в первые часы после появления клинических симптомов, но и определить соотношение жизнеспособной ткани и необратимых изменений вещества мозга. Потенциально это позволяет сделать заключение о возможности проведения ранней реперфузионной терапии при длительном спазме и ишемии, не опираясь только на сведения о сроках развития заболевания. Развитие инфаркта зависит не только от количественных значений перфузии, но и от длительности олигемии. Чем более выражено снижение кровотока, тем меньше времени требуется для развития необратимых изменений. В качестве доступного метода количественной оценки мозгового кровотока, перфузионная компьютерная томография ПКТ является мощным исследовательским инструментом для изучения патофизиологи и вторичных ишемии у больных с САК.

НАРУШЕНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ДИЛЯТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Исаханова П.Н., Зияев Ю.Н., Назарова М.Х., Камилова Н.К.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается одной из ведущих кардиологических проблем, являясь наиболее распространенным заболеванием среди людей трудоспособного возраста и основной причиной госпитализации и смертности в данной возрастной группе. Несмотря на успехи в диагностике больных с ХСН, прогноз выживаемости остается неблагоприятным независимо от этиологии. Поэтому изучение механизмов развития и прогрессирования заболевания - одна из актуальных проблем современной кардиологии. С учетом последовательного каскада патогенеза ишемической болезни сердца (ИБС) с исходом в ХСН в выборе патогенетической терапии ведущую роль играют нарушения функциональной активности тромбоцитов.

Цель исследования: изучить динамику нарушений тромбоцитарного гемостаза при ишемической кардиомиопатии (ИКМП) под действием длительного приема бисопролола.

Обследованы больных 33, из них 22 (66,6%) мужчины и 11 (33,3%) женщин (средний возраст 43,5±5,1 года), из которых 18 (54,5%) - с ХСН II ФК, 11 (33,3%) - с ХСН III ФК, 4 (12,1%) - с ХСН IV ФК, из них 4 больных с ФП. Контрольную группу составил 21 больной практически здоровый человек. Агрегацию тромбоцитов определяли по изменению светорассеяния при помощи анализатора агрегации АТ-2 . Базисная терапия у больных до 50 лет проводилась бисопрололом в дозе 7,5 мг/кг, от 50-60 лет- по 5 мг/кг, старше 60 лет- по 2,5 мг/кг.

Уровень агрегации тромбоцитов у обследуемых пациентов оказался выше на 5,2 % при ХСН II ФК ($P<0,05$), на 9,8% при ХСН III ФК ($P<0,05$). У 4 (12,1%) больных с ХСН II ФК и у 3 (9%) с ХСН III ФК показатели индуцированной агрегации не отличались от контроля. При оценке тромбоцитарного гемостаза в зависимости от других проявлений заболевания обнаружена тенденция к повышению агрегации тромбоцитов у больных с ХСН в сочетании с нарушениями ритма. АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов в среднем оказалась в пределах значений показателя здоровых лиц в обеих группах, но была повышена у 4 (12,1%) больных с ХСН III ФК, и у 4 (12,1%) пациентов с ХСН в сочетании с ФП. В то же время у больных с ФП агрегация тромбоцитов не существенно превысила контрольный уровнь (на 5,2 %, $P>0,05$).

Выводы. Анализ тромбоцитарного звена гемостаза показал, что у больных ИБС, осложненной ХСН, наблюдается усиление индуцированной агрегации тромбоцитов. Степень увеличения агрегации тромбоцитов возрастает с ростом ФК ХСН, а также зависит от наличия у пациентов нарушений сердечного ритма (ФП). Максимальное повышение индуцированной агрегации тромбоцитов отмечалась у больных с ХСН III ФК, имеющих мерцательную аритмию, что требует коррекции свертываемости крови у больных с ИКМП ацетилсалициловой кислотой и/или клопидогрелем.

ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТИНА НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q НА ФОНЕ СД II ТИПА

Камилова Н.К., Зияев Ю.Н., Турсунова Н.С., Назарова М.Х., Исаханова П.Н., Назарова М.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования: определить влияние симвастатина на показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) и активность антиоксидантных ферментов у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) без зубца Q.

Обследованы 55 больных (32 мужчины и 23 женщины), поступивших в отделение кардиореанимации Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) в течение 3-5 часов после развития клиники ОИМ. Диагноз ОИМ без зубца Q диагностировали с учётом клинико-электрокардиографической картины, повышения уровня КФК и её МВ фракции (МВКФК) в сыворотке крови. Группы больных СД стандартизированы по возрасту, давности заболевания (5 лет), методам коррекции и степени достижения "нормогликемии" по сахарному диабету. В группе больных с СД базисное лечение включало гипогликемические препараты. В исследование были включены больные с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с гиперлипидемией IIa и IIb типа по классификации Фредриксона. Средний возраст больных - 53,4ё5,4 года. Определяли показатели липидного спектра: общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП), рассчитывался также коэффициент атерогенности в 1 и 7 сутки.

Выраженность процессов окислительного стресса оценивали по содержанию малонового диальдегида (МДА) в эритроцитах. Для оценки состояния антиоксидантной системы определяли эритроцитарную активность супероксиддисмутазы (СОД) . Рассчитывали индекс окислительной устойчивости как соотношение СОД/МДА (усл.ед.). Этот показатель характеризует соотношение основного ферментного антиоксидантного фактора с показателем патогенно-

го действия свободных радикалов, в том числе и не инактивированных СОД. Поэтому функциональные показатели индекса окислительной устойчивости более полно отражается сущность действия СРО: чем он меньше, тем больше патогенное воздействие свободных радикалов. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа - 29 больных пациентов с ОИМ без зубца Q на фоне СД с применением базисной терапии, 2-я группа - 26 пациентов с ОИМ без зубца Q на фоне СД, получавших в комплексе с базисной терапией симвастатин. Группой сравнения служили 20 здоровых добровольцев.

У всех больных дважды, при поступлении и на 7 сутки, изучались показатели липидного спектра, перекисного окисления липидов по уровню малонового диальдегида (МДА), а активность антиоксидантной системы (АОС) по уровню супероксиддисмутазы (СОД) в эритроцитах. До лечения у всех больных уровень общего холестерина превышал контрольные показатели в 1,8 раза (P<0,05), триглицеридов - в 2, 3 раза (t=44.5, P<0,05), а содержание ЛПВП было ниже контроля в 2,2 раза (P<0,05). Уровень ЛПНП до лечения был выше контрольных показателей в 2,2 раза, ЛПОНП - в 2,3 раза, коэффицент атерогенности - в 5 раз. На 7 сутки после лечения симвастатином не наблюдалось значимых изменений липидного спектра, так как эффект статинов на липидный профиль начинается через 2-3 месяца после лечения. До лечения у больных 1-й группы уровень МДА в эритроцитах в среднем в 1,8 раза (t=48,4, P<0,05) превышал контрольные показатели, 2-й - в 1,9 раза (t=44,5, P<0,05), а СОД, напротив был ниже контроля соответственно в 2,2 и 2 раза (P<0,05). Высокая активность ПОЛ и недостаточная активность ферментов АОС являются важными факторами ОИМ без зубца Q на фоне СД. После 7-суток лечения в обоих группах отмечалось снижения активности ПОЛ. Вместе с тем активность АОС на 7 сутки повышалась. Снижение интенсивности ПОЛ было более выражено у больных группы. Уровень МДА снижался в 1-й группе в 1,5 раза, во 2 - й - в 2 раза. Повышение уровня активности АОС также было более выраженным во 2 - й группе. Уровень фермента СОД повышался в 1-й группе в 0,5 раза, во 2-й - в 0,8 раза. Индекс окислительной устойчивости до лечения равнялся 0,5. После лечения в 1-й группе этот показатель увеличился до 0,8 (P<0,05), во 2-й - до 1,1 (P<0,05).

Вывод. Симвастатин уменьшает выраженность ПОЛ. По эффективности снижения активности ПОЛ в сыворотке крови больных с ОИМ без зубца Q в течение 7 суток он существенно превосходит другие препараты. При применении симвастатина с первых суток наблюдается торможение процессов пероксидации липидов и повышается активность антиоксидантной системы, что приводит к улучшению прогноза жизни у больных с ИБС.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ КРАНИОФАРИНГИОМ

Кариев Г.М., Алтыбаев У.У., Якубов Ж.Б., Асадуллаев У.М., Юнусов С.
Республиканский научный центр нейрохирургии

В Республиканском научном центре нейрохирургии произведено микрохирургическое удаление краниофарингиом у 24 больных. До операции 8 больных находились в удовлетворительном состоянии, 12 - в состоянии средней тяжести, 4 - в тяжелом состоянии. У 4 больных имелись гормональные нарушения. По возможности проводилось тотальное удаление опухоли. Но вследствие некоторых причин (обильная васкуляризация опухоли, ее недоступность, спаянность с окружающими тканями или выраженный параселлярный рост) тотальное удаление было невозможным.

Хорошие результаты получены у 11 больных. У 8 больных состояние осталось на прежнем уровне, у 2 отмечалось ухудшение состояния, которое выражалось в грубом нарушении гормонального статуса. У 3 больных наступила смерть в результате различных осложнений. У 8 больных после операции отмечался недостаток АДГ.

У 6 больных в различные сроки после операции наступил рецидив болезни. 5 из них были подвергнуты повторным операциям. 2 пациентам произведено повторное удаление опухоли с установлением резервуара Оммая, 1 - повторное тотальное удаление опухоли, 2 из-за тяжести состояния произведена пункция краниофарингиальной кисты.

Адамантиноподобные краниофарингиомы были диагностированы у 13 (54,2%) больных, папилломатозные - у 8 (33,3%), смешанные - у 3 (12,5%). Определение гистологической структуры имеет большое значение для проведения лучевой терапии и предупреждения рецидивов.

У 5 (38,5%) больных с рецидивом опухоли была адамантиноподобная краниофарингиома, у (33,3%) была смешанная форма. У 1 (7,7%) пациента рецидив наступил даже после тотального удаления адамантиноподобной краниофарингиомы. У больных с папилломатозными краниофарингиомами рецидивов не отмечалось.

ВЗАИМОСВЯЗЬ БЫСТРОЙ ДИНАМИКИ СЕГМЕНТА ST И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВИЧНУЮ КОРОНАРНУЮ АНГИОПЛАСТИКУ

Кенжаев М.Л., Хаитов С.Ш., Аминов А.И., Варисханова С.Ф.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Раннее восстановление проходимости инфаркт-связанной коронарной артерии и реперфузия миокарда является оптимальной стратегией для сохранения функции левого желудочка у больных с острым коронарным синдромом. Коронароангиография является "золотым стандартом" в оценке эффективности реперфузии. Однако восстановление кровотока в эпикардиальной коронарной артерии не всегда приводит к адекватной реперфузии миокарда. Разрешение элевации сегмента ST на ЭКГ после коронароангиографии потенциально коррелирует с реперфузией миокарда.

Целью исследования явилась оценка взаимосвязи быстрой динамики сегмента ST на ЭКГ и систолической функции левого желудочка у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, перенесших первичную коронарную ангиопластику.

Обследованы 42 пациента (30 мужчин и 12 женщин, средний возраст 52±2,6 года) с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, поступивших в течение 12 часов после начала заболевания. Всем больным проводилась первичная коронарная ангиопластика (восстановление кровотока в

инфаркт-связанной артерии III градации по шкале TIMI, остаточный стеноз менее 30%). ЭКГ снята при поступлении и через 1 час после коронарной ангиопластики. Все больные были разделены на 2 группы в зависимости от скорости динамики сегмента ST (снижение ST более 50% по сравнению с ЭКГ при поступлении). Между группами не было значительных различий по среднему показателю симптом-баллон. Всем больным с целью оценки фракции выброса левого желудочка проводилась эхокардиография в 1 и на 10 сутки заболевания.

У 29 (69%) больных отмечалась быстрая динамика сегмента ST, у остальных снижение сегмента ST на ЭКГ после коронарной ангиопластики составило менее 50%. На 10 день заболевания нарушения систолической функции левого желудочка были более выражены у больных с медленной динамикой сегмента ST (ФВ ЛЖ – 48,2±5,6 против 52,1±5,4; P<0.01).

Выводы. 1. Восстановление кровотока в инфаркт-связанной артерии III градации по шкале TIMI является показателем успеха коронарной ангиопластики, но не реперфузии миокарда. 2. Быстрая динамика сегмента ST на ЭКГ после коронарной ангиопластики является маркером физиологической реперфузии миокарда и коррелирует с сохранением систолической функции левого желудочка у больных с острым коронарным синдромом, перенесших первичную коронарную ангипластику. 3. Мониторинг сегмента ST является надежным, неинвазивным и доступным методом для оценки реперфузии миокарда.

ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА И ЛОЗАРТАНА НА СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО ДАННЫМ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Кенжаев М.Л., Маматкулов Х.А., Ахмедова Д.А., Кенжаев С.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования: сравнительная оценка влияния блокатора рецепторов ангиотензина II лозартана и ингибитора АПФ энапа на глобальную и регионарную сократимость миокарда левого желудочка у больных, перенесших ОИМ.

Обследованы 60 больных с острым коронарным синдромом (ОКС+ST) с элевацией сегмента ST в возрасте от 35 до 67 лет (средний возраст 44,2±1,3 года). Всем больным проведена успешная реваскуляризация миокарда, из них тромболитическая терапия (ТЛТ) - у 46 %, транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБАП) - у 54 % . Больные рандомизированы на две группы. В 1-ю группу включены 30 больных (группа А), получавших стандартную терапию с включением препарата лозап (фирма Зентива) и реваскуляризации миокарда (ТЛТ - 14, ТЛБАП - 16 больных). Во 2-ю группу (группа В) вошли также 30 больных, которым дополнительно к стандартной терапии с момента поступления назначали эналаприл малеат (Энап, фирма КРКА) и проводили реваскуляризацию миокарда (ТЛТ - 13, ТЛБАП - 17 больных). Всем 60 больным выполнена стресс-эхокардиография с добутамином (СЭД) после стабилизации состояния на 8-10 сутки.

При проведении СЭД с малыми дозами для качественного анализа сегментарной сократимости ЛЖ изучено 960 сегментов, из них 240 (25%) были нормокинетичными, 691 (72%) - гипокинетичными, 29 (3,0%)-акинетичными. ИНРС в среднем составил 2,2±0,037.

Проведение СЭД у данной категории больных позволило установить полное (n=33; 28 больных группы В, 5 больных группы А) и частичное (n=27; 18 больных группы А, 9 больных группы В) восстановление всех асинергичных сегментов. У больных группы В количество нормокинетичных сегментов было больше, чем у больных группы А. Гипо- и акинетичных сегментов было больше в группе больных с использованием препарата АРА лозап. Показатель ИНСС в группе А был достоверно выше, чем в группе В.

При малых дозах добутамина (7,5±ё0,5 мкг/кг/мин) в группе В ФУ выросла с 24,5±1,1 до 42,8±2,0% (P<0,001). Инотропная стимуляция привела к уменьшению КСР и КСО соответственно на 23 и 18% (P<0,001). Общая ФВ возросла с 49,2±1,0 до 66,5±1,4 (P<0,001). Все сегменты с исходной асинергией стали нормокинетичными, то есть исходная дисфункция была обратима. У больных группы В сегментов с обратимой дисфункцией было 382 (79,6%). ИНРС уменьшился с 1,87±0,1 до 1,0±0,1 (p<0,001) (табл.3).

У больных группы А с частично обратимой дисфункцией ЛЖ на малых дозах добутамина ФУ выросла с 22,5±0,6% до 35,3±1,9% (P<0,001), а КСО, в отличие от такового в группе В, уменьшился недостоверно. Общая ФВ выросла с 43,1ё0,9 до 56,1±1,7% (P<0,001). Степень изменения размеров ЛЖ во время максимального улучшения сократимости при инотропной стимуляции была меньше, чем в группе больных, принимавших энап. В группе А на малых дозах добутамина 154 (32%) сегмента остались асинергичными, то есть исходная дисфункция в них оказалась необратимой. Только 270 (56,3%) сегментов имели обратимую дисфункцию. ИНРС уменьшился с 1,95±0,04 до 1,32±0,1 (P<0,001).

Фракция выброса ЛЖ в динамике увеличивается в обеих группах, но ее прирост на 10-е сутки в группе В был более значительным.

Таким образом, эналаприл способен уменьшать выраженность реперфузионного повреждения миокарда при реваскуляризации и тем самым предотвращать развитие тяжелой систолической дисфункции миокарда левого желудочка. У больных, перенесших ОИМ, эналаприл более эффективно, чем лозартан предупреждает развитие ремоделирования ЛЖ, положительно влияя на процессы восстановления оглушенных зон миокарда.

ПРОБЛЕМЫ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Кобилов Э.Э., Ганиев Ж.А.

Самаркандский областной многопрофильный медицинский центр

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) является одним из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний детского возраста. Данная патология возникает в различные сроки после операционных вмешательств на органах брюшной полости. В последние годы отмечен рост числа детей со спаечной кишечной непроходимостью в связи с чем эта проблема не потеряла своей актуальности.

Целью настоящей работы явилось изучение сроков и причин развития ОСКН у детей.

Нами проведено комплексное обследование и лечение 505 детей с ОСКН в возрасте от 3 месяцев до 14 лет. Всем больным применен комплекс исследований, включающий клинические и лабораторные методы, а также электрокардиографию, ультразвуковой, рентгенологический и патоморфологический методы обследования и лапароскопию.

Как показал анализ, ОСКН реже встречается у детей до 3-х лет, последующих возрастных группах она наблюдается значительно чаще. Мальчиков было 264 (52,3 %), девочек 241 (47,7).

Ранняя форма ОСКН наблюдалась у 182 (36,0 %), поздняя - у 323 (64,0 %) больных.

Чаще всего ОСКН возникала после операции по поводу гангренозно - перфоративной формы аппендицита с явлениями перитонита. В общей сложности ОСКН после операций по поводу острого аппендицита наблюдалась у 243 (48,2) больных. Второе место среди причин ОСКН после аппендэктомии занимает кишечная инвагинация (101 больной - 20,1 %). Довольно часто первичная лапаротомия выполнялась также по поводу травматических повреждений органов брюшной полости (47 больных - 9,3 %) и пороков развития кишечника (85 больных - 16,8%). На долю остальных причин - новообразований и прочих факторов пришлось 29 (5,6%) случаев.

Таким образом, поздняя ОСКН встречается гораздо чаще, чем ранняя. Основной причиной развития ОСКН являются операции по поводу острого аппендицита, инфицирования брюшной полости микрофлорой и сохраняющийся воспалительный процесс, приводящий к усиленному спайкообразованию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Кобилов Э.Э., Ганиев Ж.А.

Самаркандский областной многопрофильный медицинский центр

Лечение острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) у детей представляет сложную задачу, поскольку причины и проявления заболевания чрезвычайно разнообразны. Следует отметить, что состояние брюшной полости у больных с ОСКН не всегда подчинено какому-либо определённому стереотипу, поэтому лечебная тактика подбирается индивидуально, с учётом остроты заболевания и состояния брюшной полости.

Целью нашего исследования явилось изучение результатов лечения ОСКН у детей, оперированных традиционным и лапароскопическим методами.

Для оценки эффективности эндоскопического метода диагностики и лечения ОСКН нами проведено сравнение результатов лечения больных, оперированных эндохирургическим и традиционным методами. Больные были разделены на две группы: основная (эндохирургическая) и группа сравнения ("открытая" - традиционная).

В основную группу вошли 100 пациентов, которым были выполнены эндохирургические вмешательства. Контрольную (сравнительную) группу составили также 100 больных, которым выполнены "открытые" (традиционные) хирургические операции. Отбор 100 пациентов в группы производили "слепым" методом.

При оценке эффективности лапароскопии мы проводили сравнение ближайшего послеоперационного периода.

Лапароскопический адгезиолизис, в отличие от традиционного оперативного вмешательства, характеризовался минимальной интраоперационной кровопотерей и малой продолжительностью операций - 41,6±13,4 против 85,8±11,7 мин при традиционном методе лечения.

При сравнении полученных результатов установлено, что в основной группе застойное содержимое желудка в объёме 24,3±1,6 мл выявлено в первые часы после операции у 14 (14%) больных. В контрольной группе застойное содержимое в желудке в первые сутки обнаружено у 100% больных, на вторые - у 66 (66%), на третьи - у 13 (13%). Исчезновение застойного содержимого в желудке коррелировало со сроками возникновения перистальтики кишечника. Появление стула у больных основной группы отмечалось через 2,2±0,6 суток после операции, в контрольной - через 4,1±0,5 суток. Сроки пребывания больных в отделении реанимации и интенсивной терапии в основной группе составили 1,7±0,8 в контрольной 2,9±0,9 суток. Значительно сократились сроки госпитализации больных после операции в основной группе (6,9±1,4 суток) по сравнению с контрольной (16,2±1,9 суток).

Ранних послеоперационных интраабдоминальных осложнений в контрольной группе было более чем в 7 раз больше, чем в основной (соответственно 22 и 3%). Особое внимание необходимо обратить на высокий процент таких тяжёлых осложнений, как релапаротомия и эвентрация кишечника. Релапаротомии выполнялись при рецидиве возникновения ранней острой спаечной кишечной непроходимости (4 больных) и в связи с развитием гнойного перитонита из-за несостоятельности гастростомы, которая была наложена для интубации тонкой кишки (1 больной).

Таким образом, сравнительный анализ лапароскопического и традиционного методов лечения показал, что эндоскопический адгезиолизис имеет существенные преимущества перед традиционной лапаротомией.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Кобилов Э.Э., Ганиев Ж.А.

Самаркандский областной многопрофильный медицинский центр

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) - одно из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний детского возраста, возникающее в различные сроки после операционных вмешательств на органах брюшной полости, остается актуальной проблемой детской хирургии. После устранения ОСКН при "открытом" оперативном вмешательстве особое значение необходимо придавать декомпрессии желудочно - кишечного тракта.

На первых этапах работы мы чаще применяли интубацию тонкой кишки через гастростому, значительно реже - другие методы (цекостомия, интубация через заднепроходное отверстие, пункция кишки). В связи с тем, что эти методы довольно травматичны и нередко сопровождаются различными осложнениями, в дальнейшем мы практически отказались от них и перешли к интраоперационому одномоментному опорожнению тонкой кишки путём "сцеживания" её содержимого в толстую кишку или в желудок. В обязательном порядке проводили блокаду брыжейки тонкой кишки 0,25 % раствором новокаина. Сравнительный анализ всех методов декомпрессии тонкой кишки показал преимущество последнего: быстрее восстанавливается перистальтика кишечника, меньше послеоперационных осложнений, сокращаются сроки пребывания больного в стационаре. Так, при "сцеживании" содержимого тонкой кишки в желудок или толстую кишку самостоятельный стул в первые 3 - 4 сутки отмечен у 92,6 % больных; при всех остальных методах декомпрессии тонкой кишки (интубация через гастростому, цекостому, аппендикостому и заднепроходное отверстие) - только у 67,3%.

При анализе послеоперационных осложнений, связанных непосредственно с методом декомпрессии кишечника, установлено, что при интубации кишечника через гастростому у 18,8 % больных отмечались нагноение раны и мацерация кожи вокруг гастростомы, а у 1 пациента имело место её несостоятельность и развитие перитонита, что потребовало релапаротомии. При применении других методов декомпрессии у 15 % больных отмечались также местные воспалительные явления в области послеоперационной раны.

Таким образом, в связи с указанными обстоятельствами интраоперационое "сцеживание" кишечного содержимого в желудок или толстую кишку как щадящий и эффективный метод декомпрессии желудочно - кишечного тракта при лечении ОСКН у детей должен найти широкое применение в практике.

ХРОНОПАТОЛОГИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА: ШИРОТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЛИ ГИПЕРДИАГНОСТИКА?

Костоглодов Ю.К., Иванов С.В.

ГУ РНЦХ им. Петровского РАМН, Москва; Коми филиал ГОУ ВПО "Кировская ГМА Росздрава", Сыктывкар

Каждая ступень общественного прогресса связана с появлением новых технологий и новых поколений инструментальной базы. Простой инструмент - отполированное стекло с двояковыпуклой поверхностью, названное позже "лупой" (и дальнейшие ее модификации: "микроскоп" и "телескоп") - перевернули наше представление о мире. В качестве такого инструмента, позволяющего изучать "механику" временной организации живых систем, предлагаем к обсуждению новую методологию анализа медико-биологических данных, основанную на ином хронологическом порядке их представления.

Общепринятый формат представления временных координат текущего "события" выглядит следующим образом: N года - количество прошедших лет от начальной эпохи летоисчисления до настоящего события (линейная составляющая временных координат "события" внутри данной эпохи), N месяца - смещение "события" относительно начала текущего астрономического года (циклическая составляющая временных координат), N дня месяца - смещение "события" относительно начала текущего месяца (циклическая составляющая). Однако опыты со статистикой острых заболеваний человека подсказывают иную схему упорядочивания медико-биологических событий во времени. Анализ большого количества развития острых сердечно-сосудистых заболеваний человека показывает: 16-месячный календарь с 23-дневными месяцами и началом эпохи в первый в постнатальном периоде день жизни человека может играть роль той самой "лупы", которая поможет изучать "механику" формирования системных хроноструктур в инфрадианном спектре.

Статистика развития инфарктов миокарда (ИМ), представленной лечебными учреждениями среднеширотных районов (Москва, Ростов н/Д) обнаруживает тенденцию роста вероятности развития ИМ в областях с 0-м, 4- и 8-дневным смещением на полуоси 23-дневного месяца гипотетического 16-месячного календаря. Особенностью профиля хроноструктуры ИМ является акрофаза в области с 4-дневным фазовым смещением (ФС), в которой вероятность развития ИМ наибольшая.

Хроноструктура ИМ, представленных лечебным учреждением северошироного района (Коми, Сыктывкар), в главном отличается от структуры среднеширотных ИМ акрофазой в области с 3-дневным ФС, в которой вероятность развития ИМ также наибольшая. Это расхождение акрофаз в областях с 3- и 4-дневным ФС можно было бы объяснить влиянием географического фактора (в высоких широтах изменяется ширина окна захвата синхронизируемых процессов), если бы не статистика ИМ с летальными исходами, в профиле которых обнаруживаем акрофазу в области с 4-дневным ФС. Изменить дату летального исхода случайно или преднамеренно чрезвычайно сложно, поэтому достоверность данных с летальными исходами по определению выше данных, регистрирующих начало развития ИМ. Но тогда возникает вопрос: чем вызван "дрейф" акрофазы из области с 4-дневным ФС в средних широтах в область с 3-дневным ФС в северных широтах?

По нашим сведениям, в области с 3-дневным ФС возрастает риск развития гипертонических кризов артериальной этиологии. Не объясняется ли акрофаза в области с 3-дневным ФС в профиле хроноструктуры ИМ особенностями технологии постановки диагноза или иными "не медицинскими факторами", в результате которых гипертонические кризы принимаются (или выдаются) за инфаркты?

ПРИЧИНЫ ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Хайитов У.Х.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

В 2005-2009 г. на обследовании и лечении находились 100 детей с диагнозом острой приобретенной кишечной непроходимости. Мальчиков было 64, девочек - 36. До одного года было 35 детей, от 1 до 3 лет - 13, от 4 до 7 лет - 7, от 8 до 11 лет - 19, от 12 до 15 лет - 26. Причиной приобретенной кишечной непроходимости у 42 больных явилась инвагинация кишечника. У 7 больных отмечалась странгуляционная кишечная непроходимость, у 36 детей была спаечная кишечная непроходимость, у 11 причиной непроходимости стала обтурация кишечника, динамическая кишечная непроходимость установлена у 4. Оперативное лечение проведено 66 больным. При острой инвагинационной кишечной непроходимости из-за позднего обращения (позже 12 часов) хирургическое лечение выполнено всем 42 детям. Тонко-тонкокишечная инвагинация установлена у 16 больных, толсто-толсто кишечная инвагинация - у 7, у 19 детей имела место тонко-толсто, так называемая илеоцекальная, инвагинация кишечника. Операция дезинвагинации была выполнена у 35 детей. В связи с некрозом кишечника 5 больным была произведена резекция илеоцекального угла с наложением первичного анастомоза по типу конец в бок. У 2 детей из-за наличия перитонита после резекции пораженного отдела кишки выведена илеостома. После исчезновения явлений перитонита этим детям наложен вторичный анастомоз. Причинами странгуляционной кишечной непроходимости у 2 детей был заворот кишечника вокруг своей оси у 5 - заворот кишечника вокруг спайки дивертикула Меккеля. У 23 детей с ранней спаечной кишечной непроходимостью и у 13 детей с поздней спаечной непроходимостью причиной спаечного процесса явились перенесенные в анамнезе операции на органах брюшной полости. У детей с ранней спаечной непроходимостью проведение консервативной терапии позволило добиться разрешение признаков кишечной непроходимости. У 7 пациентов с поздней спаечной кишечной непроходимостью консервативная терапия эффекта не дала. Этим детям выполнена лапаротомия с иссечением шнуровидных спаек брюшной полости.

Все дети с динамической кишечной непроходимостью велись консервативно.

Таким образом, приобретенная кишечная непроходимость остается актуальной проблемой хирургии детского возраста, которая требует пристального внимания как детских хирургов, так и педиатров.

ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ИЗОЛИРОВАННЫХ ГЕПАТОЦИТОВ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖИВОТНЫХ С СУБТОТАЛЬНОЙ ГЕПАТЭКТОМИЕЙ

Мадаминов А.А., Ахмедова Р.К., Абдукадырова М.И.214
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Общепринятая практика использования ортотопической трансплантации целой печени для лечения острой печеночной недостаточности (ОПН) идет вне финансовых и технических ресурсов многих стран. Реальной альтернативой этому является лечение таких больных путем пересадки клеток, выделенных из отдельной печени.

В настоящей работе описан метод лечения крыс с ОПН с субтотальной гепатэктомией (СТГЭ) путем трансплантации изолированных гепатоцитов (ИГ) взрослых крыс. При этом получен значительный лечебный эффект. Выживаемость крыс составила в первые сутки 95% против 56% в группе животных без трансплантации. Максимальное продление жизнеспособности было зафиксировано на 4 сутки: выживаемость животных с трансплантацией составила 85% против 39% без нее. Разница выживаемости между группами животных с трансплантацией ИГ и без трансплантации - 46%. К концу срока наблюдения, на 7 сутки выживаемость составила 40% против 11% без трансплантации, т.е. увеличилась в 3,6 раза.

Необходимо отметить, что продолжительность жизни животных с ОПН, вызванной СТГЭ, составила 12,5%. Трансплантация ИГ способствовала увеличению продолжительности жизни на 29,6% и равнялась 42,1%.

Биохимические показатели в группе животных с трансплантацией ИГ также характеризовались положительными изменениями. Так, уровень билирубина у животных с индуцированной ОПН снижался с 33,2±2,25 мкмоль/л в 1 сутки до 18,6±3,21 мкмоль/л на 7 сутки. Наибольшая разница выявлена в содержании альбумина, которое достоверно возрастало с первых суток до конца эксперимента; на 7 сутки содержание его составило 48,1±2,34 г/л против 39,6±2,4 г/л в группе ОПН без трансплантации, разница при этом составила 8,5% ($P<0,05$).

Изменились и биохимические показатели крыс с ОПН в результате трансплантации ИГ. Трансплантация существенно снижала активность АсАТ, наиболее значительно к концу срока наблюдения до 6,4±2,22 против 9,2±3,65 мккат/л, т.е. на 30,4%.

По сравнению с нелеченной группой трансплантация ИГ способствовала недостоверному повышению уровня мочевины в среднем на 6,8%, особенно на 3 сутки эксперимента - до 8,41±1,27 мкмоль/л, т.е. на 7,2%.

Таким образом, в группе крыс с ОПН, индуцированной СТГЭ, положительное влияние ИГ проявляется в увеличении процента выживаемости, средней продолжительности жизни, улучшении состояния, уменьшении количества токсических метаболитов печени (билирубин), снижении ферментативной активности печени и увеличении содержания альбумина и мочевины в сыворотке крови.

НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОСНОВАННЫЙ НА ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФЕТАЛЬНОГО МАТЕРИАЛА

Мадаминов А.А., Уразметова М.Д.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Интерес к использованию фетального материала возник еще в древности. В настоящее время фетальные ткани используют в Канаде, США, России и других странах. Как показали проведенные в последние годы исследования, их успешное использование при лечении многих патологических состояний организма определено рядом свойств, присущих клеткам и тканям только на ранних стадиях развития.

В наших опытах для лечения острой печеночной недостаточности (ОПН) у крыс использованы ткани изолированных фетальных гепатоцитов (ИФГ), полученные из печени плодов человека (самопроизвольные выкидыши) 18-22-недельного возраста. Забор донорского материала проводился с соблюдением всех этических норм. Модель ОПН воспроизводилась у 30 крыс путем однократного внутрибрюшинного введения гепатотропного токсина CCl4 половозрелым беспородным крысам - самцам в дозе 1 мл/кг. Животные были разделены на две группы по 15 особей в каждой. 1-ю группу, которая служила контрольной, составили крысы с моделью ОПН. 15 животных 2-й группы лечили с помощью ИФГ без дополнительного введения иммуносупрессоров. Для этого им внутриселезеночно трансплантировали свежевыделенные ИФГ на вторые сутки после индуцирования ОПН.

ИФГ получали перфузионным методом с использованием специальных растворов. У одного плода 22 недель ввиду того, что не удалось каннюлировать портальную вену из-за технических трудностей, перфузию проводили через пупочную вену. Поэтому в данной культуре клеток дополнительно определялись форменные элементы крови до 20%, жизнеспособность ИФГ составила 80%. У остальных плодов ИФГ были получены перфузией через воротную вену. При микроскопировании клеточного состава ИФГ определялись гепатоциты и их предшественники - гепатобласты до 60%, гемопоэтические клетки (в том числе макрофаги) - до 30% и непаренхиматозные клетки - до 10%. Жизнеспособность составила 85%. Перед трансплантацией готовили суспензию клеток в физиологическом растворе NaCl из расчёта 20 млн клеток/мл.

У крыс первой группы при моделировании ОПН сразу после введения CCl4 отмечались вялость, взъерошенность шерсти, изменения в их передвижении. 5 крыс (33,3%) погибли к 4 суткам после индуцирования заболевания. Остальные 10 (66,6%) крыс погибли в течение 4-7 суток.

Во 2-й группе наркотизированным животным ИФГ вводили в дозе по 0,15-0,20 мл лапаротомическим доступом в нижний и средний полюс паренхимы селезёнки в 2-3 точки путем медленной и осторожной инъекции специальной тонкой иглой в течение 10-15 минут. В момент введения селезенку слегка смачивали физиологическим раствором, предохраняя его от высыхания. После окончания процедуры введения клеток кровотечения и разрыва капсулы селезенки не происходило. Такой способ введения ИФГ выбран нами потому, что вена селезенки имеет общий кровоток с печенью, что позволяет вводимым в течение 20 минут ИФГ сразу попадать в ткань печени. Кроме того, по данным разных авторов, селезенка ввиду общности филогенетического развития с печенью имеет способность удерживать часть фетальных клеток в своей паренхиме, образовывая, таким образом, очаги (пулы) размножения из ИФГ.

Эффективность лечения крыс 2-й группы оценивали по их выживаемости. Так, максимальная продолжительность жизни животных с внутриселезеночной трансплантацией ИФГ составила 12 суток, что была в 1,7 раза больше, чем у крыс 1-й группы.

Таким образом, несмотря на различие в видовых характеристиках клеточного материала, нами в эксперименте установлена высокая эффективность их использования при лечении ОПН. Одной из главных причин этого является иммунологическая незрелость донорских фетальных клеток плодов человека ввиду неполноценности набора его антигенов. Благодаря этому иммунная система крыс-реципиентов, которым вводят ИФГ, не в состоянии их распознать, а значит, и отторгнуть. Во-вторых, фетальные клетки сами недостаточно зрелы, чтобы атаковать нового хозяина. В-третьих, пересаженные фетальные клетки мобилизуют и стимулируют собственные защитные силы организма, являясь, таким образом, мощным фактором, стимулирующим рост клеток. Это характеризуется выраженными антиоксидантными и противовоспалительными свойствами. Несмотря на то, что имплантация фетальных клеток не является "генной терапией", вполне возможно, что биологически активные вещества, содержащиеся в них, способствуют экспрессии "молчащих" генов.

Перечисленные выше свойства позволяют считать фетальные клетки плодов человека уникальным материалом, который легко приживается в чужом организме и позволяет исключить при их трансплантации использование дорогостоящих иммуносупрессоров, оказывающих к тому же массу побочных эффектов.

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Маджитов Х.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Целью работы было изучение эффективности стентирования кли-нико-зависимой коронарной артерий у пациентов с острым инфарктом миокарда.

В исследование были включены 156 больных, поступивших с диагнозом острый инфаркт миокарда. Селективная коронарография и транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБАП) со стентированием коронарных артерий проводились в условиях рентгеноперационной при отделении ангиографии, оборудованной рентгеноангиографической установкой Integris Allura FD 20 фирмы Philips. Мониторирование ЭКГ осуществлялось на аппаратах Datex-Ohmeda (Финляндия) и Philips IntelliVue MP20 (Голландия).

Эхокардиография (ЭхоКГ) выполнялась на аппарате Siemens-Sonoline-Omnia, оборудованном электронными датчиками с частотой 4,0 МГц по стандартной методике с использованием рекомендаций Американ-ского эхокардиографического общества в 1, 3, на 7 сутки болезни. В В-режиме по формуле "площадь-длина" рассчитывали конечно-диастолический объем (КДО) левого желудочка (ЛЖ) (мл), конечно-систолический объем (КСО) ЛЖ (мл), фракцию выброса (ФВ) ЛЖ (%).

Средний возраст больных составил 53,9±9,3 года. Время от начала болей до поступления в клинику ("симптом-дверь") – 3,2±2,7 ч, время "симптом-баллон" – 4,8±2,5 ч.

По результатам диагностической коронарографии у 58 (37,2%) больных наблюдалось поражение правой коронарной артерии, у 98 (62,8%) - передней межжелудочковой артерии. У 128 (82%) больных тромбоз инфарктзависимой коронарной артерии сопровождался кровотоком TIMI-0, у 28 (18%) больных кровоток сохранялся на уровне TIMI-I. ТЛБАП с установкой стента проводилась "ad-hoc" методом непосредственно после выполнения диагностической коронарографии. После предварительной реканализации и предилатации всем 156 (100%) больным произведена первичная коронарная ангиопластика со стентированием инфарктзависимой коронарной артерии. У всех больных был достигнут кровоток TIMI - III степени и остаточный стеноз менее 10%, что является ангиографическим критерием успешной процедуры.

ЭхоКГ исследование выявило в среднем в группе нормальные параметры полостей ЛП и ПЖ, однако систолическая функция ЛЖ оказалась сниженной. Уже к 3 суткам наблюдалось достоверное улучшение систолической функции ЛЖ - ФВ ЛЖ: увеличилась с 48,87% до 51,64% (P<0,01), а к 7 суткам – до 54,72% (P<0,001). КДО ЛЖ к 7 суткам наблюдения уменьшился с 131,8 до 128,6 мл (P<0,05). ИНРС достоверно снизился на 22,5% к 3 и на 24,6% к 7 суткам наблюдения.

Таким образом, стентирование коронарных артерий у больных с острым коронарным синдромом с подъемом ST способствовало достоверному улучшению сократительных свойств миокарда ЛЖ уже на ранних этапах наблюдения.

Выводы. 1. ТЛБАП со стентированием инфарктзависимой коронарной артерии при остром инфаркте миокарда является эффективным методом патогенетического лечения.2. Применение стентирования коронарных артерий у больных с острым инфарктом миокарда способствует достоверному улучшению систолических свойств миокарда ЛЖ. 3. Экстренное восстановление адекватного коронарного кровоснабжения в миокарде при остром инфаркте миокарда приводит к быстрому восстановлению показателей регионарного сокращения ЛЖ вследствие уменьшения зон оглушенного миокарда.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Маджитов Х.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Целью работы является определение частоты и видов осложнений при проведении эндоваскулярных методов лечения пациентов острым ин-фарктом миокарда.

Проанализированы результаты работы отделения ангиографии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за 2009 г.

Методика транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛБАП) и стентирования коронарных артерий постоянно развиваются, совершенствуются инструменты, разрабатываются высокоэффективные методы фармакологической поддержки процедуры, уточняются показания к ее проведению, специалисты накапливают опыт, эти вмешательства всегда сопряжены с высоким риском осложнений. К наиболее значимым из них относятся: смерть, экстренная операция аорто-коронарного шунтирования, выраженные диссекции коронарных артерий, тромбоз стента, асистолия и фибрилляция сердца, дистальная эмболизация и др. В нашей практике мы также отмечали некоторые осложнения, описываемые в мировой литературе.

Важнейшей профилактической мерой, направленной на снижение риска осложнений, является стандартизация процедуры и соблюдение положений международных рекомендаций. Самым частым осложнением является гематома (61-7,6%) на месте пункции бедренной артерии, что связано с проводимой стандартной антикоагулянтной, антитромбоцитарной и тромболитической терапии больным с острым инфарктом миокарда. Кроме того, при выполнении эндоваскулярных вмешательства из 794 больных у 16 (2,0%) наблюдался феномен "no reflow", у 14 (1,7%) дистальная эмболизация, у 6 (0,7%) фибрилляция желудочков или асистолии, у 2 (0,25%) - подострый тромбоз стента. Летальных исходов было 2 (0,25%).

Из перечня неотложных ситуаций, возникающих во время операции, видно, что выполнение при остром коронарном синдроме эндоваскулярных вмешательств требует, с одной стороны, соответствующего материального обеспечения и высокопрофессиональной техники катетеризации, а с другой, - применения в ходе вмешательства опыта и навыков кардиологической реанимации в полном объеме: своевременного дозированного интракоронарного тромболизиса, вазодилатации и купирования спазмов; поддержания АД и устранения терминальных нарушений ритма, предупреждения острой лево-желудочковой недостаточности и синдрома малого выброса.

Выводы. Строгое соблюдение рекомендации международных стандартов по проведению ТЛБАП и стентирования коронарных артерий способствует профилактике и снижению количество осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ КЛИНИКО-ЗАВИСИМОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Маджитов Х.Х., Алимов Д.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Целью работы явилось изучение эффективности стентирования клинико-зависимой коронарной артерий у пациентов с острым инфарктом миокарда.

Проанализированы результаты лечения 72 больных с острым коронарным синдромом (ОКС), поступивших в РНЦЭМП. Селективная коронарография и транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБАП) со стентированием коронарных артерий проводились в условиях рентгеноперационной при отделении ангиографии, оборудованной рентгеноангиографической установкой Integris Allura FD 20 фирмы Philips.

В 2008 г. эндоваскулярные вмешательства на коронарных артериях были выполнены 72 больным с ОКС. Средний возраст больных 48±2,8 года. У 27 (37,5%) больных отмечалось односсудистое поражение; у 44 (61,1%) многососудистое поражение. Окклюзия ствола левой коронарной артерии была отмечена в одном случае (1,4%). У 30 (41,6%) пациентов процедура проводилась в первые несколько часов от начала симптомов, причем 4 (5,5%) экстренное эндоваскулярное вмешательство осуществлено на фоне явлений кардиогенного шока. Среднее время составило 4,5±1,2 часа. У 16 (22%) больных выполнялось отсроченное вмешательство

после тромболитической терапии, у 26 (30,4%) -на 2-3 сутки заболевания.

Транслюминальная баллонная ангиопластика со стентированием выполнена у 11 (15,3%) пациентов, ТЛБАП - у 16 (22,2%), прямое стентирование - у 45 (62,5%). Таким образом, стентированию подверглись 56 (77,8%) больных. Успешная реканализация окклюзированной коронарной артерии проведена у 27 (37,5%). У 20 (27,7%) пациентов реканализация окклюзированной артерии завершилась стентированием, у 7 (9,7%) - баллонной ангиопластикой.

Непосредственный хороший ангиографический результат получен у 96%, клиническая эффективность составила 89,6%, общая госпитальная летальность - 1,4%.

Выводы.1. Стентирование коронарных артерий является высоко-эффективным методом выбора в лечении пациентов с ОКС. 2. Выполнение стентирования в острейшем периоде инфаркта миокарда позволяет оптимизировать лечение и улучшить ближайший и отдаленный прогноз заболевания. 3. Строгое соблюдение рекомендаций международных стандартов по проведению ТЛБАП и стентирования коронарных артерий способствует профилактике и снижению количество осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТИРОФИБАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА ST

Махаматова Ш.И., Набиев А.А., Мухамедова Б.Ф.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Тромбоциты играют ключевую роль в развитии острого коронарного синдрома (ОКС). Установлено, что агрегация тромбоцитов сопровождается связыванием фибриногена с рецепторами GP IIB/IIIA, что способствует увеличению тромбинообразования и изменению системы фибринолиза (Салавина Н.Н., 2003; Грацианский Н.А., 2004; Bertrand M.E.,2002; Braunwald,2004).

В настоящее время антитромботическая терапия может быть оптимизирована путем создания лекарств, блокирующих этот конечный механизм активации тромбоцитов. К этой группе который относится препарат тирофибан.

Целью нашего исследования явилось изучение действие тирофибана на агрегационные свойства тромбоцитов у 25 больных с ОКС без подъема ST на ЭКГ.

Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по клиническим характеристикам. 30 больных 1-й группы (контрольная) получали традиционную терапию, 22 больным 2-й группы дополнительно назначали блокатор тромбоцитаных рецепторов IIb/IIIa тирофибан.

Агрегационную активность тромбоцитов (ААТ) изучали анализатором агрегации тромбоцитов по методу Born (1962), а также регистрировали изменения среднего радиуса агрегатов в процессе спонтанной или индуцированной малыми дозами индукторов агрегации кровяных пластинок.

Установлено значительное увеличение степени и скорости как спонтанной, так и АДФ-индуцированной агрегации у больных с ОКС.. Время свертывания крови (ВСК) у больных ОКС достоверно снижалось, протромбиновый индекс и содержание фибриногена возрастали, что свидетельствовало о наличии гиперкоагуляции.

Установлено, что степень спонтанной агрегации у больных 2-й группы в исходном состоянии составила 1,61±0,1 отн. ед. и была достоверно выше, чем у лиц контрольной группы (P<0,01). На 3 день лечения на фоне традиционной терапии с применением тирофибана степень спонтанной агрегации снизилась до 1,30±0,12 отн. ед, на 7-10 сутки - до 1,09±0,13, приблизившись к контролю. Скорость спонтанной агрегации в контрольной группе составила 0,09±0,03 отн.ед.мин$^{-1}$. У больных 2-й группы до лечения она составляла 0,76±0,10 отн.ед.мин-1 (P<0,01). На фоне проводимой терапии на 3 день наблюдалось снижение этого показателя до 0,44±0,09 (P<0,01), а на 7-10 сутки - до 0,14±0,08 (P<0,001), что было недостоверно по сравнению с 1-й группой (P>0,05).

АДФ-индуцированная агрегация у больных 2-й группы 22,10±4,16 (отн. ед) в день поступления составила 88,35±4,87 отн. ед.(p<0,001), на 3 день лечения снизилась до 48,51±4,06 (P<0,001), но оставалась достоверно выше, чем в контрольной группе(P<0,001). На 7-10 сутки отмечалось достоверное снижение этого показателя до 28,82±3,33 отн. ед. Скорость АДФ-индуцированной агрегации в контрольной группе составила 19,30±3,85, в исходном состоянии у больных отмечалось достоверное повышение ее до 56,52±4,62 (P<0,001), а - на 3 день она снизилась до 28,90±3,97, на 7-10 сутки до 16,09±2,64 отн. ед. и была недостоверно выше, чем в контроле (P>0,05).

При изучении коагулографических параметров установлено, что ВСК в исходном состоянии составило 3,27±0,32 мин., на 3-день лечения увеличелось до 4,92±0,45 (P<0,01), на 7-10 сутки -до 5,82±0,93, разница по сравнению с 1-й группой достоверна.

Таким образом, у больных с ОКС без подъема сегмента ST наблюдается значительное увеличение как спонтанной, так и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов. Применение тирофибана при комплексном лечении сопровождается значительным уменьшением агрегационной активности тромбоцитов (как спонтанной, так и АДФ-индуцированной), что позволяет рекомендовать этот препарат больным с ОКС без подъема сегмента ST.

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКДИСТЕНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Мухамедова Б.Ф., Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Комилова Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования: оценить влияние дополнительного включения растительного антиоксиданта экдистена в программу лечения больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) на уровень С-реактивного протеина плазмы (СРП) и выявить связь изменений с мембраностабюилизирующими свойствами препарата.

В исследование включен 101 больной с ОИМ на фоне ХОБЛ (мужчин - 87,86%, средний возраст 56,0±9,8 года), поступивших в отделение кардиореанимации Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Больные случайным образом были разделены на 2 группы: больные контрольной группы получали традиционное лечение, включающее антикоагулянты, антиагреганты, иАПФ,

бета-адреноблокаторы, статины; больные опытной группы дополнительно к традиционной терапии получали биофлавоноид, обладающий антиоксидантными свойствами, экдистен, разработанный в НИИ растительных веществ Ан РУз. Всем больным проводилось исследование состава мембран эритроцитов с определением содержания общих фосфолипидов (ОФ), холестерина (ХС) и его эфиров (ЭХС), свободных жирных кислот (СЖК), три- (ТГ) и диглицеридов (ДГ). Противовоспалительная эффективность терапии оценивалась по концентрации СРП плазмы крови. Изучалась динамика показателей за 7 дней терапии. Статистическая обработка включала расчет динамики показателей за период наблюдения в группах терапии и межгрупповое сравнение. Результаты исследования представлены в виде среднего значения ё стандартное ошибка).

Нами установлено, что исходно у больных с ОИМ на фоне ХОБЛ наблюдалось смешение липидного спектра мембран эритроцитов в сторону ХС , ЭХС, ДГ и ТГ, СЖК на фоне снижения содержания ОФ. В процессе терапии в больных обеих групп в мембранах эритроцитов наблюдалось достоверное снижение содержания ХС, ЭХС, ДГ и ТГ, СЖК с увеличением содержания ОФ. При этом содержание СЖК и ДГ было достоверно выше у больных опытной группы (34,49±11,47% против 17,58±14,55%, P<0,001 для СЖК и -42,50±15,19% против -31,70±37,32%, P<0,05 для ДГ), в то время как динамика содержания остальных липидных фракций была сопоставимой. В процессе терапии в обеих группах отмечалось достоверное снижение исходно повышенного СРП плазмы крови с достоверно большим эффектом в группе с дополнительным включением в программу терапии экдистена (-71,63±8,55% против 50,03±7,78%, P<0,001). Корреляционный анализ динамики параметров липидной структуры биомембран эритроцитов с динамикой СРП не выявил достоверных взаимосвязей.

Таким образом, противовоспалительный эффект традиционной терапии ОИМ на фоне ХОБЛ можно достоверно увеличить путем включения в схему терапии биофлавоноида экдистена. На фоне дополнительного применения экдистена наблюдается более выраженная положительная динамика липидного спектра биомембран. При этом противовоспалительная эффективность не коррелирует с изменением липидов мембран.

АГРЕГАЦИОНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ И ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, РАЗВИВШИМСЯ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Мухамедова Б.Ф., Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Махаматова Ш.И.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Увеличение агрегационных свойств клеток крови является одним из патогенетических звеньев развития интракоронарного тромбоза, лежащего в основе дестабилизации течения ишемической болезни сердца (ИБС). Причиной увеличения агрегационной активности тромбоцитов и эритроцитов является изменение физико-химического состава клеточных биомембран вследствие активации процессов пероксидации липидов. Активация перекисного окисления липидов (ПОЛ) наблюдается при накоплении активных радикалов в результате воспалительных изменений или при воздействии других патологических факторов, в частности гипоксии.

Целью работы было изучение агрегационной активности тромбоцитов и эритроцитов у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ), развившимся на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), и установление роли гипоксии в патогенезе коронарного тромбоза.

В исследование включен 101 больной, поступивший в отделение неотложной кардиологии с диагнозом ОИМ. У 81 больного ОИМ развился на фоне ХОБЛ, диагноз которой был подтвержден спирографией. У 20 больных был ОИМ без фоновой патологии. В качестве контроля обследованы 20 здоровых добровольцев сопоставимых возраста и ростовесовых характеристик. Всем лицам, включенным в исследование (больным с ОИМ - при поступлении в клинику), проводилось исследование агрегационной активности тромбоцитов и эритроцитов периферической крови. Тромбоцитарная активность исследовалась по методу Борна, основанному на измерении коэффициента светопропускания крови. Агрегация эритроцитов – по балльной системе при микроскопировании агрегатов. Данные исследования представлены в виде средней арифметической величины ± стандартная ошибка. Достоверность различий между группами рассчитывалась с использованием непарного критерия достоверности Стьюдента.

Как и ожидалось, все параметры агрегации тромбоцитов и балльная оценка агрегационной активности эритроцитов в группе больных с ОИМ достоверно превышали контроль (достоверность различия всех показателей индуцированной агрегации тромбоцитов у здоровых лиц P<0,001 с больными ОИМ и ОИМ+ХОБЛ). Межгрупповое сравнение агрегационной активности тромбоцитов выявило в группе больных с ОИМ+ХОБЛ достоверное увеличение скорости агрегации (31,13±0,52 против 24,94±2,84, P<0,05) и укорочение времени наступления максимальной агрегации (35,33+/-1,56 против 49,05+/-5,36, p<0,05) при применении минимально эффективной концентрации индуктора (0,1 нормальный раствор АДФ) по сравнению с больными с ОИМ без фоновой патологии. Также достоверно чаще в группе больных с ОИМ+ХОБЛ в тесте с 0,1 н АДФ наблюдалась вторая волна агрегации (57% против 30% в группе ОИМ без фоновой патологии, P<0,05). При добавлении оптимальной концентрации индуктора (0,5 нормальный раствор АДФ) в группе с ОИМ+ХОБЛ наблюдалось достоверное увеличение максимальной амплитуды (38,36±0,46 против 30,17±3,45, P<0,05) и укорочение времени достижения пика (53,74±1,80 против 80,35±6,89, P<0,001) как первой, так и второй волны (21,42±0,29 против 16,24±1,74, P<0,05 и 65,99±2,13 против 104,95±4,44, P<0,001 соответственно) агрегации по сравнению с больными с ОИМ без фоновой патологии и здоровых лиц. Агрегационная активность эритроцитов в группе больных ОИМ+ХОБЛ (18,43±0,23) также оказалась достоверно выше, чем в группе с ОИМ (16,75±0,22, P<0,05 с группой ОИМ+ХОБЛ).

Настоящее исследование продемонстрировало значительное увеличение агрегационной активности клеток крови у больных с ОИМ, развившемся на фоне ХОБЛ, по сравнению с больными с ОИМ без фоновой патологии бронхолегочной системы.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мухамедова Х.Т., Алибекова М.Б., Нуралиева Г.С., Носиченко Л.Е., Мусаева К.Б.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Постоянная смена микробного пейзажа, рост частоты выделения при внебольничной пневмонии, наряду с другими бактериями, микоплазм, динамические изменения реактивности и иммунного ответа у детей диктуют необходимым изучение микробных этиологических факторов и иммунологических аспектов патогенеза внебольничной пневмонии.

Цель исследования: анализ иммунологических особенностей при микоплазменной пневмонии у детей раннего возраста.

С января 2009 г. по февраль 2009 г. среди детей раннего возраста с пневмониями проведен анализ на наличие Mycoplasma pneumoniae. Обследованы 86 детей. Антитела к Mycoplasma pneumoniae выявлены иммуноферментным методом у 21 ребенка. Девочек было 11, мальчиков – 10, в возрасте от 5 месяцев до 3 лет. Состояние было среднетяжелым у 21%, тяжелым – у 79%. Уровень антител был увеличен более чем в 4 раза.

Наряду с общеклиническим обследованием проводились рентгенологические, иммунологические (клеточные, гуморальные и цитокины), а также иммуноферментный метод исследования антител к Mycoplasma pneumoniae и индикация ДНК M.pneumoniae в мокроте методом ПЦР.

Микоплазменные пневмонии у детей раннего возраста характеризовались более выраженной интоксикацией, сопровождающейся гипертермией (в течение 5-6 дней). В 56% случаев был выражен бронхообструктивный синдром, клинически пневмония у детей этой группы характеризовались выраженными проявлениями интоксикации, локальным очагом поражения. В периферической крови выявлены лейкоцитоз и ускорение СОЭ. Рентгенологически у 66% больных отмечалась инфильтрация легочной ткани, у 34% определялась деформация и нечеткость легочного рисунка, усиление сосудистого компонента и интерстициальные изменения.

При исследовании количественных показателей иммунного статуса у пациентов обнаружено более выраженное повышение количества лейкоцитов (на 61%), снижение относительного и абсолютного числа общих и Т-лимфоцитов (соответственно на 31 и 49%). Содержание иммунорегуляторных субпопуляций CD4+ и CD8+ клеток составило 76 и 74,5%. Фагоцитарная активность нейтрофилов, показателя естественных факторов защиты, была снижена в два раза. Наблюдалось значительное возрастание миграционной активности лейкоцитов (СМЛ ПК) на 34,6%. Итак, при низкой функциональной активности нейтрофилов в острой фазе воспаления возрастает их миграционная активность.

В сыворотке крови в первые сутки при поступлении в стационар имело место резко выраженное повышение уровня провоспалительных цитокинов TNFa и IL-1в, снижение содержания противовоспалительного IL-4.

Выводы. Микоплазменная инфекция обнаружена у 18% больных детей с внебольничными пневмониями, обследованных на наличие Mycoplasma pneumoniae. При микоплазменной пневмонии у детей раннего возраста в результате появления в сосудистом русле антигенов, вызывающих активацию составляющих иммунитет макрофагов, моноцитов, воспалительная реакция характеризуется выделением большого количества провоспалительных и подавлением противовоспалительных цитокинов. Уровень спонтанных цитокинов TNFa, IL-1 и IL-4 и их соотношений IL-1/IL-4 и TNFa/IL-4 являются информативными показателями при выборе дальнейшей более эффективной тактики лечения.

ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Мухамедова Х.Т., Ходжаева М.Х., Мирзаева Н.Р., Мирзаева А.Д.,
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проблема госпитальных инфекций привлекает особое внимание, так как занимает ведущее место в структуре детской заболеваемости и смертности.

Учитывая тесную функциональную и морфологическую взаимосвязь аппарата дыхания с системой кровообращения, представление о патогенезе бронхолегочных заболеваний не может считаться полным без характеристики состояния сердечно-сосудистой системы при различных формах респираторной патологии.

Недостаточность кровообращения является грозным осложнением ряда острых заболеваний, характеризует несостоятельность сердца в поддержании сердечного выброса, соответствующего возросшим потребностям организма. Известно, что раннее выявление и коррекция нарушений функций сердца позволяет предотвратить развитие острой сердечной декомпенсации , неизбежной при тяжелой острой дыхательной недостаточности, тем самым уменьшая финансовые затраты, сроки пребывания в стационаре, инвалидизацию, летальность больных детского возраста.

Целью исследования явилось изучение ранней диагностики функциональных нарушений сердца у детей с госпитальной пневмонией (ГП), обусловленных волемическим фактором.

Нами проанализированы результаты лечения 60 детей с госпитальной пневмонией в возрасте от 1 месяца до 2 лет, находившихся в отделении реанимации (ОАРИТ) и в отделении раннего возраста РНЦЭМП в 2009 г.

Всем проведено исследование методом эхокардиографии аппаратом Hitachi. Всем больным проводилась традиционная интенсивная терапия с использованием различных способов респираторной поддержки. Мониторирование включало регистрацию артериального давления систолического (АД сист.), диастолического (АД диаст.), центрального венозного давления (ЦВД), частоту сердечных сокращений (ЧСС) в минуту, показатель сатурации кислорода (SpO2), термометрию, частоту дыхания (ЧД) в минуту. Регистрировали объем парентерального и энтерального объема регидратации, выделительную активность почек.

В процессе изучения результатов обследования нами выявлены изменения эхокардиографических параметров системы кровообращения, обусловленные работой компенсаторных механизмов сердечной деятельности. Так, у всех обследуемых детей наблюдалась прямая достоверная зависи-

мость конечного систолического объема (КСО), ударного объема (УО) левого желудочка от конечного диастолического обьема (КДО) левого желудочка, которые свидетельствовали о тесной функциональной связи между сердечным выбросом и КДО крови в левом желудочке, что соответствует механизму Франка-Старлинга, физиологической компенсаторной реакции миокарда. Выявленные корреляции наблюдались у всех обследованных.

Выводы. Дифференцированная оценка эхокардиографических параметров левого и правого отделов сердца позволяет выявить существенные отклонения функциональной активности миокарда в клинически компенсированной стадии кровообращения, что диктует необходимость проведения с целью профилактики острой сердечной недостаточности при выраженной сердечной гипердинамии, обусловленной ГП, комплексной интенсивной терапии с дополнительным энергетическим возмещением функциональных затрат системы кровообращения.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мухамедова Х.Т., Баходирова А.Н., Алибекова М.Б., Мансурова Ф.З., Исмагилова Г.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В последние годы в развитии бронхолёгочных заболеваний у детей возрастает роль "атипичных" пневмотропных возбудителей, таких как Mycoplasma pneumonia (МП). Диагностика микоплазменной инфекции из-за сложностей культивирования возбудителя микоплазмоза долгое время была возможна только в условиях специализированных лабораторий. Разработка и использование принципиально новых современных и высокочувствительных методов детекции, таких как полимеразная цепная реакция (ПЦР), иммуноферментный анализ (ИФА) способствовали прогрессу в изучении этой проблемы.

Несмотря на то, что в настоящее время роль МП в генезе внебольничной пневмонии не ясна, все-таки нельзя не учитывать факта высокой инфицированности организма детей этим возбудителем.

Цель исследования: алгоритм диагностики микоплазменной пневмонии у детей раннего возраста.

С января 2009 г. по февраль 2009 г. у 86 детей раннего возраста с пневмониями проведен анализ на наличие Mycoplasma pneumoniae. Иммуноферментным методом антитела к Mycoplasma pneumoniae выявляли у 21 ребенка. Уровень антител был повышен более чем в 4 раза.

Наряду с общеклиническим обследованием проводились рентгенологические, иммунологические исследования (изучение клеточного, гуморальные звена и уровня цитокинов), иммуноферментный анализ антител к Mycoplasma pneumoniae и индикация ДНК M.pneumoniae в мокроте методом ПЦР.

Микоплазменные пневмонии у детей раннего возраста характеризовались более выраженной интоксикацией, сопровождающейся гипертермией (в течение 5-6 дней). Воспалительный процесс имел правостороннюю локализацию у 50%, двустороннюю - у 41%, левостороннюю - у 9% пациентов. В периферической крови выявлены лимфоцитоз и ускорение СОЭ. Рентгенологически у 66% больных отмечалась инфильтрация легочной ткани, у 34% определялась деформация и нечеткость легочного рисунка, усиление сосудистого компонента и интерстициальные изменения.

В гемограмме у больных изменения периферического звена эритрона не выявлены, отмечался умеренный лейкоцитоз, но при этом имелись признаки эозинофилии (9,0±3,2%), моноцитоза (от 6 до 15%), достоверное повышение СОЭ (22,6±11,4 мм/ч).

Таким образом, алгоритм постановки диагноза микоплазменной пневмонии состоит из следующих позиций:

1) выделение ДНК M.pneumoniae в мокроте методом ПЦР;

2) обнаружение в одной сыворотке специфических IgM или одновременно IgM и IgG, в парных сыворотках сероконверсии или четырёхкратного прироста титра IgG;

3) наличие соответствующей клинической симптоматики - острое начало с выраженной интоксикацией, сопровождающейся гипертермией, гиперемия зева, неэффективность терапии антибиотиками группы пенициллина; дальнейшее течение пневмонии на фоне длительного изнуряющего кашля, умеренный лейкоцитоз с лимфоцитозом, ускоренной СОЭ, деформация и нечеткость легочного рисунка, усиление сосудистого компонента и интерстициальные изменения.

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Насимов С.Т., Махкамов К.Э., Тухтабеков З.Л.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Применение современных методов нейровизуализации и расширением показаний к их проведению позволяют проводить раннюю прижизненную диагностику внутричерепных кровоизлияний у новорожденных и детей раннего возраста. Такие патологические состояния, как нарушения функции легких и сердца, тяжелые анемии, септические состояния, надпочечниковая и печеночная недостаточность, ДВС-синдром, приводящие к артериальной гипотензии, способствуют ухудшению кровотока в центральной нервной системе с последующим развитием внутричерепных гематом.

Цель исследования: изучить диагностические особенности и выявить предрасполагающие факторы, приводящие к возникновению нетравматических внутричерепных кровоизлияний у детей.

В 2005-2009 гг. обследованы 28 детей раннего возраста с различной соматической патологией, приведшей к ДВС-синдрому и осложнившейся нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями (НВЧК), находившихся на лечении в отделении нейрохирургии детского возраста РНЦЭМП. Возраст детей варьировал от периода новорожденности до 3 лет. Мальчиков было 16, девочек - 12. Детей первого месяца жизни 1-го мес жизни - 8, до 6 мес. - 8, от 6 мес. до 1 года - 9, от 1 года до 3 лет - 3. 19 (67,9%) больных были переведены из соматических отделений нашего центра, остальные 9 (32,125%) поступили из других стационаров после консультации нейрохирурга.

Комплекс диагностических мероприятий, помимо общеклинических исследований, включал применение лучевых методов, таких как нейросонография (НСГ) и компьютерная томография (КТ), а также люмбальной пункции при отсутствии противопоказаний.

Первым этапом обследования детей до 1 года была НСГ, обязательным условием для проведения которой являлось наличие акустического окна - открытого большого родничка. С целью уточнения диагноза после НСГ и получения клинических данных о возможном кровоизлиянии всем детям проводилась КТ. По клиническим показаниям 9 больным второго и третьего года жизни томографию осуществляли без предварительного проведения НСГ. У 6 больных на предварительной НСГ и срезах КТ-признаков внутричерепных кровоизлияний не обнаружено, диагноз субарахноидального кровоизлияния был верифицирован посредством люмбальной пункции.

Ведущей причиной НВЧК у всех больных явилась гипокоагуляция с последующим развитием ДВС-синдрома. Ретроспективное изучение патологии, приведшей к НВЧК, натолкнуло на мысль, что у этих пациентов должен существовать преморбидный фон.

При обследовании данных детей на наличие возбудителей внутриутробной инфекции у 15 (53,5%) детей выявлено цитомегаловирусное инфицированее, превышавшие 1 S/CO. Положительные результаты анализов на токсоплазмоз обнаружены у 5 (17,9%) больных. Инфицирование герпесом отмечалось в 3 (10,7%) обследованных. Последующие обследования матерей на TORCH-инфекцию подтвердили наши предположения о наличии инфицирования детей антенатально или в процессе родов.

У остальных 5 (17,9%) больным в возрасте до 1 мес была установлена функциональная незрелость печени с развитием коагулопатии, которая явилась причиной развития ДВС-синдрома с последующим возникновением внутричерепного кровоизлияния.

Таким образом, в подавляющем большинстве случаев основным фактором риска возникновения у детей младшего возраста нетравматических внутричерепных кровоизлияний является внутриутробное или интранатальное инфицирование TORCH-инфекции. Воздействие вирусно-бактериальных факторов вызывает недоразвитие структурных компонентов и органов в целом, снижение органометрических параметров, несостоятельность адаптивных и компенсаторных процессов.

Выводы. 1 Высокая вероятность инфицирования новорожденных TORCH-инфекцией требует управляющего воздействия на факторы риска, в том числе профилактику и лечение акушерско-гинекологической и экстрагенитальной патологии у беременных группы риска. 2 Внедрение надежной системы прогнозирования, начиная с внутриутробного периода развития ребенка, способствует оптимизации профилактики формирующейся патологии. 3 Дети группы риска с соматической патологией подлежат контролю свертывающей системы крови и проведению мероприятий по профилактике реализации риска.

ПРОВЕДЕНИЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ С ЦЕЛЬЮ СОХРАНЕНИЯ ЖЕЛАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Ниязматова Г.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Изучение целесообразности, эффективности, безопасности проведения консервативной миомэктомии с целью сохранения желанной беременности является одной из главных задач современной медицины. Возможность сохранения детородного органа у больных миомой матки вне беременности основана на многих превходящих факторах, которые формируют определённую модель патологии. Если вне беременности лечение миомы матки имеет достаточно четкие протокольные очертания, то при сочетании миомы матки и беременности многие вопросы вызывают споры. Со временем актуальность этой проблемы возрастает в связи с омоложением заболевания и возрастанием числа больных с очень желанной беременностью.

Цель исследования – снижение частоты перинатальных потерь и органоуносящих операций среди молодых беременных с осложненными формами миомы матки.

В 2001-2007 гг. под нашим наблюдением находились 779 больных с миомой матки, из них 86 (11,0%) беременных в сроке 4-32 недели. Особый интерес представляли 28 (3,6%) беременных в сроках гестации от 6 до 26 недель. Основным критерием формирования этой выборки служила желанная беременность. У 18 женщин беременность наступила после длительного лечения первичного бесплодия. О наличии миомы матки до беременности знали 22 женщины, у остальных она впервые была выявлена во время настоящей беременности. Возраст беременных от 24 до 32 лет, средний возраст – 26,7±2,1 года. Все женщины состояли на учете в женской консультации, не имели тяжелой экстагенитальной патологии. Первородящих, включая повторнобеременных, была 21, повторнородящих-7, многорожавших не было. Все 28 пациенток поступили с наличием интрамуральных и интрамурально-субсерозных миоматозных узлов, величина которых варьировала от 4,0 см до 18,0 см в диаметре, а число - от 1 до 4х. Беременные с субсерозными миомами, с мелкоузловым диффузным поражением миометрия, а также с необратимыми формами прерывания беременности в разработку не включались.

Важнейшими критериями целесообразности проведения консервативной миомэктомии в период гестации являются сохраненные беременности, частота и тяжесть интра- и послеоперационных осложнений. Показанием к консервативной миомэктомии служили угроза прерывания беременности, нарушение питания миоматозных узлов и быстрый рост миомы. В результате проведенного оперативного лечения сохранить беременность до доношенного срока удалось у 24 из 28 женщин, а у 4 (14,3%) пациенток (2 с нарушением питания миомы и 2 с симптомом быстрого роста) она прервалась самопроизвольно через 12-22 дня после проведения консервативной миомэктомии в сроках 11-25 недель.

Существует группа женщин, у которых традиционное консервативное лечение по пролонгированию желанной беременности малоэффективно. Проведенные исследования показали, что хирургическое вмешательство (консервативная миомэктомия) у беременных с миомой матки - последний резерв сохранения желанной беременности.

ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ПИТУИТАРНОЙ АПОПЛЕКСИИ У БОЛЬНЫХ С АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА

Поуэлл М., Махкамов К.Э., Азизов М.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Аденомы гипофиза (АГ) составляют 9,5-19,4% от всех интракраниальных опухолей и чаще встречаются в трудоспособном возрасте. Одной из причин, затрудняющих диагностику, ухудшающих качество жизни больных АГ и приводящих к летальным исходам, является синдром питуитарной апоплексии (ПА). Он может наблюдаться до и после операции, спонтанно и после провоцирующих факторов. Кровоизлияние в АГ встречается в 5,4 раза чаще, чем в другие интракраниальные опухоли

Для улучшения ранней диагностики, а также в целях возможного избежания рецидивов ПА следует учитывать, что иногда развитие ПА происходит под воздействием "провоцирующих" факторов. В отделении нейрохирургии в период 2006 по 2009г находились на стационарном лечении 157 больных с аденомой гипофиза, которым удаление опухоли произведены транссфеноидальным доступом. Анализ всех оперированных больных выявил 53 случая аденом гипофиза осложненных ПА. При этом связь между повреждающим воздействием провоцирующего фактора и развитием ПА была выявлена в 25 случаях, что составляет 47%. Провоцирующими факторами являлись: черепно-мозговая травма 4(16%),прием агонистов дофамина 13(52%),беременность 1(4%), роды 2(8%), лучевая терапия 2(8%), каротидная ангиография 1(4%), прием антикоагулянтов 3(12%). Большинство выявленных провоцирующих факторов не отличалось от опубликованных ранее в литературе, но анализ впервые выявил роль черепно-мозговой травмы при ПА.

Таким образом, АГ подвержены к развитию интратуморального кровоизлияния, при этом неблагоприятные факторы внешней среды увеличивают риск данного осложнения.

ВЛИЯНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ НА ГАЗОВОЙ СОСТАВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Сабиров Д.М., Набиев А.А., Койиров А.К., Шохасанов У.Х.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования: изучить влияние неинвазивной вентиляции легких (НВЛ) в режиме CPAP при осуществлении комплексной респираторной терапии у больных с острым инфарктом миокарда, осложненным острой сердечной недостаточностью (ОСН).

Исследования проводились у 30 пациентов с острым инфарктом миокарда в возрасте от 45 до 75 лет (средний возраст 60,0+2,1 года). Все пациенты соответствовали клиническим и гемодинамическим критериям ОСН на основании классификации Killip (1967) Клиническими проявлениями ОСН были одышка, положение ортопноэ, разлитой диффузный цианоз и акроцианоз, протодиастолический ритм галопа, акцент II тона над легочной артерией, двусторонние влажные разнокалиберные хрипы более чем над 50% легких, что соответствовало классу Killip III.

По данным анализа газового состава артериальной крови у пациентов наблюдалась выраженная гипоксия, гиперкапния, респираторный ацидоз и снижение сатурации крови.

Неинвазивная вентиляция легких осуществлялась с помощью лицевой маски аппаратом Эвита+2 фирмы Draeger в режиме CPAP. Уровень давления подбирался индивидуально под контролем клинического состояния и кислородного статуса больного, фракция вдыхаемого кислорода ($Fi0_2$) составляла 40%.

Контроль газового состава крови осуществляли при помощи газоанализатора Medical Easy Blood Gas (США). Кровь из лучевой артерии забирали в соответствии со всеми правилами определения.

Исследование проводилось в 3 этапа: 1 – исходный, 2 – через 60 минут, 3 – через 180 минут.

В исходном состоянии оксигенация находилась на низком уровне: pO_2 -54,20±2,24 мм рт.ст; Sat O_2 - 83,83±3,13% на фоне гипоксии. pCO_2 составил - 58,09±2,59 мм рт.ст., pH крови -7,26±0,02, A-aDO_2-145,8±4,99 мм рт.ст., Ri 1,28±0,05 ед., PaO_2/FiO2 -135,50±4,11 мм рт.ст.

Исследование газов и КОС крови, через 60 минут после начала лечения показало, что pO2 увеличилось до 70,74±3,13 мм рт.ст., т.е. на 30,5%. На этом этапе отмечается также увеличение Sat O_2 до 90,46±2,97, или на 7,9%. pCO_2 составил 49,65±2,47 мм рт.ст., снизившись на 14,5%. pH крови составил 7,33 ± 0,04, т.е. изменился не достоверно. A-aDO_2- снизился до 129,26±4,67 мм рт.ст., или на 11,3% Наблюдалось также снижение Ri с 1,28±0,05 до 0,98±0,03 ед. (P<0,05). Индекс окс игенации (PaO_2/FiO_2) увеличился до 176,86±5,82 мм рт.ст., или на 30,5% к исходному состоянию.

Через 180 минут отмечалось увеличение pO_2 до 82,47±2,94 мм рт.ст., или на 52,2% от исходного, сатурация крови Sat O_2 до 95,37±2,38, или 13,8 % (контроле на 6,6%). pCO_2 снизился до 45,27±2,28 мм рт.ст.,т.е. на 22,1% (в контроле на 7,4%). pH крови составил 7,39±0,02, т.е. по сравнению с исходным состоянием изменился достоверно (P<0,05). A-aDO_2- снизился до 118,6±4,71 мм рт.ст., или на 18,7% (в контроле до 13,3%). Имело место также снижение Ri до 0,91±0,02 ед. (P<0,01). Индекс оксигенации (PaO_2/FiO_2) увеличился до 189,54±6,71, или на 39,8%.

Таким образом, комплексная терапия у пациентов с ОСН, включающая неинвазивную респираторную поддержку в режиме CPAP, достоверно улучшает газовый состав артериальной крови, увеличивает индексы оксигенации и доставки кислорода тканям, уменьшает венозное "примешивание" крови и является эффективным методом коррекции нарушений газообмена.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ У БОЛЬНИХ С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Сабиров Д.М., Набиев А.А., Койиров А.К., Шохасанов У.Х., Хусенов М.Х.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Бухарский филиал РНЦЭМП

В нашей республике успешно реализуется очередной этап реформирования здравоохранения (Указ Президента Республики Узбекистан № 1114 от 21 мая 2009 г.). усовершенствуется система скорой неотложной медицинской помощи. Продолжается оснащение учреждений скорой неотложной медицинской помощи современным диагностическим и лечебным оборудованием, вместе с тем отмечается тенденция к улучшению службы скорой медицинской помощи (СМП). Удовлетворительная оснащенность этой службы позволяет оказывать специализированную помощь на догоспитальном этапе.

Дыхательная недостаточность (ДН) - одна из частых состояний на догоспитальном этапе, которое требует немедленной респираторной поддержки. Сегодня все подстанции СМП нашей республики располагают реанимобилями, оснащенными аппаратами искусственной вентиляции легких (ИВЛ), которые имеют принудительный и вспомогательный режим вентиляции. Но врачи СМП не очень информированы о новых режимах вспомогательной вентиляции, таких как неинвазивная вентиляция (НВЛ). Не созданы критерий проведения НВЛ у больных с дыхательной недостаточностью на догоспитальном этапе, в связи с чем, основываясь на современных данных, рекомендуем тактику проведения НВЛ при ДН.

Неинвазивная вентиляция легких не требует интубации трахеи или наложения трахеостомии, она используется у больных, у которых нет абсолютных показаний к ИВЛ. В последние годы метод НВЛ находит все более широкое применение для коррекции различных видов острой ДН. Основой метода является использование положительного давления в верхних дыхательных путях с целью улучшения альвеолярной вентиляции, что нередко позволяет избежать проведения традиционных методов ИВЛ. Необходимыми компонентами проведения НВЛ служат респираторы, имеющие режим НВЛ, и специальные лицевые или носовые маски. Важно подчеркнуть, что НВЛ всегда проводится при сохраненном самостоятельном дыхании и сознании больного. Использование НВЛ более комфортно для больного, чем ИВЛ не требует проведения медикаментозной седации, снижает риск инфекционных осложнений, связанных с интубацией. Метод НВЛ сохраняет пациенту возможность общения, активного откашливания мокроты. НВЛ с постоянным положительным давлением в дыхательных путях повышает внутригрудное давление, увеличивает функциональную емкость, уменьшает артериовенозное шунтирование, улучшает артериальную оксигенацию и показатели механики дыхания.

Обычно использую два режима НВЛ: режим постоянного положительного давления в дыхательных путях (Continuous Positive Airway Pressure - CPAP) и режим с двумя уровнями положительного давления в дыхательных путях (Bi-level Positive Airway Pressure - BiPAP).

Существует несколько абсолютных противопоказаний к использованию НВЛ. Это остановка кровообращения и дыхания, гемодинамическая нестабильность, апноэ или необходимость экстренной интубации и защиты дыхательных путей, ожог лица, черепно-мозговая травма или травма лицевого скелета, неконтролируемая рвота, желудочно-кишечное кровотечение, а также неспособность обеспечить проходимость дыхательных путей.

Ррешение начать неинвазивную вентиляцию у пациентов с ДН опирается на клиническую картину (диспноэ, тахипноэ, использование вспомогательных дыхательных мышц, парадоксальные абдоминальные движения), газовый состав артериальной крови и возможные противопоказания.

Маска должна прилегать комфортно и без чрезмерных утечек. Очень важен правильный подбор размера маски. Необходимо уделять внимание положению больного в процессе проведения неинвазивной вентиляции: рекомендуется приподнимать головной конец кровати на 45°. В процессе проведения неинвазивной вентиляции должен осуществляться мониторинг следующих клинических параметров: субъективный ответ пациента (диспноэ, комфорт, уровень сознания), объективный ответ пациента (частота дыхания, частота сердечных сокращений, использование вспомогательных дыхательных мышц) и возможные осложнения.

Использование НВЛ снижает риск прогрессирования острой дыхательной недостаточности и позволяют своевременно оказать специализированную скорую медицинскую помощь больным с дыхательной недостаточностью на догоспитальном этапе.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ БОЛЕВОМ АБДОМИНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ У ДЕВОЧЕК С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Абдусаматов Б.З., Тоджиметов Ф.А., Болтаев Ч.С.

Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста

Трудности диагностики болевого абдоминального синдрома у девочек, особенно пубертатного возраста, часто приводят к диагностическим ошибкам. Истинная причина абдоминального синдрома может заключаться в заболевании органов малого таза.

Девочки с болями в животе часто попадают к хирургам с подозрением на острый аппендицит. Точность и совершенствование диагностики болевого абдоминального синдрома и оперативного лечения обнаруженной патологии в последние годы напрямую связаны с УЗИ и малоинвазивной эндоскопической хирургией - лапароскопией.

Цель работы: улучшить диагностику при болевом абдоминальном синдроме у девочек препубертатного возраста с подозрением на острый аппендицит.

В 2007 - 2009 гг. под наблюдением в отделении неотложной хирургии РНПЦМ и ЭХДВ находились 212 девочек с болями в животе в возрасте от 12 до 15 лет, у которых в результате наблюдения и инструментальных методов исследования диагноз первичного острого аппендицита был исключен.

Для диагностики и лечения использовались клинико-лабораторные анализы крови, мочи, УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопия. КТ выполнено 8, МРТ - 2 детям.

Острая хирургическая патология брюшной полости была исключена у 117 девочек на основании динамического наблюдения, клинико-лабораторных анализов крови и сонографического контроля, (ультразвуковое заключение определило отсутствие воспалительных изменений в червеобразном отростке). У 85 больных диагноз острого аппендицита в

течение 4-6 часов наблюдения исключить не удалось, всем этим девочкам была проведена диагностическая лапароскопия, которую выполняли под внутривенным масочным наркозом с введением миорелаксантов и вентиляцией лёгких. Использовали оборудование и инструментарий фирмы Karl Ztorz (Германия). Для дифференциальной диагностики острого катарального аппендицита от неизмененного червеобразного отростка использовали прием А.Г.Кригера (2000).

Во всех случаях применялось ультразвуковое исследование органов малого таза, однако в сомнительных случаях и при сохраняющихся болях преимущество отдавалось диагностической лапароскопии. Сроки наблюдения до операции в среднем до 6 часов составили 70,5%, до 12 часов - у 24%, до 24 часов - у 4,5%. Таким образом, у большинства детей показание к диагностической лапароскопии было определено в первые 6 часов после поступления.

У 85 (38,4%) девочек выполнена лапароскопия, причем у 27 из них при УЗИ был установлен диагноз острого аппендицита.

По характеру патологии больные распределились следующим образом: у 6 (7,1%) больных лапароскопически была диагностирована фолликулярная киста яичника) (оперативное лечение не проводилось) у 21 (24,7%) овуляторный синдром, у 7 (%), апоплексия яичника, у 12 (14,1%) киста яичника, у 7 (8,2%) перекрут кисты яичника, у 9 (10,5%) перекрут придатков матки, у 16 (18,8%) сальпингит и криптогенный пельвиоперитонит.

Этим детям произведено 53 диагностических лапароскопии и 32 эндоскопических операции: удаление кисты яичника - у 12, у 8 из них с "попутной" аппендэктомией; удаление некротизированных придатков в результате перекрута - у 4, удаление гидатиды маточной трубы с аппендэктомией - у 4.

Послеоперационный период у всех детей протекал без осложнений. При необходимости проводилась превентивная антибактериальная терапия препаратами из группы цефалоспоринов II-III поколения.

Всем девочкам после выписки было рекомендовано комплексное восстановительное лечение в условиях детского гинекологического стационара с обязательным исследованием на хламидиоз, цитомегаловирусы и другие оппортунистические инфекции.

Таким образом, диагностическая лапароскопия является методом выбора в неясных случаях абдоминального синдрома у девочек, который позволяет достоверно оценить особенности топографии и состояние органов малого таза, а при выявлении гинекологической патологии выполнить одновременно хирургическую операцию.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Сатвалдиева Э.С., Мухитдинова Х.Н., Мустакимов А.А., Мирзаева Н.Р., Мирзаева А.Д.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствование врачей

Критические изменения гемодинамики, многогранность нарушений водного баланса, отсутствие конкретных рекомендаций по инфузионной терапии послужили основанием для изучения особенностей нарушений центральной гемодинамики и влияния инфузионной терапии в остром периоде тяжелой черепно мозговой травмы (ЧМТ)у детей в условиях острой церебральной недостаточности.

Цель: изучить и дать оценку состоянию гемодинамики при тяжелой черепно-мозговой травме (ТЧМТ) в остром периоде у детей. Выявить особенности изменений функции сердца методом эхокардиографии при искусственной вентиляции легких (ИВЛ), влияние коррекции нарушений водного баланса на функции левого и правого желудочков сердца.

Обследованы 26 детей с ТЧМТ в ОРИТ, из них 10 девочек и было мальчиков в возрасте 5 - 6 лет. Пациенты разделены на две группы: 1 - я группа - в процессе лечения (с первых часов послеоперационного периода) в связи с адекватностью (КОС в пределах нормы) дети оставались на спонтанном дыхании у (8-ушиб головного мозга в сочетании с переломом конечности, у 6 - перелом костей черепа, у 2 - перелом черепа+перелом конечности); 2-я группа у (2 - сочетанная ТЧМТ с повреждением органов брюшной полости, у 8 - ТЧМТ+ перелом конечности и тазовых костей) по показаниям (нестабильность гемодинамики, неадекватность дыхания, кома) выполнялась ИВЛ с поддержанием гемодинамики допамином 4-6 мкг/кг в минуту. Инфузионная терапия проводилась под контролем артерилального давления (АД), центрального венозного давления, выделительной функции почек. Необходимость аппаратной вентиляции легких определялась по общепринятым клиническим и лабораторным признакам: степень выраженности одышки, тахипноэ, цвет кожных покровов, декомпенсированный дыхательный, метаболический ацидоз, нестабильная гемодинамика, декомпенсированный респираторный, метаболический ацидоз, снижение показателя сатурации кислорода, выраженный дефицит объема циркулирующей крови. Исследования проводились в 1 - 4 сутки лечения в условиях ОРИТ. Неинвазивный мониторинг, проводимый в отделении реанимации, заключался в измерении сатурации крови кислородом, частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления систолического (АДс), диастолического (АДд), среднего (АДср), центрального венозного давления, объема инфузионной терапии, выделительной функции почек. Измеряли параметры центральной гемодинамики: ударный объем (УОЛЖ, УОПЖ), минутный объем кровообращения (МОКЛЖ, МОКПЖ), фракции выброса (ФВЛЖ, ФВПЖ) левого и правого желудочков ультразвуковым методом аппаратом фирмы hitachi.

При спонтанном дыхании ограничение объема инфузионной, медикаментозной стресс-лимитирующей терапии у пациентов с ЧМТ приводило к необходимости компенсации минутного объема крови увеличением ЧСС, централизацией кровообращения. Гипердинамический тип гемодинамики, являясь энергетически невыгодным, способствовал энергетической нестабильности, повышая риск гипоксии миокарда.

Сочетанная ТЧМТ с повреждением внутренних органов, конечностей повышает риск развития полиорганной недостаточности в связи с недостаточной эффективностью стресс-лимитирующей терапии. Необходимость профилактики последствий централизации кровообращения, артериальной гипертензии при сочетанной ТЧМТ у детей требуют более критической оценки состояния гомеостаза и адекватности спонтанного дыхания при определении показаний к ИВЛ. При нестабильной гемодинамике, вызванной ТЧМТ, сочетанной с повреждением внутренних органов, конечностей, ИВЛ в сочетании с адекватной инфузионной терапией с введением вазопрессора допамина является не только методом длительного поддержания функции жизненно важных систем в условиях критических нарушений параметров гомеостаза, но и расширяет возможности интенсивной коррекции нарушений, позволяет повысить эффективность противоотечной терапии, дезинтоксикации, существенно снижает риск развития острой сердечной недостаточности у детей.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРАМЕТРОВ ЭХОКАРДИОГРАФИИ СЕРДЦА

Сеитвелиева С.Т., Латипова Н.С., Джамалдинова Р.К

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Целью исследования явилось изучение изменений показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) при холтеровском мониторировании (ХМ) ЭКГ в течение суток у больных с острым коронарным синдромом (ОКС), в дальнейшем трансформировавшимся в острый инфаркт миокарда (ОИМ) с зубцом или без зубца Q, в зависимости от параметров эхогеометрии сердца.

В исследование включены 40 мужчин в возрасте от 35 до 60 лет, (49,2±2,5 года), поступивших в отделение кардиологической реанимации или блок интенсивной терапии кардиологического отделения с диагнозом ОКС с дальнейшей трансформацией в ОИМ с зубцом (20 б-х) или без зубца Q (20 б-х). Контрольную группу составили 35 практически здоровых мужчин в возрасте от 30 до 50 лет, (47,9±2,5 года). В течение суток обследуемым проводился мониторинг ВСР с помощью холтеровской системы мониторинга ЭКГ (Shiller, Германия). Диагноз устанавливали на основании характерной клиники заболевания, данных ЭКГ, определении биомаркеров некроза - тропонина I, КФК-МВ, ЭхоКГ (определение зон гипокинеза). Изучались временные показатели ВРС: SDNN, ms -стандартное отклонение интервалов RR интервалов, rMSSD, ms-среднеквадратичное различие между продолжительностью соседних синусовых интервалов RR, SDANN, ms-стандартное отклонение средних RR, вычесленных за короткие (5-ти минутные) интервалы, SDNN ind, ms-средняя 5-ти минутных стандартных отклонений RR интервалов, pNN50 (%) - процентная представленность эпизодов различия последовательных интервалов RR более чем на 50 мс. При поступлении в стационар больные получали стандартную терапию: при ОКС без подъема сегмента ST - антиагреганты (аспирин), антикоагулянты (гепарин), бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты, препараты калия; при ОКС с подъемом ST, помимо стандарта терапии, тромболитическую терапию стрептокиназой (1 500 000 ед. в/в кап.). Внутрисердечную гемодинамику и состояние диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) оценивали по данным Эхо-КГ и допплер-ЭхоКГ, выполненным на аппарате Clіller (Германия) в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации эхокардиографии.

Сравнение полученных результатов позволяет констатировать, что все временные показатели ВСР у пациентов с ОИМ были достоверно ниже, чем у лиц контрольной группы (при ОИМ наблюдается патологически сниженная ВСР), что свидетельствует о повышении тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы и достоверном уменьшении вагусных влияний на сердечный ритм. Показатели ВРС у больных зависели от вида ОИМ. Так у больных с трансмуральным ОИМ показатели ВРС были низже, чем у больных с нетрансмуральным ОИМ. В экспериментальных и клинических исследованиях показана важная роль вегетативной нервной системы в развитии сердечных аритмий. Уменьшение ВСР является следствием нарушения баланса симпатической и парасимпатической регуляции сердечной деятельности с преобладанием симпатических влияний на сердце, что усиливает электрическую нестабильность миокарда, создавал условия для возникновения желудочковых аритмий. Установлено, что снижение ВСР у больных с ОИМ связано с повышением риска возникновения устойчивой желудочковой тахикардии и внезапной сердечной смерти (все).

Риск возникновения ВСС, по данным литературы, увеличивается также у больных с изменениями геометрии сердца (дилатация, гипертрофия сердца) при какой-либо патологии сердца (чаще органической). Корреляционный анализ, проведенный между показателями ВСР и эхогеометрии сердца, показал, что имеется отрицательная взаиомозависимость между ИММЛЖ и SDNN (r=-0,36, P<0,05), ИММЛЖ и SDANN (r=-0,38, P<0,05), КДО и SDNN (r=-0,37, P<0,05), КДО и SDANN (r=-0,39, P<0,05), КДО и SDNN ind, ms (r=-0,33, P<0,05), ФВ и SDNN (r=-0,32, P<0,05), ФВ и SDANN (r=-0,38, P<0,05), ФИР и SDNN (r=-0,31, P<0,05). Из приведенных результатов видно, что ухудшение параметров ВСР более характерно для больных с выраженными изменениями в эхогеометрии сердца в виде дилатации полостей сердца с явлениями диастолической и систолической дисфункции миокарда, которые характерны для больных с ОИМ с зубцом Q.

Таким образом, данные корреляционного анализа позволяет предположить, что при выраженной органической патологии сердца наблюдается значительное показателей ВСР Данные ВСР при ОИМ позволяют проводить более детальное обследование больных.

ПЕРСПЕКТИВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КУЛЬТИВИРОВАННЫХ АЛЛОФИБРОБЛАСТОВ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Ташпулатов А.А., Валиев Э.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В последние годы в качестве возможного способа стимуляции процесса репарации предлагаются регенеративные методики с использованием культивированных аллофибробластов. Некоторые авторы сообщают об обнадеживающих ранних клинических результатах их применения. Однако здесь необходим серьезный анализ с учетом множества проблем, которые могут возникнуть при имплантации полученной культуры клеток.

Научные исследования и клинические разработки в данном направлении протекают весьма интенсивно, что связано с общим подъемом клеточных технологий на основе стволовых клеток. Попытки использовать культивируемые вне организма фибробласты для терапевтических целей начали предприниматься вскоре после установления факта, что нормальные фибробласты в культуре сохраняют диплоидный кариотип и имеют ограниченную продолжительность жизни, низкую экспрессию антигенов гистосовместимости, у них отсутствуют онкогенные потенции.

В последнее время стали накапливаться данные о применении культивируемых in vitro фибробластов в стоматологии. О положительном эффекте лечения пародонтита с использованием культуры аллофибробластов, полученной из дермы плодов человека, было заявлено отечественными исследователями. Был разработан новый способ лечения воспалительно-деструктивной формы пародонтита с использованием культуры аллофибробластов человека, заселенных на твердую мозговую оболочку (ТМО).

В своей диссертационной работе Г.С. Рунова на основа-

нии полученных экспериментальных данных убедительно показала эффективность разработанного оригинального метода лечения хронического пародонтита при использовании культивированных аллофибробластов и твердой мозговой оболочки. Преимущество данного способа лечения пародонтита заключается в том, что в раневом ложе при имплантации ТМО и аллофибробластов не происходит так называемого процесса биодеградации плодного материала и культивированных аллофибробластов, а имплантант встраивается в костный дефект и трансформируется в дальнейшем в грубоволокнистую костную ткань альвеолярных отростков. В эмбриогенезе человека и млекопитающих образование нескольких сотен вариантов специализированных клеток происходит из пула зародышевых листков (эктодермы, энтодерма и мезодермы), а также мезенхимы.

Фибробласты синтезируют и выделяют в окружающую среду большое количество биологически активных веществ, среди которых можно выделить различные факторы роста, компоненты внеклеточного матрикса и ферменты, с помощью которых они разрушают коллаген и гиалуроновую кислоту, а также синтезируют эти молекулы заново. Этот процесс происходит непрерывно, и благодаря нему межклеточное вещество постоянно обновляется. Особенно интенсивно протекает метаболизм гиалуроновой кислоты.

Применение клеток, полученных из эмбрионов, имеет ряд ограничений, в том числе этического характера. В то же время накаплены данные, что собственные фибробласты, как и стволовые клетки человека, сохраняют свой потенциал при старении, несмотря на уменьшение их числа в стареющем организме. Келлер и соавт. пациентам в возрасте 37-61 года вводили аутогенные фибробласты кожи. Значительный и стойкий клинический эффект наблюдался у пациентов при коррекции носогубных складок, а также у пациентов с рубцами. Полученные автором результаты показывают также, что фетальные и постнатальные фибробласты оказывают аналогичные положительные эффекты при введении их пациентам. Тесная взаимосвязь между мезенхимальными стволовыми клетками и фибробластами в культуре отмечена еще в работах первооткрывателя стволовых клеток А.Я.Фриденштейна, который в середине 60-х годов прошлого столетия в лабораторных условиях впервые получил однородную культуру плюрипотентных стромальных стволовых клеток костного мозга, прикрепленных к подложке, сохранявших высокий темп размножения в недифференцированном состоянии во многих пассажах. Работы Фриденштейна показали, что мезенхимальные стволовые клетки после прикрепления при пересеве с малой плотностью формировали клоны фибробластоподобных нефагоцитирующих клеток.

Таким образом, в связи с накоплением знаний о культивировании и поведении аллофибробластов в культуре в ближайшее время можно ожидать значительные и стойкие результаты, указывающие на высокую перспективность применения культуры аллофибробластов в различных направлениях современной медицины. В настоящее время в рамках прикладного проекта "Изучение процессов остеорепорации при полифокальных и оскольчатых переломах в условиях стимуляции природными минералами и аллофибробластами", нами в эксперименте планируется изучить стимулирующие возможности культивированных аллофибробластов в травматологической практике.

ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В КАШКАДАРЬИНСКОМ ФИЛИАЛЕ РНЦЭМП

Тогаев Ш.Б., Туляков Р.П., Кушшаев Н.П., Кодиров Б.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Острый тромбоз магистральных вен системы нижней полой вены (НПВ) составляет до 95% всех венозных тромбозов. Именно они в подавляющем большинстве случаев представляют опасность как источник массивной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)., По оценкам экспертов, в Российской Федерации от легочной эмболии ежегодно погибают около 100 тыс. человек. По данным Американской врачебной ассоциации, в США ежегодно отмечается до 650 тыс. случаев тромбоэмболии легочных артерий. Примерно треть из них заканчивается смертью больного. Таким образом, это заболевание уносит жизней больше, чем автомобильные катастрофы, криминальные инциденты, вместе взятые. Это диктует необходимость вопросу своевременной диагностики и разработки новых подходов к лечению.

В отделение хирургии Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП с 2008 по январь 2010 г. лечение получили 56 пациентов с венозными тромбозами различной локализации. Мужчин было 21 (37,5%), женщин - 35 (62,5%) в возрасте от 17 до 70 лет. Применялись общеклинические, инструментальные (цветное дуплексное сканирование - ЦДС, рентгенография, ЭКГ) и лабораторные методы исследования. У 14 (25,1%) больных выявлены эмбологенные тромбозы, у 3(21,4%) из них они проявились клиникой ТЭЛА.

С целью хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии, у 48 (85,7%) больных выполнены клипирование нижней полой вены (НПВ) (7), клипирование НПВ + тромбэктомия (1), пликация или перевязка поверхностной бедренной вены (ПБВ) (6), кроссэктомия (22), в том числе с тромбэктомией из устья большой подкожной вены (БПВ) (3). Пациентам с клиникой ТЭЛА с целью профилактики повторных эпизодов тромбоэмболии осуществлено клипирование НПВ. У 11 пациентом с эмбологенными тромбозами, но без клиники ТЭЛА были выполнены следующие профилактические вмешательства: клипирование НПВ - 4, пликация подвздошных вен - 1, перевязка ПБВ - 3, кроссэктомия с тромбэктомией из устья - 3. Летальных исходов среди оперированных пациентов не было. Среди неоперированных 8 (14,3%) больных с клиникой илеофеморального тромбоза от ТЭЛА умерли 2, летальность составила - (3,5%).

Вывод. Таким образом, клипирование НПВ, а также перевязка или пликация ПБВ при эмбологенном венозном тромбозе в системе нижний полой вены является надежным хирургическим способом профилактики ТЭЛА. Каваклипирование значительно дешевле использования кава-фильтра и практически не уступает ему по эффективности. К тому же методика не требует использования рентгеноконтрастных препаратов и ангиографической установки. Внедрение методов хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии значительно снижает летальность.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Тураева Г.М., Саттаркулова М.К., Худаерова З.Г.
Джизакский филиал РНЦЭМП

В гинекологической практике для предупреждения послеоперационных осложнений большое значение имеет периоперационная антибиотикопрофилактика (ПАП). Экспериментальные и клинические данные, полученные в результате многоцентровых рандомизированных исследований, убедительно доказывает, что рациональное проведение антибиотикопрофилактики в хирургической практике снижает число послеоперационных осложнений с 20-40 до 1,5-5%. Частота периоперационного профилактического использования антибиотиков в США и Европе достигает 90%.

По данным литературы, на момент завершения операции раневая поверхность на 80-90% обсеменена различными микроорганизмами, в основном эндогенной флорой самого больного.

Большинство специалистов после операции назначают антибактериальную терапию (в течение 3-7 сут.), что по своей сути носит профилактический характер. Сегодня под ПАП подразумевают не профилактический курс антибиотиков после операции, а назначение антибиотика до операции или во время ее проведения.

Суть ПАП заключается в достижении необходимых концентраций антибиотика в тканях до момента их возможной микробной контаминации и поддержание этого уровня в течение всей операции и нескольких часов после оперативного вмешательства. Применение антибиотиков по истечении 3 часов от момента попадания бактерий в рану является запоздалым, а продолжение их введения после окончание операции в большинстве случаев излишним и не ведет к дальнейшему снижению инфицирования.

Нами в отделении экстренной гинекологи Джизакского Филиала РНЦЭМП с целью профилактики послеоперационных гнойных осложнений ПАП проведена у 34 больных в возрасте от 18 до 42 лет, оперированных по поводу различных заболеваний. Из них у 18 (52,9%) больных была внематочная беременность, у 6 (17,6%) апоплексия яичника, у 8 (29,4%) перекрут яичника.

Во время операции, при вводном наркозе внутривенно вводились цефазолин по 2,0 г и цефтриаксон по 2,0 г однократно. В дальнейшим антибактериальная терапия не назначалась. В послеоперационном периоде ни у одной больной не отмечено инфекционных осложнений, а послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

Таким образом, применение периоперационной антибиотико-профилактики предупреждает возникновение послеоперационных гнойных осложнений и снижает стоимость послеоперационного лечения.

ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

Тухтабаева Б.М.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Традиционный подход к лечению эндометриоза заключается в сочетании хирургического метода и гормономодулирующей терапии. В последнее время большое распространение получил метод лапароскопического вмешательства. Вместе с тем изменениям подходов к лечению способствовали также результаты трансвагинальной пункционной аспирационной склеротерапии (ТПАС) эндометриоидных кист яичников (ЭКЯ) под контролем УЗИ – «ультразвуковая минихирургия».

Целью нашего исследования явилась разработка программы лечения – метода трансвагинальной пункционной аспирационной склеротерапии с различными склерозирующими агентами у женщин с эндометриоидными кистами яичника.

Под наблюдением находились 120 женщин с диагнозом ЭКЯ. Все обследованные фертильного возраста (средний возраст больных 27,8 года) без тяжелой экстрагенитальной патологии. 1-ю группу составили 55 (46%) женщин, подвергшихся ТПАС под контролем УЗИ. В качестве склерозирующих агентов использовались 96° этанол, 5,0% спиртовый раствор йода. После вмешательства назначали дановал по 400,0 мг в сутки в непрерывном режиме в течение 6 месяцев.

Во 2-ю группу вошли 65 (54%) женщин, которым проводилась лапароскопическая (ЛС) энуклеация ЭКЯ. В 1-й группе у 35 (64%) из 55 было первичное и у 10 (18%) вторичное бесплодие, а у 5(9%) нарушения фертильности не наблюдалось. Во 2-й группе имело место первичное и вторичное бесплодие, соответственно у - 30 (46%) и 15 (23%), у 12 (18%) фертильность была не нарушена; из этих больных было 8 (12%) девочек в возрасте 16 и 17 лет, которые не состояли в браке.

Многокамерная структура ЭКЯ выявлена у 7 больных 1-й и у 12 2-й второй. Объем ЭК 30,0-50,0 мл был у 28 (50,9%) больных 1-й и у 20 (30,7%) 2-й группы; 60,0-100,0 мл - соответственно у 20 (36,3%) и 34 (52,3%), до 180,0 мл - у 7 (12,7%) и 11 (16,9%). Правосторонняя ЭКЯ была у 65 (54%), левосторонняя у 40 (33%), двусторонняя - у 15 (13%).

По результатам динамического УЗИ у 25 (45%) больных 1-й группы проведена повторная ТПАС из-за накопления экссудата в остаточных полостях ЭКЯ. Третью ТПАС мы не проводили даже в случае накопления экссудата после повторного вмешательства, так как считали дальнейшее проведение метода малоперспективным. Этих 7 (12,7%) больных мы отнесли в группу с неудовлетворительным результатом. 7 (12,7%) женщинам 1-й группы (2 с нагноением остаточной полости ЭКЯ, 5 с неудовлетворительным результатом после ТПАС) потребовалось проведение традиционного оперативного вмешательства, объем которого заключался в гомолатеральном удалении придатков у 2 женщин с нагноением остаточной полости ЭКЯ и энуклеации (с сохранением непораженной ткани яичника) у 4 женщин с неудовлетворительными результатами ТПАС. Через 28 месяцев после ТПАС рецидив ЭКЯ возник у 5 (9%) женщин 1-й группы, при этом 1 (1,8%) пациентке, категорически отказывавшейся от оперативного вмешательства, было проведено 5 сеансов ТПАС с промежутком от 1,5 до 5 месяцев. Первоначально у неё имела место двусторонняя ЭКЯ, однако упорный рецидив наблюдался только слева, а правая ЭКЯ стойко регрессировала. В результате потребовалась ЛС с субтотальной резекцией яичника вместе с кистой. Наблюдение за пациенткой до настоящего времени (7 мес. после операции) демонстрирует стойкий результат лечения.

В отдаленные сроки существенных расстройств овариально-менструальной функции у больных обеих групп, включая пациенток с осложнениями и рецидивом ЭКЯ, не наблюдались.

Мы отмечали серьезных нарушений в ритмичности наступления менструаций до проведения ТПАС. После пункционного способа лечения и по окончании терапии дановалом (у 48 из 55 женщин) характер наступления менструации больных не менялся. Не зарегистрированы также высокие показатели ановуляции по данным базальной термометрии по окончанию лечения дановалом. Эти данные тесно перекликаются с ранее проведенными исследованиями.

Выводы. 1. Использованный способ лечения ЭКЯ не может рассматриваться как окончательный у пациенток с нарушенной фертильностью. Они требуют дальнейшего обследова-ния (гистеросальпингография и др.) и решения вопроса о необходимости хирургической коррекции трубно-перитонеального бесплодия. 2. Женщинам с удовлетворительным генеративным анамнезом и хорошими результатами лечения методом ТПАС +дановал требуется только динамическое наблюдение.

СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ ВА УРОЛИТИАЗЛАРНИНГ ЎТКИР АППЕНДИЦИТ БИЛАН ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ МУАММОЛАРИ ҲАҚИДА

Убайдуллаев Г.У., Азимов А.Н., Исматов Б.М., Шодиев Б.Х.
РШТЁИМ Жиззах филиали

Тез тиббий ёрдам станцияси ва санитар авиация бўлимларини шошилинч тиббий ёрдам хизматига бириктирилиши, аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини ошириш омилларидан бири бўлди. Айниқса эртаю-кеч узлуксиз фаолият кўрсатаётган қабул бўлимида ўткир хирургик ва урологик касалликларнинг диагностикаси тубдан яхшиланди. Беморларда ўткир аппендицитга хос белгилар аниқ намоён бўлиб кечганда унинг диагностикаси қийинчилик туғдирмайди. Текширишдан тўлиқ ўтказилмаган ҳолатларда ва текшириш хулосасига етарли баҳо бермаслик, ҳамда ўткир аппедицит белгилари атипик кечган пайтлари диагностик хатоларга йўл қўйиш ондасонда учраб туриши табиий хол. Бу хатолар натижасида беморлар ўткир аппендицитнинг асоратлари билан операция булади ёки айрим холларда асоссиз операция қилинишига олиб келади.

Мақсад ва вазифалар: ўткир урологик патологиялар ва ўткир аппендицитни дифференциал диагностикасини шошилинч тиббиётда янада мукаммал амалга оширишда зудликда рентгентелескопик экскретор урографиянинг роли.

2009 йил 9 ой давомида РШТЁИМ Жиззах филиали жарроҳлик бўлимида жами 901 бемор ўткир аппедицит диагнози билан ётқизилган. Булардан 11 (12,2%) беморни урология бўлимига ўтказилди. Аёллар 6 та, эркаклар 5та, 15-34 ёшгача 4та, 35-45 ёшгача 7та уралогия бўлимига ўтказилди.

Беморлар ўнг ёнбош соҳадаги санчикли оғрик, оғриқни қовуқ соҳасига бериши, кўнгил айниб оғиз қуруши ва бехолликдан шикоят қилдилар. Анамнезлари ўрганилда оғриқнинг тўсатдан бошланганлиги, кўнгил айниб қусиш, дизурик ўзгаришлар пайдо бўлган. Пальпацияда қориннинг ўнг қисмида хар хил даражада оғрик борлиги, ўнг ёнбош ва қовуқ соҳасида мушаклар таранглиги ортгани аникланади. Лаборатор текширувида лейкоцитурия 11-12, гематурия янги эритроцитлар 10-12 аникланиши. Ультравтовуш текширувида пиелонефрит, гидрокаликоз картинаси, сийдик туз диятезининг аникланиши беморларда ўткир аппендицит инкор этишга ундайди. Бугунги кунда бизнинг филиалимизда урологик касалликларни тезкор ва қулай аниқлаш усулларидан бири зудликда рентгентелескопик экскретор урография усулини қўллаш кенг йўлга қўйилди. Бунда беморларга зудликда йодли проба қўйилиб, рентген олди ошқозон ичак трактини тозаловчи клизма қилиб, бемор вазнининг ҳар килограммига 1,0 мл контраст модда нисбатида вена ичига юборилиб, рентгентелескопик кузатамиз. Лозим бўлганда рентгенограмма қиламиз. Бу текшириш усули сийдик йўллари анатомик тузилишини, рентген негатив тошни инкор этиш, уродинамикага етарли баҳо берувчи объектив текшириш усули ҳисобланади.

Текширишлар натижасида сийдик тош касаллиги билан 6 нафар, буйрак туғма аномалияси билан 2 нафар, ўткир пиелонефрит билан 3 нафар бемор аниқланди. Беморларнинг 8 тасида буйрак санчиғи кузатилган бўлса, 3 тасида эса дизурия қайд этилди.

Қабул бўлимида ўнг ёнбош соҳадаги оғриклар, бу оғрикларни қовуқ соҳасига берилиши, сийдик умумий тахлилида 11-12 та лейкоцит, 10-12 тагача эритроцитлар аниқланиши, ультратовуш текширувида ўнг буйракда каликоз ёки пиелонефрит картинасининг аникланиши купрок урологик патология бошланаётганининг даракчилари бўлиб хизмат қилади ва 35-40 % ҳолатларда бундай беморларда сийдик йўллар инфекциялари, уролитиаз, турли аномалик патологиялар даракчиси ҳисобланади.

Диагностик хатолар туфайли урологик паталогияси бўлган беморларда асоссиз аппендэктомия қилиш, ўткир урологик беморларда аппендэктомиядан сўнгги юқори сийдик йулларидаги деструктив ўткир йирингли асоратлар туфайли (гидронефроз, пионефроз, нефросклероз) беморларда хаттоки нефроуретерэктомия даражасидаги операциялар ёки ўткир урологик патология деб ўткир аппендицитнинг турли даражадаги асоратлари билан беморларни кеч операцияга олиш каби холлар ўткир урологик ва ўткир аппендицит дифференциал диагностикасидаги хатолар бўлиб ҳисобланади. Аниқ диагноз қўйишда гумон бўлса қайта анамнез йиғиш, беморни эътибор билан кўриш ва соат сайин кузатув, лаборатор ва клиник маълумотларни таққослаб ўрганиш, УТТ ҳамда биз кенг қўллаётган зудликда рентгентелескопик экскретор урография методини қўллаш пайдо булиши мумкин бўлган ҳар хил оғир асоратларнинг олдини олади.

Хулоса. Шошилинч тиббий ёрдам тизими соҳасидаги кундалик иш фаолиятимизда ўткир аппендицит ва буйрак санчиги дифференциал диагностикасида кўплаб параклиник текширишлар билан бир қаторда зудликда рентгентелескопик экскретор урография объектив текшириш усули бўлиб хизмат қилади ва дифренциал диагностикада қўлланиладиган асосий текшириш усулидан бири бўлиб хизмат қилади.

ИЗМЕНИЛОСЬ ЛИ ОТНОШЕНИЕ К БЕТА-БЛОКАТОРАМ?

Усманов Р.И., Зуева Е.Б., Азизова З.Р., Рахимова Я.Р.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Нобелевская премия по медицине в 1988 году была присуждена сэру Джеймс у Блеку за "открытие принципиальных механизмов действия бета-блокаторов". Без тени сомнения клиницисты приняли на вооружение бета-блокаторы в качестве "базисной" терапии сердечно-сосудистых заболеваний. Прошли этапы "неселективных", селективных и "оригинальных" бета-блокаторов, эффективность которых удовлетворяла при "острых" и "подострых" ситуациях и несколько разочаровывала при длительных режимах приема. Анализ фармакодинамических и фармакокинетических параметров бета-блокаторов ответил только на часть проблем.

Так, гидрофильный бета-блокатор атенолол определенно характеризуется отсутствием кардиопротективных свойств по сравнению с плацебо (Freemantle N., 1999; Carlberg B., 2004). Показано, что препарат не уменьшал общую, сердечно-сосудистую смертность, частоту инфарктов миокарда и инсультов по сравнению с плацебо, несмотря на заметное гипотензивное действие. Бета-блокаторы менее эффективны, чем антагонисты кальция и ингибиторы АПФ в снижении частоты жестких конечных точек и не являются оптимальными средствами в лечении артериальной гипертензии. Атенолол не должен назначаться для лечения артериальной гипертензии (Widimsky J., 2007)

Доказано, что бета-блокаторы обладают негативными метаболическими эффектами: ухудшают микроциркуляцию, уменьшают уровень холестерина липопротеидов высокой плотности и увеличивают риск развития сахарного диабета на 50% (NICE).

Бета-блокаторы остаются "базисными" средствами в лечении ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности, аритмий и мигрени, но это относится только к бисопрололу, карведилолу, метопрололу сукцинату и небивололу.

В нашей стране огромное число врачей продолжают назначать атенолол. Думается, настало время определиться с местом бета-блокаторов в терапии сердечно-сосудистых заболеваний и утвердиться в едином мнении. А по поводу атенололам, в частности, следует прекратить дискуссии и просто административно запретить использование этого препарата!

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЕГО КОМПОНЕНТОВ

Усманов Р.И., Рахимова Я.Р., Рахимова З.А., Хикматуллаева М.Х., Зуева Е.Б.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Распространенность метаболического синдрома (МС), по данным разных авторов, колеблется от 5-20% в популяции. В основе патогенеза МС и его сердечно-сосудистых проявлений лежит висцеральное ожирение, инсулинорезистентность и нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ). Метаболический синдром, следует рассматривать как предстадию СД 2 типа, атеросклероза (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ). Эти заболевания являются главными причинами повышенной смертности населения. Риск развития ИБС при МС повышается в 2-3 раза, мозговых инсультов - в 7 раз, а продолжительность жизни снижается на треть.

Одним из важнейших клинико-прогностических аспектов МС является тот факт, что нарушение одного обменного компонента ведет к возникновению каскада патогенетических реакций, что в итоге приводит к изменению всех других видов обмена. "Факторы риска" - расплывчатое понятие, и поэтому понятие "метаболический синдром" как синоним "факторов риска" более отвечает требованиям практической медицины.

Основная цель проведенного исследования - доказать возможность лекарственного торможения отдельных звеньев сопровождающего "метаболического синдрома" у больных с артериальной гипертензией II степени.

В исследование были включены 61 больной АГ II степени (ESH/ESC, 2007) в сочетании с нарушенной толерантностью к глюкозе (уровень глюкозы через 2 часа после нагрузки 7,8 ммоль/л, но < 11,1 ммоль/л). Средний возраст - 55,6±4,2 года. Средняя продолжительность заболевания - 8,9±4,6 года. Контрольную группу составили 27 практически здоровых добровольцев в возрасте от 44 до 66 лет (49,7±3,4), из них 14 мужчин и 13 женщин.

Совмещенное СМАД и ЭКГ проводилось до начала лечения после 2 недельного периода воздержания от антигипертензивной терапии, на 12 и 24 неделе лечения. Базальный уровень инсулина измеряли иммуноферментным методом (DSL, США). Критерием гиперинсулинемии было повышение уровня инсулина натощак более 12,5 мкЕД/мл. Состояние углеводного обмена оценивали с помощью расчётных показателей: индексов Caro и HOMA-IR. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета прикладных программ Statistika V.5.5A.

При лечении пациентов с наличием метаболического синдрома следует руководствоваться следующими принципами: снижение гликемии, коррекция гиперинсулине-мии/инсулинорезистентности, снижение уровня холестерина и триглицеридов, коррекция АД. Метформин - единственный используемый в настоящее время лекарственный препарат из группы бигуанидов, который не только регулирует уровень гликемии, но и снижает массу тела у больных с центральным ожирением, обладает гиполипидемическими и антифибринолитическими свойствами.

Бета-блокатор с NO-модулирующей активностью небиволол, уменьшая активность симпатоадреналовой системы и замещая дефицит эндотелиального NO, оказывает воздействие на основные патогенетические механизмы развития метаболического синдрома. Комбинированная терапия небиволол + метформин обладает высокой потенцией профилактики развития сахарного диабета 2 типа и стабилизации прогрессирования поражения органов-мишеней у больных с артериальной гипертензией с нарушенной толерантностью к глюкозе.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА "ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК"

Усманов Р.И., Зуева Е.Б., Мурманцева Т.Т., Шоисламова Х.Ш., Касимова Г.Г.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Очевидно, что важнейшей задачей, которую призвано решить нефрологическое сообщество, является предупреждение или отдаление сроков возникновения терминальной хронической почечной недостаточности (ХПН). Эта задача тем более злободневна, что за последние 10-15 лет доказана реальность ее решения. Применение фармакологической блокады ренин-ангиотензинной системы, устранение артериальной гипертонии, а при сахарном диабете и строгий контроль гликемии являются главным апробированным терапевтическим подходом, обеспечивающим значимый нефропротективный эффект. Следует специально подчеркнуть, что современная нефропротективная стратегия одинаково эффективна при любых заболеваниях почек, независимо от их природы.

Успех современной нефропротекции в значительной мере определяется своевременностью ее применения, что делает весьма актуальным вопрос о диагностике ранних стадий поражений почек.

Важным шагом на пути совершенствования помощи нефрологическим больным является единый унифицированный подход к оценке тяжести заболевания почек. Альбуминурия является ранним и чувствительным маркером почечного повреждения. Объективным критерием является экскреция альбумина в первой утренней порции мочи.

В настоящее время под термином "хроническая болезнь почек" (ХПБ) понимают повреждение почек $\geq$ 3 месяцев, независимое от этиологии, со структурными или функцио-нальными нарушениями, проявляемыми морфологическим повреждением, изменением крови, мочи или визуализирующих тестов (K/DOQI, 2006). При снижении скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ниже 60 мл/мин следует диагностировать ХПБ, даже если другие признаки ее отсутствуют. Терминальная ХПН определяется при снижении СКФ < 15 мл/мин.

Показатель СКФ является наиболее надежным интегральным показателем функционального состояния почек. Альтернативой клиренс-методам является расчет СКФ по легко измеряемым параметрам. В клинической практике достаточно надежным методом оценки СКФ является формула Кокрофта-Голта.

Проанализировано 200 историй болезни больных с "гипертонической болезнью III ст., ассоциированной с сахарным диабетом" (2008-2009 гг.), находившихся в отделении экстренной терапии РНЦЭМП. Некорригированная АГ выявлена у 83%, креатинин крови > 0,13 ммоль/л у 9% (18 пациентов), причем у 3% (6 больных) > 0,2 ммоль/л и диагностирована "ХПН, интермиттирующая стадия". Пересчет СКФ по формуле Кокрофта-Голта у этой группы больных выявил более тяжелое поражение почек, чем диагностированное по параметрам "мочевина и креатинин".

Наше исследование показало, что только 75% пациентов анализируемой группы получали адекватную гипотензивную терапию и лишь у 27% АД снизилось ниже 140/90 мм рт. ст. У пациентов с ХПБ необходим агрессивный контроль АГ. Максимальными нефропротективными свойствами (достижение целевого АД и ликвидация протеинурии) обладают ингибиторы АПФ и БРА. В меньшей степени моксонидин/диуретики, антагонисты кальция (верапамил, амлодипин), "вазодилатирующие" бета-блокаторы (небиволол, карведилол).

Комплекс нефропротективных мер включает достижение компенсации диабета (снижение HbA1c), агрессивную коррекцию липидного профиля, анемии и нутриционного статуса, подготовку к заместительной терапии.

Мы опаздываем в постановке диагноза ХПБ, определении ее тяжести, ориентируясь на общеклинические и виализирующие параметры.

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН В СТРУКТУРЕ УРГЕНТНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Фозилбеков Р.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Несмотря на широкое внедрение методов малоинвазивной курации объемных и необъемных воспалительных заболеваний органов малого таза, совершенствование методов их диагностики, а также внедрение все более современных методов диагностики и лечения трансмиссивной урогенитальной инфекции, частота встречаемости осложненных форм ГВЗМТ остается весьма высокой. Вместе с тем, настораживает высокая частота оперативного вмешательства, что на наш взгляд обусловлено несвоевременным выявлением гнойно-деструктивного процесса в малом тазу.

Цель исследования: Провести анализ структуры больных с гнойно-воспалительными заболеваниями органов репродуктивной системы.

В 2009 г. в отделение экстренной гинекологии РНЦЭМП были госпитализированы 143 больных с осложненными формами необъемных (НГВЗМТ) и 51 больная с объемными ГВЗМТ (ОГВЗМТ), в том числе 13 больных с клиникой разлитого перитонита. Всего в группе НГВЗМТ были оперированы 42 (29,3%) больных. Лапароскопия произведена у 27 (64,4%), лапаротомия 15 (35,6%). У 15 (10,4%) больных с НГВЗМТ проводилась микрокатетерная терапия. Остальные 86 (60,3%) больных получали консервативную комплексную антибактериальную терапию. В группе ОГВЗМТ оперированы 39 (76,4%) женщин. Почти во всех случаях (n=37) произведена лапаротомия с гомо- и билатеральным удаление придатков и всего у 2-х сальпинготомия. На долю трансвагинальной селективной аспирационной пункции (ТСАП) и консервативной терапии пришлось соответственно 10 и 2 случая.

Всем пациентам, за исключением больных с клиникой разлитого перитонита, в приемно-диагностическом отделении проводилась диагностическая пункция заднего свода влагалища с забором материала на бактериологическое исследование.

В структуре НГВЗМТ лидирующее место занимают острые сальпингоофориты, у 82% больных (n-117). У 18% больных (n-26) имело место наличие гнойного сальпингита, что было диагностировано интраоперационно. У 24 больных лапароскопия проводилась для исключения конкурирующих патологий. В группе ОГВЗМТ чаще всего встречались тубоовариальные гнойные образования (ТОГО) разной формы и локализации более чем у 70% (n-35) женщин. В эту группу вошли также 13 (24,5%) женщин с осложненными формами гнойного сальпингита. У 11 из них имело место наличие диффузного и разлитого гнойного перитонита. Из редких форм ОГВЗМТ мы наблюдали 3 пациенток с абсцессом Дугласова кармана.

47 (32,8%) больных из группы НГВЗМТ и 31 (60,7%) больная из группы ОГВЗМТ имели ВМС или использовали этот метод в прошлом. В обеих группах женщин с частыми абортами (от 2-х и более) было более 30%. Доля хронических воспалительных заболеваний органов малого таза в обеих группах достигала 90%.

Выводы. 1. К наиболее существенным факторам риска развития НГВЗМТ и ОГВЗМТ следует отнести: хронические воспалительные заболевания органов малого таза с неадекватным амбулаторным обследованием и лечением, ВМК на фоне воспалительных процессов, частые аборты и внутриматочные манипуляции. 2. По-прежнему частота органоуносящих операций остается высокой, что, на наш взгляд, обусловлено поздней диагностикой заболеваний.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОСТРОЙ ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хамраев И.Ш., Асамов Р.Э., Юлдашев А.Ю., Шукуров Б.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель: оценка морфологических изменений почек экспериментальных животных на фоне синдрома ишемии-реперфузии, а также определение нефропротекторных свойств препарата сукцинасол.

Экспериментальная модель синдрома ишемии-реперфузии создана на 24 кроликах, которых разделили на 2 группы (контрольная и основная) по 12 животных в каждой. Кроме того, кровь 6 интактных животных были использованы для определения нормативных значений изучаемых биохимических показателей. Животным основной группыв ушную вену вводили струйно сукцинасол 40 мл/кг, контрольной изотонический раствор NaCl 40мл/кг. Через 1 и 24 часа осуществляли забор крови для биохимических исследований.

Через час после восстановления кровотока конечности животного в почке обнаруживаются морфологические признаки активации функционирования всех типов нефронов. Сосудистые клубочки поверхностных, промежуточных и юкстамедуллярных нефронов неравномерно расширены, кровенаполнены. Расширены также просветы проксимальных канальцев. Капилляры, оплетающие их, кровенаполнены, участками отмечается стаз эритроцитов. В просвете некоторых канальцев обнаруживаются единичные экструзированные эпителиальные клетки.

У основной группы животных в эти же сроки существенных различий в морфологической картине почек не обнаружено.

В контрольной группе при электронной микроскопии через 1 час после восстановления кровотока неравномерно расширяются капилляры всех типов нефронов в почках. Эндотелиоциты уплощаются, митохондрии в них просветляются за счет уменьшения числа крист. Подоциты уплощаются, а межклеточные щели между ними увеличиваются. В цитоплазме подоцитов появляются электронно-плотные мезосомоподобные образования. В клетках проксимальных канальцев наряду с измененными митохондрями возрастает число светлых вакуолей, электронно-плотных образований в цитоплазме. Микроворсинки на поверхности некоторых нефроцитов разрушается.

На фоне введения сукцинасола выраженность повреждений почки лишь незначительно становится меньше. Это проявляется уменьшенем числа просветленных митохондрий, числа электронно-плотных лизосомоподобных образований в подоцитах и клетках проксимальных канальцах.

Через сутки после ишемии-реперфузии нижней конечности у животных контрольной группе светооптечески морфологическая динамика почти не прослеживается. Электронно-микроскопически сохраняются патологические изменения в клетках проксимальных канальцев, остаются измененные митохондрии и электронно-плотные мезосомы. У животных основной группы через сутки в препаратах отмечается восстановление структур капилляров и клеток канальцев до состояния интактных животных.

Таким образом кровезаменитель сукцинасол оказывает явно выраженный нефропротекторный эффект, который более выражен через сутки после введения.

ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТЕЙ ДО ТРЁХЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

Хамраева Г.Ш., Мухитдинова Х.Н., Абдуллаев У.Х., Убайдуллаев З., Назарова Ф.С.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проблема ожогов, являясь одной из самых тяжелых и мучительных травм, имеет не только медицинское, но и большое социальное значение. С 2007 по 2009 гг. в РНЦЭМП с ожогами были госпитализированы более 7 тыс. пострадавших, из которых 50-55% (3655) составляли дети до 14 лет, в том числе более 60% - до 3 -летнего возраста.

От своевременности и адекватности оказания помощи тяжелообожженному ребенку с первых часов травмы зависит тяжесть течения каждого из периодов ожоговой болезни, прогноз для жизни, вероятность и степень последующей инвалидизации.

Анатомо-физиологические особенности детей таковы, что чем моложе ребенок, тем при относительно меньшей площади поражения быстрее развивается ожоговый шок. Так, критическая величина для ребенка первого года жизни является 5%, в возрасте от 1 до 5 лет - 10% поверхности тела.

Цель: оценка эффективности ранней коррекции отклонений водно-электролитного и белкового обмена.

Под наблюдением находились 100 больных до трёхлетнего возраста с тяжелыми ожогами (площадью ожога 5-30%), из них 60 мальчиков и 40 девочек. Объем инфузионно-трансфузионной терапии зависел от площади и глубины обожженной поверхности. Формула для ориентировочного определения суточного объема жидкости: (2 х % ожога х массы тела ребенка) + физиологическая потребность. 50% рассчитанного объема жидкости вводились в первые 8 часов после травмы, причем за первый час терапии детям до трехлетнего возраста вводили 150 мл солевого раствора. Физиологическую потребность восполняли 10% раствором глюкозы. Дальнейшую коррекцию отклонений водно-электролитного и белкового обмена осуществляли под контролем данных мониторирования функциональными и лабораторными методами исследования.

Плазма- и альбуминотрансфузию проводили с целью кор-

рекции дефицита объема циркулирующей плазмы, гипопротеонемии и возмещения дефицита факторов свертывания крови. При нестабильной гемодинамики, снижении центрального венозного давления назначали рефортан, а при признаках тяжёлой интоксикации реосорбилакт в дозе 10-20 мл/кг в сутки. С целью поддержания и стабилизации гемодинамики назначали допамин в дозе 3-4 мкг/кг/мин. Учитывая развитие энергодефицитного состояния, у детей раннего возраста обязательным было подключение дополнительного парентерального питания в комплекс интенсивной терапии ожоговой болезни.

Выводы. Указанная тактика проведения инфузионно-трансфузионной терапии обожженных детей до трёхлетнего возраста позволила нивелировать явления шока, проявления эндо- и экзотоксикоза и нутритивной недостаточности в течении ожоговой болезни.

ПРИМЕНЕНИЕ Н-БЛОКАТОРОВ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Хамраева Г.Ш., Мухитдинова Х.Н., Абдуллаев У.Х., Мустакимов А.А., Алаутдинова Г.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Тяжелая термическая травма сопровождается бурным развитием стрессовой реакции организма с последующим развитием осложнений, полиорганной недостаточности, поражающей все органы и системы. Кишечник при тяжелых ожогах у детей остро реагирует на ишемию, служит "дополнительными входными воротами" для проникновения патогенной флоры, способствуя общей интоксикации. Важность проблемы острых эрозивно-язвенных поражений и желудочно-кишечного тракта в условиях стремительного развития стрессовых язв Курлинга имеет особую актуальность у детей с ожоговым шоком. Тяжелое заболевание приводит к гипотонии, ишемии гастродуоденальной слизистой, которая в свою очередь вызывает обратную диффузию Н+, ацидоз, истощение буферных систем, гибель клеток эпителия, что приводит к повреждению целостности слизистой оболочки. Характер повреждений варьирует от поверхностных эрозий до глубоких язв слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Цель: оценить эффективность профилактики острых эрозивно-язвенных кровотечений с применением Н2-блокаторов у обожженных детей.

Под наблюдением находились 120 детей в возрасте от 1 до 12 лет, из них 75 мальчиков и 45 девочек. Эффективная антисекреторная терапия, позволяющая повысить pH содержимого желудка до 5,0-7,0 в период активного влияния факторов риска снижала вероятность желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК), развитие пареза кишечника, вторичного энтероколита. Нейтрализацию содержимого желудка добивались введением антацидов и антисекреторных препаратов: гидроокиси магния и алюминия, сукральфата, антагонистов H_2-рецепторов к гистамину.

Мы имеем данные о высокой эффективности двухкратного внутривенного введения 10-20 мг в сутки невафама при лечении и профилактике ЖКК у больных с ожоговым шоком и болезнью. Раннее назначение H_2-блокаторов в составе комплексной интенсивной терапии ожогового шока и ожоговой болезни у детей позволило исключить такое грозное осложнение как ЖКК.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ТРАВМАХ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ходжимухамедова Н.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Травмы толстой и тонкой кишки относятся к наиболее тяжелым повреждениям мирного и военного времени.

Нами проанализирован опыт лечения 167 пострадавших с травмой тонкой и толстой кишки, находившихся в РНЦЭМП в 2001 - 2009 гг., что составляет 25% всех повреждений органов брюшной полости. Более 60% пострадавших при поступлении находились в состоянии алкогольного опьянения. Проникающие колото-резаные ранения отмечались у 115 (68,6%), закрытая травма живота - у 50 (30%), огнестрельные ранения - у 2 (1,4%) больных. С изолированной травмой полых органов брюшной полости было 89 (53,8%) пострадавших, с множественной - 14 (8,3%), с сочетанной - 64 (37,9%). Среди всех поступивших торакоабдоминальные ранения с повреждений кишечника встречались у 15 (9)%. Объем диагностических мероприятий зависел от тяжести состояния пострадавшего.

Тактика ведения пострадавших с травмами тонкой и толстой кишки разной степени тяжести строго индивидуальна и зависит от характера повреждений, степени нарушения кровоснабжения поврежденного участка кишки, тяжести состояния пострадавшего. С 2008 г. у 55 больных при диагностической лапароскопии даже в небольшом количестве выпот брюшной полости в обязательном порядке подвергается экспресс-анализу (аппарат Vitros 200) на содержание амилазы, аммиака. Концентрация аммиака в экссудате из брюшной полости у больных без признаков перфорации полого органа не превышала 100 мкмоль NH3/л, а амилаза отсутствовала. При повреждении тонкой и толстой кишки содержание аммиака увеличивалось, уровень амилазы превышал 40 мг.мл/ч. Больным во время операции и после нее проводилась антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия как минимум двух групп. Мы придаем большое значение технике формирования анастомоза. Все анастомозы накладываются ручным способом отдельными двухрядными швами. У 5 пациентов были наложены межкишечные анастомозы по предложенной нами методике с применением каркасного металлического кольца. У одного больного с колото-резаным ранением передней брюшной стенки, с полным пересечением тонкой кишки, повреждением брыжейки тонкой кишки, разлитым каловым перитонитом выполнена резекция тонкой кишки с наложением энтеро-энтероанастомоза "конец в конец" на каркасном кольце диаметром 3 см; у 2 больных выполнена резекция поперечно-ободочной кишки с наложением коло-колоанастомоза "конец в конец" на каркасе. Данный способ позволяет сохранить механическую прочность и герметичность кишечных анастомозов, в связи с тем, что область анастомоза находится в состоянии стабилизации. Повышение внутрикишечного давления не приводит к напряжению

и расхождению линии анастомоза на фоне "компрометированной" брюшной полости. Всем больных проводили УЗИ-мониторинг, исследование экссудата из брюшной полости на содержание аммиака, амилазы, щелочной фосфатазы на 3-5 сутки с целью ранней диагностики развития несостоятельности кишечных швов (НКШ). При повышении данных показателей мы могли судить о вероятности ее возникновения. После операции наиболее тяжелая группа осложнений – это НКШ, которая наблюдалась у 7 пациентов. В 4 случаях наблюдался летальный исход.

Таким образом, первичное ушивание или анастомозирование может выполняться практически при любых ранениях тонкой и толстой кишки, при соблюдении определенных правил наложения швов и обеспечении адекватности кровоснабжения. Обязательным компонентом оперативного пособия при ранениях кишечника должна быть адекватная санация брюшной полости, интраоперационная антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия и декомпрессия кишки.

ЧАСТОТА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ МОЗГОВЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ

Холмуродова З.Б., Ахмедов З.К., Ахмедова М.Ю., Прудскова Т.Н., Сирлиев Б.С.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Сахарный диабет занимает третье место в мире по распространенности после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Диабет в сочетании с повышенной свертываемостью крови, коронарной недостаточностью и гиперхолестеринемией способствует более частому возникновению острого нарушения мозгового кровообращения(ОНМК). Осложнение сахарного диабета в виде гипогликемии вследствие передозировки инсулина, других сахароснижающих препаратов клинически проявляется мозговой комой, которая может сочетаться с острым нарушением мозгового кровообращения, что требует дифференциальной диагностики и проведения соответствующей терапии.

Цель исследования: изучить клиническое течение и частоту неврологических нарушений при гипогликемическом коматозном состоянии.

В Джизакский филиал РНЦЭМП в 2007-2008 гг. в реанимационное отделение вследствие тяжести состояния были госпитализированы 32 больных с гипогликемической комой, из них 11 (34,4%) мужчин и 21 (65,6%) женщина в возрасте от 55 до 70 лет. Всем больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные исследования.

Больные разделены на две группы.

1-я группа-20 больных после выхода из коматозного состояния в ходе дифференциальной диагностики были переведены в терапевтическое отделение.

2-я группа- 12 больных, из них (5 (41,6%) женщин и 7 (58,3%) мужчин), находилисьпод нашим наблюдением, так как у них наблюдалось несколько форм неврологических нарушений. У 7 (58,3%) больных имела место инсультоподобная клиника; очаговые неврологические нарушения; гемисимптоматика; легкая сглаженность носогубной складки (легкий парез VII п/нерва), нарушение глотания, двигательные нарушения в виде гемипарезов, речевые и когнитивные нарушениями.

У 1 (8,3%) больного отмечались эпилептические припадки в виде клонических и тонических судорог, у 1 (8,3%) - общемозговые симптомы и клиника субарахноидально - паренхиматозного кровоизлияния.

Неврологические нарушения обычно наблюдались при уровне глюкозы крови ниже 1,8-2,2 ммоль/л. Внутривенное введение растворов глюкозы и нормализация уровня сахара в крови улучшали состояние больных. У 9 (74,6%) больных проведение своевременного лечения привело к исчезновению неврологических нарушений в течение суток. Несмотря на нормализацию уровня глюкозы, 3 (25,4%) больных (2 мужчин, 1 женщина) по истечению 3 часов не вышли из коматозного состояния, так как у них на фоне гипертонической болезни в стадии декомпенсации сахарного диабета и атеросклероза мозговых сосудов отмечалось острое нарушение мозгового кровообращения в виде ишемического инсульта.

Выводы.1. Неврологические нарушения при гипогликемической коме чаще наблюдались у мужчин и проявлялись под маской псевдоинсульта. 2. Тяжесть течения ОНМК при гипогликемической коме зависит от степени декомпенсации сахарного диабета, стадии гипертонической болезни и характера поражения атеросклероза мозговых сосудов. 3. Одним из факторов риска развития ОНМК при гипогликемической коме может быть длительность гипогликемической комы более 3 часов.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПА МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ В ЭКСТРЕННОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Шарипова В.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В свете современных представлений аналгезия может быть достигнута благодаря многофакторному воздействию на формирование периферического ответа на повреждение (трансдукция), подавление болевого возбуждения (трансмиссия) и влиянию на его проведение (модуляция). Необходимо также устранение психоэмоционального субъективного ощущения, воспринимаемого как боль (перцепция).

Главной задачей практической анестезиологии является адекватная защита пациента на протяжении всего периоперативного периода. Сегодня у анестезиологов реально появились предпосылки к формированию многоуровневого обезболивания с применением антиноцицептивных средств системного и периферического действия. Такой путь представляется наиболее перспективным, так как позволяет добиться не только желаемых результатов, используя минимальные дозы препаратов или их комбинации, но и значительно уменьшить депрессивное влияние препаратов на основные системы жизнеобеспечения оперированного организма.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность опиоидной моноаналгезии и мультимодального обезболивания пациентов с применением эпидуральной аналгезии бупивакаином в сочетании с НПВС в послеоперационном периоде.

В исследование включены 40 пациентов, 24 (60%) из которых оперированы на толстой кишке, у 8 (20%) выполнены

вмешательства в гепатобилиарной зоне, у 5 (13%) - операции на желудке, 3 (8%) перенесли различные варианты пластики передней брюшной стенки.

В зависимости от метода анестезии и послеоперационного обезболивания пациенты были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 20 пациентов, которым проведена стандартная общая анестезия с применением ингаляционного анестетика энфлюрана с наркотическим анальгетиком фентанилом в дозе 5 мкг/кг/ч. В послеоперационном периоде больным этой группы после восстановления адекватного сознания обезболивание проводилось наркотическими анальгетиками. 2-ю группу составили 20 пациентов, которым общая анестезия проводилась в сочетании с эпидуральным обезболиванием раствором 0,5% бупивакаина. В послеоперационном периоде у них применялся мультимодальный подход к обезболиванию. С этой целью применялся нестероидный противовоспалительный препарат кетонал по 200 - 300 мг/сут и эпидуральная инфузия 0,25% раствора бупивакаина. Оценка боли проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) сразу после экстубации трахеи и через 1, 4, 12 и 24 часа от начала обезболивания. Адекватным обезболивание признавалась при уровне боли по ВАШ менее 3 баллов в покое и 4 при кашле. При неэффективности применяемых схем обезболивания вводились опиоидные анальгетики парентерально "по показаниям".

У пациентов 1-й группы после экстубации трахеи отмечался выраженный болевой синдром - 5,1±2,2 балла по ВАШ в покое и 6,77±1,88 балла – в движении, в то время как у пациентов, обезболивание которым начиналось на фоне действия анестезии, отмечалась менее выраженная боль сразу после экстубации трахеи - 2,2±0,8 и 3,7±0,7 балла соответственно. В дальнейшем на протяжении первых суток у пациентов 1-й и в течение 3 суток у пациентов 2-й группы поддерживались адекватные показатели обезболивания. В группе, где применялся мультимодальный подход к обезболиванию, отмечалась стабильность гемодинамических показателей, соответственно были удовлетворительными показатели глюкозы и кортизола, а также кислотно-основного состояния. Пациенты с моноопиоидной аналгезией характеризовались нестабильностью гемодинамических показателей, кортизола, глюкозы и кислотно-основного состояния на высоте ощущения боли. Дополнительное обезболивание пациентам 1-й группы требовалось чаще, чем 2-й (10 и 1 пациент соответственно, $P<0,05$). Средняя суточная доза промедола в группе с моноаналгезией опиоидами была выше, чем в группе с мультимодальной аналгезией. Расход местного анестетика за сутки на фоне применения кетонала снижался. Осложнений со стороны жизненно важных функций организма ни в одной группе не зафиксировано.

Таким образом, мультимодальная аналгезия позволяет эффективно купировать болевой синдром в послеоперационном периоде, при этом меньше расход местного анестетика, а также существенно ниже необходимость в дополнительном применении опиоидов. Внедрение принципа мультимодальной аналгезии дает ощутимый экономический эффект за счет сокращения сроков пребывания больных в клинике, в первую очередь в отделении реанимации и интенсивной терапии, ранней реабилитации и активизации пациента, а также снижения частоты послеоперационных осложнений.

ЗНАЧЕНИЕ ВЕНТРИКУЛОПУНКЦИИ ПРИ НЕОТЛОЖНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ

Шодиев А.Ш., Юлдашев Ш.С., Юлдашев Р.Ю.
Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП

При нейрохирургической патологии, сопровождающейся с окклюзией ликворных путей (внутричерепные гематомы, опухоли, абсцессы головного мозга и др.), нередко встречается угрожающее состояние, возникающее в результате дислокационного синдрома, который является следствием смещения миндалин мозжечка и вклинения продолговатого мозга в большое затылочное отверстие.

Общеизвестно, что необходимый уровень внутричерепного давления обеспечивается регуляцией церебрального перфузионного давления, тонусом сосудов, скоростью секреции и резорбции ликвора и мозгового кровотока. При окклюзиях ликворных путей внутричерепное давление резко возрастает, нарушается адекватность кровоснабжения, метаболизм, функциональная активность головного мозга, сопровождающиеся остановкой дыхания и сердечной деятельности. До проведения радикальных оперативных вмешательств в таких случаях требуется немедленное уменьшение внутричерепного давления путем экстренной лечебной вентрикулопункции.

В последние 3 года в нейрохирургических отделениях СамМИ и СФ РНЦЭМП нами по абсолютным показаниям при острых нейрохирургических окклюзионных состояниях лечебные вентрикулопункции проведены 19 больным. 3 из них вентрикулопункция выполнялась через ранее наложенное фрезевое отверстие в точке Кохера (переднего рога), у 6 - в точке Дэнди (заднего рога) с эвакуацией до 60-70 мл ликвора.

Во всех случаях была достигнута поставленная цель - удалось предотвратить печальные последствия дислокационного синдрома при нейрохирургической патологии.

Таким образом, в неотложной нейрохирургической практике проведение экстренной венрикулопункции с последующей эвакуацией ликвора способствует ликвидации дислокационного синдрома за счет уменьшения внутричерепного давления и позволяет в дальнейшем провести радикальное нейрохирургическое оперативное вмешательство.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РОДОВЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Югай И.А., Ахмедиев М.М.
Республиканский научный центр нейрохирургии

Нами проанализированы ранние последствия родовых черепно-мозговых повреждений. Рассмотрены некоторые причины и механизмы повреждений головного мозга новорожденного в момент родов и в ближайшем перинатальном периоде. Обследованы 30 детей. Оперированы 19 детей с выявленными внутричерепными гематомами, вызывающие сдавление головного мозга, 11 велись консервативно.

При неблагоприятном прохождении ребенка через родо-

вые пути возможно механическое воздействие на его головной мозг, что ведет к поражению мозга, в основе которого лежит ушиб головного мозга с разрывами сосудов и внутричерепными кровоизлияниями. Если травматизация мозга значительна, то ребенок рождается в тяжелом состоянии с выраженным неврологическим дефицитом. Кровоизлияния и ушибы паренхимы мозга небольших размеров в виду его функциональной незрелости могут ничем не проявляться какое-то время, по нашим данным, в сроки от 2 недель до 3 месяцев. Кроме того, кровоизлияния могут возникнуть не только в результате механического воздействия на череп и головной мозг новорожденного, но и в результате диапедеза эритроцитов при гипоксии и развития ацидоза.

Ввиду низкого содержания протромбина и фибриногена в крови новорожденных и возможного дефекта свертывающей системы крови, а также несовершенства нервной регуляции сосудистого тонуса может возникнуть повторное кровоизлияние, значительно превосходящее по размерам исходное. Лечение таких детей затруднительно, что в первую очередь обусловлено глубокими нарушениями свертывающей системы, препятствующими выполнению оперативных вмешательств.

Мы располагаем опытом лечения 30 детей в возрасте от 2 недель до 4 месяцев. Сходный анамнез о трудных родах, общая неврологическая симптоматика (внутричерепная гипертензия умеренной выраженности, постоянная капризность) и типичные кровоизлияния на фоне коагулопатии с ДВС-синдромом позволяет нам объединить этих детей в единую нозологию и рассматривать их как "последствия тяжелой родовой черепно-мозговой травмы".

Нами изучено 30 КТ-снимков детей, оперированных в нашей клинике., Было обнаружено 3 эпидуральных кровоизлияния различной локализации, 13 субдуральных и 6 внутримозговых гематом, у 8 детей субдуральные гематомы сочетались с внутримозговыми. В различных сочетаниях были выявлены субарахноидальные и внутрижелудочковые кровоизлияния. На 4 томограммах внутримозговая гематома сочеталась с субдуральной и внутрижелудочковым кровоизлиянием. Компьютерной томографии, как правило, предшествовала нейросонография через большой родничок, что служило показанием к проведению дополнительного обследования. Из 19 оперированных детей выжили 12.

Таким образом, для оказания своевременной помощи и предотвращения грубой инвалидизации всем новорожденным с подозрением на родовую внутричерепную травму необходимо проведение нейросонографии и по показаниям компьютерной томографии. Наш опыт свидетельствует, что своевременно оказанная таким детям помощь в стадии субкомпенсации или компенсации значительно уменьшает неврологический дефицит вплоть до его полного отсутствия.

СОСТОЯНИЕ ЦИСТЕРН ОСНОВАНИЯ МОЗГА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ ПОПЕРЕЧНОГО СМЕЩЕНИЯ ЕГО СРЕДИННЫХ СТРУКТУР

Юнусов Р.С., Махкамов К.Э., Хусанходжаев Ж.У.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

На современном этапе в связи с бурным развитием неинвазивной диагностики и оснащением лечебных учреждений компьютерными томографами назрел вопрос о пересмотре диагностической тактики при тяжелой черепно - мозговой травме (ТЧМТ).

Мы провели анализ оценки компьютерно-томографических (КТ) признаков, коррелирующих с динамикой внутричерепного давления (ВЧД), для прогнозирования исходов ТЧМТ у 51 пострадавшего. Особо изучали желудочковую систему: ее положение, величину и степень смещения, расширения или компрессии. Для объективизации патологических состояний желудочковой системы производили измерения вентрикулокраниального индекса (ВКИ). Величину желудочковой системы определяли в каждом отдельном случае с использованием всех трех значений ВКИ. При анализе подоболочечных пространств особое внимание уделяли состоянию базальных цистерн мозга: заполнению цистерн кровью и их деформации. При этом учитывали визуализацию базальной, поперечной и боковых цистерн.

С нарастанием поперечной дислокации на КТ у 27 больных с ВЧД отмечали признаки аксиальной дислокации. К этим признакам мы относили изменение конфигурации и размеров базальных цистерн мозга и изменение плотности на уровне стволовых отделов. Из 51 больного нормальное состояние базальных цистерн мозга было только у 9 (17,64%). С увеличением поперечного смещения срединных структур мозга увеличивалось количество и качество изменений его базальных цистерн. Нарушение нормальной конфигурации базальных цистерн мозга при увеличении поперечного смещения объясняется внедрением крючка гиппокампа в вырезку мозжечкового намета (образованием мозговой грыжи). Среди больных с умеренной ВЧД достоверно значимой зависимости между величиной поперечного смещения и степенью аксиальной дислокации мы не выявили ($P > 0,05$). Тем не менее, следует отметить, что появление признаков аксиальной дислокации соответствовало более выраженному угнетению сознания и более тяжелому состоянию пострадавших. При деформации или не выявляемых на КТ базальных цистернах мозга состояние пострадавших было достоверно тяжелее, чем при их сохраненной конфигурации. Так, при неизмененных базальных цистернах мозга состояние сознания у больных с ТЧМТ оценивалось по шкале комы Глазго до 9 баллов, при деформированных цистернах - ниже 8 баллов, а при "отсутствующих" цистернах - в среднем 5 баллов. Степень изменения базальных цистерн мозга при ВЧГ коррелировала с летальностью - летальность была выше при деформации и компрессии цистерн основания мозга ($P < 0,05$).

Таким образом, деформированные, а тем более не видимые на КТ базальные цистерны мозга являются признаками, неблагоприятными для прогноза ТЧМТ. КТ-картина коррелирует с изменением ВЧД, а ее динамика хорошо отражает динамику клинического состояния больного. Характерными для повышения ВЧД КТ-признаками при ЧМТ являются равномерное сужение желудочковой системы, внутричерепная гематома, смещение срединных структур, сдавление цистерн основания, сужение субарахноидальных щелей.

По-видимому КТ-исследование можно использовать для оценки повышения ВЧД. При этом признаки вклинения мозга появляются на КТ раньше, чем начинает повышаться ВЧД.

SUPRAORBITAL APPROACH FOR ANTERIOR SKULL BASE MENINGIOMAS

Ali Ayyad
Department of Neurosurgery Johannes Gutenberg University Mainz, Germany

Introduction: The main aim in Surgery is to achieve the greatest therapeutic effect while causing the least iatrogenic injury. The evolution of microsurgical techniques with refined instrumentation and illumination and the enormous development of preoperative and intraoperative diagnostic tools enable neurosurgeons to treat different lesions through limited and specific keyhole approaches. The concept of keyhole surgery is based on the careful preoperative study of diagnostic images (MRI, CT, Angiography) to determine the anatomic windows that provide access to the pathological processes.

Methods: During a 14 years period between Dec.1995 till Dec.2008 we have treated 143 patients with meningiomas in the anterior cranial fossa using a supraorbital keyhole approach : Olfactory groove 48, Tuberculum sellae and Planum sphenoidale 61, Anterior clinoid process 34. In this group, the most frequent preoperative symptom was visual disturbances. Of the 65 patients (43,5) with visual disturbances, 43 have experienced marked visual improvement after surgery (60), 13 patients have had no change in visual function (24), and 9 patients have experienced worse vision postoperatively (16).

Results: According to the postoperative MRI scans, the cranial base meningiomas were completely removed in 121 cases (88) The postoperative complications associated with approach were: permanent partial supraorbital hypesthesia 9 patients, permanent palsy of the frontal muscle 8 cases ,permanent hyposmia appeared in 13 patients , wound healing disturbances occurred in 4 cases, a subcutaneous cerebrospinal fluid collection and leak in 4 patients, rebleeding 3 cases.

Conclusion: The supraorbital craniotomy offers equal surgical exposure with less approach-related morbidity owing to limited exposure of the cerebral surface and minimal brain retraction. therefore improves the postoperative results and shorten hospitalization times because of a reduction in the risk of complications. In addition, the short skin incision within the eyebrow and careful soft tissue dissection result in a pleasing cosmetic outcome.

ENDOSCOPIC TRANSSPHENOIDAL ENDONASAL SURGERY OF PITUITARY MACROADENOMA

Ayyad Ali, Conrad Jens, Oertel Joachim
Department of Neurosurgery Johannes Gutenberg University Mainz, Germany

Introduction: The transsphenoidal route is a direct and rapid extracerebral approach to the sellar region, and therefore, it is the most widely used technique for the processes involving this area. Since its introduction in 1907 it has been subjected to tremendous developments.The endoscope is the latest innovation in the field of optical instrumentation; it allows the 'surgeon's eye' to penetrate the depth and width of the access route.

Methods: During 5 years between Dec. 2003 till Jun. 2009 we have operated 186 patients with pituitary macroadenoma, including 16 gaint adenoma. 96 males, 90 females. 34 had hormone active tumors (19 GH, 9 ACTH, 6 Prolactinoma). Most patients presented with visual disturbances.

Results: Toatal excision was achieved in 169 patients. From 34 patients with active adenoma 27 were cured, 7 has residual activity. 5 patients developed recurrence, 2 patients developed postoperative bleeding, 5 patients had postoperative CSF rhinorrhea. 85% of patients with visual disturbances showed improvement.

Conclusions: The minimum traumatization of the nasal cavitiy without nasal retractor, the optical advantages of the endoscopic visualization in anatomical orientation and tumor removal and the early postoperative improve of the patients without nasal packing are obvious advantages of the endoscopic binostril technique.

MICROVASCULAR DECOMPRESSION OF THE TRIGEMINAL AND FACIAL NERVE USING ENDOSCOPIC ASSISTENCY

Ayyad Ali, Grunert Peter
Department of Neurosurgery Johannes Gutenberg University Mainz, Germany

Introduction: Microscopic vascular decompression became the gold standard for surgical treatment of neurovascular compression syndromes in the posterior fossa since it has been introduced By Jannetta. The introduction of the endoscope in neurosurgical procedures has brought a further new dimension into the field of intraoperative visualization. It provides, in contrast to the microscope, a panoramic view of the cerebellopontine angle (CPA) anatomy (especially with angled endoscopes) and shows exactly the differences between the pathological and the normal anatomy.

Methods: We performed 67 surgeries in 65 patients with symptomatic trigeminal and facial nerve compression syndromes. The diagnosis was made mainly on the basis of clinical history, examination, and magnetic resonance imaging scans. Surgery was performed in all cases under endoscope-assisted keyhole conditions. The follow-up was 1 week postoperatively, 6 months, and then yearly up to 7 years. All 34 patients with trigeminal neuralgia received preoperative medication treatment and experienced failure with it. Eighteen patients out of 30 with hemifacial spasm had been previously treated with botulinum toxin injections. One patient suffered from both trigeminal neuralgia and facial spasm, because of a megadolichobasilar and vertebral artery with compression of both cranial nerves.

Results: Sixty-four of the 65 patients became symptom free after surgical treatment one revision surgery was necessary because of disappearance of the decompression muscle piece. No mortalities or minor morbidities were observed in this series.

Conclusion: A precise planned keyhole craniotomy and the simultaneous use of the microscope and the endoscope render the procedure of the decompression less traumatic.

ANCIENT AND MODERN CONCEPTS AND TREATMENTS OF OCCLUSIVE HYDROCEPHALUS

Grunert P., Kanaan T., Ayyad A.
Department of Neurosurgery Johannes Gutenberg University Mainz, Germany

Objective: Although the term hydrocephalus was used since ancient time, the proper concept, pathophysiology and treatment of this disease was developed in the 20th century.

In this paper the ancient concept and treatment of hydrocephalus will be presented as it was developed by ancient greek/byzantine and early arabic physicians. Then the modern concept of the surgical treatment of occlusive hydrocephalus using endoscopic technique will be demonstrated based on our own experience in over 200 patients operated in the last 20 years in our neurosurgical department in Mainz.

Methods: The historical concept and treatment of hydrocephalus is based on the translation of the original texts regarding hydrocephalus of Galenos, Oreibasios, Aetios in greek language and Al Razi, Ibn Sina and Albukassis in arabic language by the authors. The modern endoscopic treatment of occlusive hydrocephalus was introduced in Mainz 1992 with ventriculo-cisternostomy, which was performed in the first 40 patients using stereotactic and later a freehand technique. The floor of the third ventricle was perforated with a fogaty catheter and the hole was enlarged with a balloon. Later neuronavigation was adapted for endoscopic application. In most cases an ETV (endoscopic third ventriculostomy) was performed. Less frequently the endoscope was used to perform a pellucidotomy, aqueductoplasty and fenestration of intra- or paraventricular cysts.

Results: The ancient concept can be traced back to Galenus defining the hydrocephalus as a visible and palpable fluid collection on the head. He distinguished anatomically four forms 1. under the skin corresponding to subgaleal hematoma in our terminology, 2. under the periost corresponding to cephalh?matoma, 3. epidural space corresponding to chronic hydrocephalus in our sense and 4. subdural, letal form with neurologic deterioration corresponding to acute increase of ICP. The surgical treatment goes back to the works of the Byzantine physicians Oreibasios and Aetios describing a drainage only the first two forms. This concept and treatment was taken over and completed by own experience by Al Razi, Ibn Sina, Albucassis and Sabuncuoglu, the famous Turkish physician of the14th century.

ENDOSCOPIC TRANSSPHENOIDAL ENDONASAL APPROACH FOR PITUITARY ADENOMA

Kanaan T., Ayyad A.
Department of Neurosurgery Johannes Gutenberg University Mainz, Germany

Introduction: The transsphenoidal route is a direct and rapid extracerebral approach to the sellar region, and therefore, it isthe most widely used technique for the processes involving this area.Since its introduction in 1907 it has been subjected to tremendous developments. The endoscope is the latest innovation in the field of optical instrumentation it allows the surgeons eye to penetrate the depth and width of the access route.

Methods: During 4 years between Dec. 2003 till Jun. 2009 we have operated 272 patients with pituitary macroadenoma, including 14 gaint adenoma. 140 males,132 females. 94 had hormone active tumors (52 GH, 29 ACTH , 13 Prolactinoma). 124 patients presented with visual disturbances.

Results: Toatal excision was achieved in 248 patients(91).From 94 patients with active adenoma 78 were cured. 85 of patients with visual disturbances showed improvement. 9 Patients developed recurrence Complications were as following: 16 patients developed hyposmia or anosmia 2 patients developed postoperative bleeding 5 patients had postoperative CSF rhinorrhea.

Conclusions: The minimum traumatization of the nasal cavitiy without nasal retractor, the optical advantages of the endoscopic visualization in anatomical orientation and tumor removal and the early postoperative improve of the patients without nasal packing are obvious advantages of the endoscopic binostril technique.

ADVANTAGES OF DEXTROSCOPE-3D-OPERATION-PLANNING FOR MINIMAL INVASIVE NEUROSURGERY

Schwandt E.S., Fischer G., Stadie A., Reuland A., Wagner W.
Department of Neurosurgery Johannes Gutenberg University Mainz, Germany

Introduction: Minimally invasive neurosurgical procedures are supposed to lead to a better outcome by minimizing the surgical trauma. Especially in complicated cases an exact operation-planning is of prime importance. By fusion of data from CT, MRI and PET the Dextroscope-software is able to generate a threedimensional phantom of the patients head in virtual reality. The individual pathoanatomy can be studied and steps of the operation can be simulated. Since 2002 more than 360 cases were planned by Dextroscope, furthermore the program was used for teaching of residents, students and medical staff. By means of several cases the advantages of modern technology for operation-planning will be demonstrated.

Method: The Dextroscope- and Dextrobeam-unit (Volumen Interaction, Singapore) is used routinely for planning of minimal invasive approaches and operations in our neurosurgical department. In the demonstrated cases high-resolution images from CT, CTA, MRI, fMRI, DTI and PET were used to create the 3D-objects.

Results: Approaches and operations were performed, which have been planned and discussed step by step before the operation. Accuracy and precision of the system could be proved by intraoperativ findings or alignment with common neuronavigation-systems. Operation techniques have been elaborated and approaches have been minimized.

Conclusion: Dextroscope-planning enables the surgeon to prepare optimal for individual operations. Extent of skin incision, tissue trauma, size of the bone flap as well as postoperative deficite was minimalized. The planning software has been estimated as a very helpful tool by neurosurgeons in our department.

IV. Конкурс молодых ученых

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Атамурадов Ш.К.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Среди травматических повреждений внутренних органов разрывы мочевого пузыря составляют от 5 до12% (Risen Ch., 1989). Тяжесть травмы обусловлена тем, что разРивы мочевого пузыря чаще всего сочетаются с переломами костей таза, разрывами внутренних органов, черепно-мозговой травмой.

В детском возрасте обычно наблюдаются внутрибрюшинные разрывы мочевого пузыря. Это объясняется тем, что у детей большая часть мочевого пузыря находится интраперитониально и поэтому более уязвима при внешней травме.

Диагностика затруднена вследствие того, что большинство больных с травмой мочевого пузыря находятся в состоянии алкогольного опьянения или травматического шока.

В 2000 - 2010 гг.в урологическое отделение Джизакского филиала РНЦЭМП поступил 51 больной с повреждениями мочевого пузыря. Мужчин было 42 (82,3%), женщин - 9 (17,6%). В дорожно-транспортном происшествии травму получили 38 (74,5%) пострадавших, при падении с высоты -5 (9,8%), в результате прямого удара в надлобковую область - 8 (15,6%).У 36 (70,5%) больных имелся внутрюбрышинный разрыв мочевого пузыря, осложненный мочевым перитонитом, у 15 (29,4%) разрыв имел внебрюшинный характер. Разрыв мочевого пузыря вследствие политравмы встречался у 21 (41%) больного, изолированный разрыв - у 30 (59%).В состоянии травматического шока поступили 18 (35,2%) больных.

Основными причинами, предрасполагаюшими к разрывам мочевого пузыря, являются быстрота и внезапность силового воздействия.

Внутрибрюшинные разрывы обычно не представляют особых трудностей для диагностики: отсутствие мочеиспускания, наличие симптомов острого живота, отсутствие мочи в мочевом пузыре, характерная цистографическая картина - все это не оставляет сомнений в диагнозе разрыва мочевого пузыря. Хотя внебрюшинный разрыв также сопровождается прекращением самостоятельного мочеиспускания, мочевой пузырь в этом случае доступен для пальпации и перкуссии, а катетеризация позволяет получить кровянистую мочу.

Высокая летальность больных связана не столько со степенью повреждения мочевого пузыря, столько с тяжелыми сопутствующими повреждениями и недостаточным объемом дренирования брюшной полостей и паравезикального пространства, что нередко приводит к развитию уросептических состояний.

При внутрибрюшинных разрывах во всех случаях производилась лапаратомия с ревизией органов брюшной полости, ушивание мочевого пузыря с наложением эпицистостомии,а также обязательное дренирование брюшной полости.

В случае внебрюшинных разрывов, кроме ушивания дефекта стенки мочевого пузыря и отведения мочи через эпицистостому, выполняли дренирование паравезикального пространства.

Таким образом, важнейшим фактором успешного лечения разрывов мочевого пузыря являются ранняя госпитализация и неотложное оперативное лечение.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВОЙ НАВИГАЦИИ ПРИ УПРАВЛЯЕМОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ АППАРАТОМ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ

Жаббаров Ж.Ю.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Известно, что применение консервативных способов лечения нестабильных повреждений дистального конца лучевой кости в большинстве случаев приводит к неудовлетворительным результатам, длительной потере трудоспособности и инвалидности. В связи с этим широкое применение при нестабильных переломах данной локализации получили оперативные методы лечения, в частности, чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации (ЧКО АВФ). Важным условием эффективности применения ЧКО АВФ является оптимальный выбор способа монтажа аппарата, обеспечивающий сочетание минимальной травматичности со стабильностью и управляемостью остеосинтеза.

Цель - оценить роль электронно-оптического преобразователя при выполнении внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза нестабильных повреждений дистального эпиметафиза лучевой кости.

Проведён анализ результатов лечения 30 пострадавших с 36 переломами дистального отдела лучевой кости, находившихся на лечении в 2006 - 2009 гг., у которых использован метод ЧКО. Среди пострадавших мужчин было 16, женщин - 14. Все пострадавшие были оперированы в сроки от 1 до 3 суток после травмы. Открытые переломы отмечены у 17 пациентов, закрытые у 13, вывих головки локтевой кости у 7, открытый перелом дистального эпиметафиза костей обеих предплечий у 3.

Монтаж аппарата внешней фиксации зависел от варианта прохождения линий излома в каждом из клинических случаев, а также от визуальных данных интраоперационной лучевой навигации. Особые сложности при хирургическом лечении представляли открытые оскольчатые повреждения дистального эпиметафиза лучевой кости сочетающиеся с переломами и вывихами локтевой кости. При этом варианте повреждения монтаж аппарата дистальнее линии перелома был ограничен проведением спиц за пястные кости и фиксацией их в полукольцевой внешней опоре. Напряжение сумочно-связочного аппарата лучезапястного сустава снималось тракцией между кольцевой опорой, установленной проксимальнее перелома и полукольцом на кисти, после чего осуществлялась репозиция оставшихся нефиксированными мелких фрагментов суставной поверхности и восстановление соотношений в лучезапястном суставе. Окончательная репозиция осуществлялась под контролем внешней лучевой навигации, что позволяло не только определить качество сопоставления костных фрагментов, но и сформированного суставного компонента, а также оптимизировать стабилизацию аппарата внешней фиксации.

Раннее наложение аппарата Илизарова при переломах дистального конца эпиметафиза костей предплечья приво-

дит к формированию суставного компонента лучезапястного сустава и устранению деформации костных отломков.

Применение дифференцированного подхода к выбору компоновки аппарата в зависимости от типа перелома позволило у всех больных получить хорошие как ближайшие, так и отдаленные результаты.

ЛЕЧЕБНАЯ ЦЕННОСТЬ САНАЦИОННОЙ БРОНХОСКОПИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Жумабаев Ш.Э.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Дыхательная недостаточность, развивающаяся при тяжелых черепно-мозговых травмах (ЧМТ), считается одним из факторов, усугубляющих нарушения метаболизма мозговой ткани, вследствии дефицита кислорода в циркулирующей крови.

Под нашим наблюдением были 10 больных с тяжелыми формами ЧМТ, сопровождающейся глубокой комой, находившиеся в реанимационном отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП. Учитывая нарушения адекватного дыхания, все больные при поступлении сразу же переведены на управляемое дыхание. У 4 (40%) из них на догоспитальном этапе наблюдалась рвота, с попаданием рвотных масс в верхние дыхательные пути, с развитием аспирационного синдрома.

Больным с аспирационным синдромом при поступлении в стационар проводилась тщательная санация ротовой полости и по возможности санация верхних дыхательных путей, после интубации трахеи прибегали к ранней санации бронхиального дерева, с помощью гибкого бронхоскопа, с целью профилактики развития гнойно воспалительных процессов в трахеобронхиальном дереве. Промывание проводили раствором 4% бикарбаната натрия, тщательно удаляя остатки пищевых масс щипцами или корзиной.

Всем больным, находившимся на управляемом дыхании, с нарушением дренажной функции бронхиального дерева, в зависимости от насыщения крови кислородом (мониторирование PO_2), назначали лечебную бронхоскопию, которая включала промывание бронхиального дерева, удаление скопившейся слизи и гнойных пробок, инсуффляции лекарственных смесей с целью профилактики ателектазов.

У 1 больного развился ателектаз нижней доли правого легкого с дальнейшим развитием абсцесса легкого и гнойного плеврита. Больной скончался на 48 сутки вследствие развивающейся интоксикации и полиорганной недостаточности.

У 4 (40%) больных на 10-12 сутки началось восстановление сознания, самостоятельного дыхания и дренажной функции бронхиального дерева.

Частота санационной бронхоскопии в сутки у каждого больного определялась индивидуально, по показанию PO2 на мониторе, и зависела от бронхолегочных осложнений.

У 4 больных с аспирационным синдромом проводили санационную бронхоскопию с момента поступления, так как имел место ожог слизистой трахеи и бронхов.

При гнойных осложнениях в виде трахеита, трахеобронхита и пневмонии, наблюдавшихся у 6 (60%) пациентов на 3-4 сутки, санация бронхиального дерева проводилась раствором диоксидина с последующей инсуффляцией гормонов и протеолитических ферментов до 3 раз в сутки в зависимости от тяжести воспалительного процесса. По мере стихания последнего количество санаций уменьшалось.

Постоянное мониторное наблюдениеа PO_2 показало эффективность лечебной бронхоскопии у больных, находившихся на длительном искусственном дыхании, с нарушением дренажной функции бронхиального дерева. Летальность вследствие присоединения бронхолегочных осложнений при тяжелых ЧМТ уменьшилась благодаря применению санационной бронхоскопии.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИАФИЗОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Каяев А.Х.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Переломы диафиза костей голени составляют 15-20% от всех переломов костей скелета. У большинства больных эти переломы являются следствием прямой травмы.

Цель: оптимизировать результаты лечения больных с переломами диафиза костей голени.

В Самаркандский филиал РНЦЭМП в 2007-2009 гг. обратились 64 больных с переломами диафизов костей голени. Бытовая травма наблюдалась у 65 %, автодорожная - у 35%. 40 (62,5%) человек обратились в течение первых 6 часов, 24 (37,5%) - 6-24 часов после травмы. Скорой помощью доставлен 51 (80%) больной, самотеком поступили 13 (20%) пострадавших.

При поступлении учитывали механизм травмы, обращали внимание на деформацию, припухлость, в области перелома, локальную болезненную точку, ограничение движений в голени. Характер повреждения уточнялся при рентгенологическом исследовании.

10 (15,7%) больным с переломами без смещения костных отломков и с репонированными переломами со смещением костных отломков назначено консервативное лечение с применением гипсовой иммобилизации. У 54 (84,3%) больных с переломами со смещением костных отломков, не поддающимся репозиции, или со вторичным смещением применялось оперативное лечение с наложением аппарата Илизарова или открытый остеосинтез пластинами.

Исследование показало, что оперативное лечение показано при неудавшейся закрытой репозиции или явных признаках интерпозиции мягких тканей и неоднократных вторичных смещениях сопоставленных отломков.

В послеоперационном периоде больным проводилась антибактериальная терапия, физио-функциональное лечение в последующей нагрузкой на оперированную конечность.

Исходы лечения прослежены в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Отдаленные исходы лечения оценивали по результатам клинических и рентгенологических исследований, учитывали степень восстановления трудоспособности больных.

Применяли трехбалльную систему оценок: “хорошо”, “удовлетворительно”, “неудовлетворительно”. “Хорошие” результаты достигнуты у 52 (81,2%) больных, “удовлетворительные” - у 10 (15,6%), “неудовлетворительные” - у 2 (3,2%).

Выводы. По нашим наблюдениям, основным методом лечения переломов диафизов костей голени является оперативный метод лечения, который даёт хорошие результат и позволяет рано активизировать больных, что улучшает качество жизни пациентов.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Машарипов Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Несмотря на большой опыт в лечении чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей все еще существует ряд проблем при оказании помощи при осложненных формах подобных повреждений. Нередкими осложнениями являются повреждения периферических нервов и плечевой артерии которые по разным данным составляют от 9,4 до 24,8%.

За период с 2006 по 2009 гг. в отделении детской травматологии РНЦЭМП на лечении находились 548 больных с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости, что составило 63,5% от числа больных со всеми переломам костей локтевого сустава. Переломы без смещения костных отломков наблюдались у 77 (14,1%) больных, с удовлетворительным стоянием костных отломков у 51 (9,3%), переломы со смещением костных отломков - у 420 (76,6%). Мальчиков было 371 (67,7%), девочек- 177 (32,3 %). Повреждение левой верхней конечности отмечено у 346 (63,1%) пациента, правой - у 202 (36,9%). Разгибательные (экстензионные) переломы встречались у 450 (82,1%) больных, флексионные у 98 (17,9%). Наибольшее количество переломов отмечено в возрасте от 4 до 10 лет. Консервативное лечение получали у 329 (60%) детей, оперативному вмешательству подвергнуты 221 (40%) больной.

При чрезмыщелковых переломах со значительным смещением костных отломков у 59 (10,7 %) пострадавших диагностированы признаки нарушения кровообращения и функции нервов. Клинически для диагностики повреждения плечевой артерии в области перелома исследовался характер пульса на a. radialis, а также пульсоксиметрией. Из инструментальных исследований использовали цветное дуплексное сканирование. Сосудистые нарушения в виде отсутствия или ослабления пульсации на лучевой артерии, снижения амплитуды пульсовой волны выявлены у 13 (2,4%) больных. Диагностика повреждений периферических нервов основывалась на выявлении нарушений двигательной, чувствительной и вегетативно-секреторной функции. Повреждения нервов отмечены у 46 (8,3%) больных. Из них, локтевого у 10 (21,7%), лучевого у 13 (28,3%), срединного у 14 (30,4%), локтевого и срединного у 9 (19,6%). Тактика лечения детей с осложненными чрезмыщелковыми переломами плечевой кости предусматривала использование хирургических методов фиксации костных отломков. При этом в основном применяли метод внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза (ВКДО) аппаратом Илизарова по способу НИИТО МЗ РУз. Основным показанием к выполнению экстренного хирургического вмешательства служила интерпозиция сосудисто-нервного пучка между костными отломками. Этим 12 (4,73 %) больным оперативное лечение выполнено совместно с сосудистыми хирургами. При этом первично произвели стабилизацию костных отломков аппаратом Илизарова, а потом выполнили ревизию плечевой артерии и лучевого и срединного нерва. В результате динамического наблюдения и комплексного лечения у 57 (96,6 %) больных с повреждением сосудисто-нервного пучка при чрезмыщелковых переломах плечевой кости случаях получены положительные исходы. У больных полностью восстановились двигательные и чувствительные функции на пальцах кисти. Неудовлетворительные результаты отмечены у 2 (4,4 %) больных: у 1 наблюдалась клиника ишемической контрактуры пальцев кисти, у второго клиника паралича срединного нерва из-за недиагностированного ущемления сосудисто-нервного пучка между костными отломками плечевой кости.

Таким образом, своевременная диагностика и правильно выбранная хирургическая тактика лечения при осложненных формах чрезмыщелковых переломах у детей помогает предупредить возникновение тяжелых осложнений.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Мирджалилов Ф.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Синдром жировой эмболии - это множественная окклюзия кровеносных сосудов каплями жира, одно из самых грозных и тяжелых осложнений раннего периода травматической болезни. Жировая эмболия сопровождает 60 - 90% скелетных травм.

Синдром жировой эмболии с выраженной клинической симптоматикой, наблюдается лишь у 5 - 10% пострадавших. У 90% пациентов с переломами длинных костей определяется морфологически.

Летальность вследствие жировой эмболии составляет 13 - 23%. При жизни жировая эмболия диагностируется лишь в 1,0 - 2,2% случаев, что связано с тем, что жировая эмболия часто маскируется симптомами травматического шока, пневмонии, черепно-мозговой травмы, "шоковым легким" и др.

Мы наблюдали 54 больных в возрасте от 18 до 78 лет, у которых в остром периоде травматической болезни развилось осложнение в виде различных форм синдрома жировой эмболии. Лиц мужского пола было 36 (67%), женского - 18 (33%). У всех больных имели место множественные повреждения опорно-двигательного аппарата (ОДА) в сочетании с черепно-мозговой травмой. Сочетание с повреждений органов грудной и брюшной полости имело место у 50%. Преобладали повреждения крупных сегментов конечностей. Переломы бедра отмечались у 28 больных, причем у 6 было двустороннее повреждение. Переломы костей голени диагностированы у 18, у 4 пациентов - двусторонние. Переломы костей таза имели место у 16 больных. У 3 больных были множественные переломы ребер. У всех больных при поступлении отмечались явления шока II-III ст.

Клиническая картина синдрома жировой эмболии развивалась после "светлого промежутка" от 12 до 72 часов. По клинике у 8 (14,8%) больных наблюдали молниеносную, у 26 (48,1%) - подострую и у 20 (37%) - субклиническую форму течения жировой эмболии.

Клинически жировая эмболия проявлялась нарушением сознания, психическими нарушениями (эмоциональная неуравновешенность, возбуждение, бред, кома), преходящей грубой очаговой неврологической симптоматикой, умеренно выраженными менингеальными симптомами, рано возникающей острой дыхательной недостаточностью (РДСВ); стойкой немотивированной тахикардией (свыше 90 уд. в мин). В более тяжелых случаях - тахиаритмии и синдром малого выброса, петехиальные высыпания специфической локализации (на коже щек, шеи, груди, плечевого пояса и конъюнк-

тиве) выявлялись на 2-3 сутки (или через 12-18 часов после ухудшения состояния больного) и подвергались обратному развитию к концу 1 недели. Отмечалась также гипертермия по типу постоянной лихорадки (до 39-40°С).

В клинике для уточнения и подтверждения диагноза использовали инструментально-лабораторные методы. Дыхательная недостаточность отмечалась у 46 (85,1%) больных. При рентгенологическом исследовании у 42 (77,8%) больных выявлена картина диффузной инфильтрации легких, совпадающая с картиной "снежной бури" при РДСВ. Изменения в анализах периферической крови в виде стойкой немотивированной анемии выявлены у 42 (77,8%) пациентов. Немотивированная тахикардия (выше 90) наблюдалась у 40 (74%) пострадавших. Характерная картина наблюдалась при исследовании глазного дна: на фоне отечной сетчатки вблизи сосудов были видны округлые, нерезкие облаковидные, белосовато-серебристые пятна. Эти проявления обнаружены у 16 (29,6%) больных. Петехиальные высыпания на кожи наблюдались у 36 (66,6%) больных. При исследовании мочи на содержание нейтрального жира, капли нейтрального жира размером 6 мкм в биологических жидкостях выявлены у всех больных. Изменения в моче, характерные для гломерулонефрита, наблюдались у 38 (70%) больных, у 8 развилась высокая азотемия.

При лечении больных с развернутой клинической картиной жировой эмболии мы придерживалась следующей схемы лечения: обеспечение адекватной доставки кислорода к тканям; инфузионная терапия системных расстройств микроциркуляции; медикаментозная терапия гипоксии мозга; ноотропная и метаболическая терапия; коррекция системы коагуляции и фибринолиза; защита тканей от свободных кислородных радикалов и ферментов; восстановление физиологического состояния дезэмульгированного жира; дезинтоксикационная терапия; гормонотерапия; парентеральное и энтеральное зондовое питание; профилактика гнойно-септических осложнений и ранняя оперативная стабилизация переломов.

По нашему мнению, у пациентов с тяжелыми формами синдрома жировой эмболии необходимо производить раннюю стабилизацию всех повреждений ОДА, отдавая предпочтение малоинвазивным методам остеосинтеза на основе аппаратов внешней фиксации.

46 (85%) больным с развившимся синдромом жировой эмболии выполнены операции на поврежденных конечностях в сроки от 12 часов до 3 суток с момента поступления в стационар. Из 34 пострадавших с переломом бедренной кости интрамедуллярный остеосинтез штифтами выполнен у 18, 8 пациентам произведен остеосинтез аппаратом Илизарова, закрытый интрамедуллярный остеосинтез блокирующей системой ChM применен у 2-х, консервативное лечение получали 6 больных. Из 22 пациентов с переломами костей голени у 6 произведен погружной остеосинтез, у 5 стержневыми аппаратами внешней фиксации, 7 выполнен остеосинтез аппаратом Илизарова, 1 - закрытый интрамедуллярный остеосинтез блокирующей системой, у 3 - применялся консервативный метод лечения. Из 8 больных с переломами плечевой кости у 3 выполнен погружной остеосинтез, у 2- стержневая фиксация, у 2 - остеосинтез аппаратом Илизарова; 1 больной получал консервативное лечение. У 12 из 16 пациентов с повреждениями костей таза в качестве стабилизации повреждений использован стержневой аппарат, разработанный в клинике.

Положительный результат получен у 46 пострадавших. Выход больных из критического состояния, после чего их переводили в профильное отделение, наблюдался в сроки от 7 до 19 суток. У 8 больных, несмотря на проведение адекватной интенсивной терапии, в результате прогрессирования явлений полиорганной недостаточности наступил летальный исход.

Таким образом, активная хирургическая тактика в отношении повреждений ОДА является важной составной частью комплекса профилактики и лечения жировой эмболии. Целесообразно выполнять остеосинтез всех повреждений, особенно костей таза, бедра, голени и плеча одномоментно (двумя бригадами) или последовательно, после устранения доминирующей патологии. Методом выбора при стабильном состоянии пострадавших является погружной остеосинтез, при нестабильной гемодинамике и развитии осложнений предпочтение отдается методу внеочагового чрескостного остеосинтеза.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ

Ниязметов С.Б.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Под нашим наблюдением в 1995-2009 гг. находились 87 пострадавших с открытыми (17) и закрытыми (70) повреждениями селезенки. Мужчин было 68, женщин - 19. Каждый третий больной с травмой селе-зенки поступил в стационар в состоянии алкогольного опьянения. В возрасте до 20 лет было 24, 21-40 лет - 35, 41-60 лет - 21, старше 60 лет - 7 больных.

Причинами закрытой травмы селезенки являлись: дорожно-транспортные происшествия явились у 27, прямой удар в живот - у 19, падение с высоты - у 11, сдавление тела - у 6. У 4 пострадавших обстоятель-ства травмы выяснить не удалось. 16 пострадавшим ранение селезенки было нанесено , у 1 - огнестрельным оружием. Изолированные повреждения селезенки были у 52 больных: открытые - у 10, закрытые - у 42. Наряду с селезенкой у 13 пострадавших была повреждена печень , у 5-желудок, у 3-поджелудочная железа, у 3 -легкие, у 4-диафрагма, у 2-крупные сосуды. Повреждения селезенки у 9 пострадавших сочетались с переломами ребер, у 6 - с черепно-мозговой травмой.

Одним из ранних симптомов повреждения селезенки при закрытой травме является обморочное состояние, которое развивается сразу после травмы или некоторое время спустя. При поступлении в стационар общее состояние у 20 больных было крайне тяжелым, у 27 - тяжелым, у 24 - средней тяжести, у 16 - удовлетворительным. Артериальное давление было нормальным у 19 пострадавших, умеренно сниженным - у 29, резко сниженным - у 33, не определялось - у 6. В клинической картине одномоментного разрыва селезенки преобладали проявления внутреннего кровотечения и шока различной степени выраженности. У 29 пострадавших боль была острой, у 46 - невыраженной ноющей. У 25 пострадавших с изолированной закрытой травмой селезенки боль локализовалась в левом подреберье или в надчревье. У 13 пострадавших с закрытыми сочетанными повреждениями отмечалась боль в обоих подреберьях и надчревье, а у 18 - боль по всему животу. Симптом Щеткина-Блюмберга отмечен у 31 больного с закрытой травмой селезенки. Ригидность мышц передней брюшной стенки была выражена умеренно

и локализовалась в левом подреберье у 30, в обоих подреберьях и надчревье - у 15 больных. Симптом Куленкампфа был выявлен у 35, симптом Хедри - у 26.

Оперативное лечение в первые 2 часа после закрытой травмы селезенки проведено 20 больным, в сроки до 4 ч - 16, до 6 ч - 28, до 12 ч - 4, до 24 ч - 2. Оперированы в течение 2 ч после ранения 11 пострадавших с открытой травмой селезенки, в сроки до 4 ч - 6.

Органосохраняющие операции были выполнены у 17 больных, спленэктомия - у 70.

Осложнения после операции возникли у 8 пострадавших, как правило, с сочетанными повреждениями селезенки. По поводу осложнений было произведено 3 релапаротомии. После спленэктомии релапарото-мия осуществлена у 2 больных: по поводу кровотечения - у 1, поддиафрагмального абсцесса - у 1. После органосохраняющих операций релапаротомия произведена 1 больному - выполнена спленэктомия по пово-ду инфаркта селезенки.

Умерли 3 больных, у которых операция выполнялась по поводу обширных сочетанных повреждений. Среди больных, которым произведены органосохраняющие операции, летальных исходов не было.

СТАНДАРТИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ

Сувонов Н.О.

Навоийский филиал РНЦЭМП

За последние годы значительно увеличилось число пострадавших с сочетанной и множественной травмой. Множественная и сочетанная травма составляет 11-12% в структуре неотложной травматологии. Общая летальность достигает 40-50% (Сергеев С.В., Чарчян А.М., 2003). Одной из основных проблем при сочетанных травмах является определение стратегии и тактики лечения. До настоящего времени нет единой классификации сочетанных травм. Мы придерживались классификации сочетанных травм, предложенных профессором В.А.Соколовым (1990). Согласно этой классификации все сочетанные травмы разделяются на 7 групп в зависимости от клинико-анатомических особенностей:

- сочетанная черепно-мозговая травма,
- сочетанная травма спинного мозга,
- сочетанная травма груди,
- сочетанная травма живота и органов забрюшинного пространства,
- сочетанная травма опорно-двигательного аппарата,
- сочетанная травма двух и более полостей,
- сочетанная травма без ведущих повреждений.

Цель исследования: изучить частоту сочетанных травм, структуру сочетанных травм по доминирующим повреждениям, частоту летальности при сочетанных травмах.

В 2004-2009 гг. в Навоийский филиал РНЦЭМП поступили на стационарное лечение 4746 пострадавших с различными травмами. Из них у 636 (13,4%) диагностированы сочетанные травмы. Причинами сочетанных травм у 501 (78,1%) явились дорожно-транспортные происшествия, у 61 (9,5%) - падение с высоты, у 17 (2,6%) - производственные травмы, у 57 (8,9%) - различные бытовые и криминальные травмы. Мужчин было 407 (64%), женщин 229 (36%). В возрасте 15-17 лет - 57 (8,9%), 18-44 - 401 (63,2%), 45-59 лет - 134 (21%), 60 лет и старше - 44 (6,9%).

165 (25,9%) пострадавших были доставлены в стационар машиной скорой медицинской помощи с оказанием медицинской помощи, 474 (74,1%) - попутным транспортом без оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Больные с сочетанными травмами по доминирующим повреждениям были распределены следующим образом: сочетанные черепно-мозговые травмы - 339 (69%), из них 109 (32,1%) больным произведена резекционно-декомпрессионная трепанация черепа в неотложном или срочном порядке. Летальный исход наблюдался у 74 (22%). Сочетанная позвоночно-спинномозговая травма диагностирована у 38 (5,9%) пострадавших, из них 14 произведены различные оперативные вмешательства. Летальный исход зарегистрирован в 5 (13%) случаях. Сочетанные травмы грули - 26 (4,1%), доминирующим повреждением оказались повреждения грудной клетки и органов грудной полости. У 9 (34,6%) из них произведены различные оперативные вмешательства на органах грудной клетки. Летальных исходов было 5 (19%). Сочетанная травма живота и органов забрюшинного пространства диагностирована у 20 (3,2%) пострадавших. Оперированы по поводу травмы органов брюшной полости 19 (95%) больных. Летальный исход зарегистрирован у 3 (15%). Сочетанная травма опорно-двигательной системы диагностирована у 50 (7,9%) пациентов, доминирующими повреждениями у них были травмы конечности и таза. Оперирован 41 пострадавший. Летальных исходов 2 (4%). Сочетанная травма живота и груди одновременно (повреждение двух и более полостей) имела место у 8 (1,2%) пострадавших. Все больные подвергались оперативному лечению и неотложном порядке. Летальный исход - 1. Сочетанные травмы без ведущего повреждения диагностированы у 45 (7,1%) пострадавших. Из них 19 больных подверглись оперативному лечению. Летальных исходов не было. Из числа 636 пострадавших с сочетанными травмами исход наступил у 90 (14,2%). Досуточная смертность составила 64,6% (58 б-х), от 1 до 3 суток - 23,2% (21 б-х), позднее 3 суток - 12,2% (11 б-х). Сроки пребывания больных с сочетанными травмами в стационаре составили 12,6 койко-дня.

Выводы. Современная диагностика сочетанных травм со стандартизацией доминирующего повреждения позволяет правильного определения лечебной тактики. Это приводит к снижению количества летальных исходов, сокращению сроков пребывания больных в стационаре.

ОСТЕОСИНТЕЗ КЛЮЧИЦЫ ФИКСАТОРАМИ С ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКОЙ ПАМЯТЬЮ

Тахиров У.М.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Переломы ключицы, по данным ряда авторов, составляют до 15% от всех переломов костей скелета. При лечении больных с переломами ключицы используют как консервативные, так и оперативные методы лечения. Частота неудовлетворительных результатов при консервативном лечении колеблется от 2 до 27%, причем большая их часть приходится на ложные суставы и несращения. Арсенал традиционных фиксирующих конструкций для погружного остеосинтеза ключицы в последние годы пополнился фиксаторами с термомеханической памятью.

В 2009 г. в отделении травматологии Наманганского филиала РНЦЭМП у 11 больных проведен остеосинтез ключицы с помощью фиксаторов с термомеханической памятью. Мужчин было 7 (63,6%), женщин 4 (36,4%). В возрасте от 15 до 30 были 6 (54,5%) больных, от 30 до 45 лет - 3 (27,2%), от 45 до 60 лет - 2 (18,8%).

При диафизарных косых и спиральных переломах ключицы выполняли интрамедуллярное шинирование ключицы спицей, а межфрагментарную компрессию отломков - накостными кольцевидными устройствами с памятью формы, устанавливаемыми на всем протяжении участка перелома ключицы.

После купирования послеоперационных болей (на 2-3 сутки) больным разрешали активные и пассивные движения на стороне повреждённой верхней конечности. Полный объём движений в плечевом суставе восстанавливался через 3-4 недели. Рентгенологически консолидация переломов отмечалась через 35-40 дней. У 10 (90,9%) оперированных больных отмечены удовлетворительные результаты лечения, у 1 (9,1%) - хорошие. Неудовлетворительных результатов после применения данного вида лечения мы не отмечали.

Таким образом, примененная нами методика остеосинтеза, позволяет производить раннее функциональное лечение переломов ключицы, обеспечивает раннюю реабилитацию и способствует эффективному восстановлению анатомо-функциональных структур ключицы.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИФОКАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ТАЗА И ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Тиляков А.Б.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Несмотря на опыт диагностики и лечения больных с повреждениями вертлужной впадины, целый ряд проблем требует своего решения. Своевременность, полнота и качество лечения во многом определяются полнотой и точностью диагностики повреждений. По данным частота повреждений вертлужной впадины составляет от 12,7 до 27,5% от общего числа повреждений костей таза, что объясняется несовершенством методов диагностики.

Внедрение в медицинскую практику метода компьютерной-томографии с моделированием объемных изображений в режиме 3D обеспечило получение не интегрального (наложенного друг на друга), а послойного изображения всех костных структур.

Под нашим наблюдением находились 89 больных с повреждениями таза и вертлужной впадины, лечившихся в отделении взрослой травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2004-2009 гг. Большинство больных были активного трудоспособного возраста, более половины пострадавших были моложе 40 лет.

При выполнении рентгенологического исследования в косых проекциях, в отличие от ранее предложенных методик, мы не поворачивали больного на бок, что могло привести к усугублению тяжести состояния. Данную процедуру осуществляли по разработанной нами методике наклоном трубки под углом 45°. При тяжелых сочетанных повреждениях рентгенологическое исследование проводилось на койке больного с помощью переносного рентгеноаппарата.

По показаниям у 42 больных применен метод компьютерной томографии с моделированием трехмерного изображения. Использовали компьютерный томограф Philips CT Aura (2002) в режиме Volum Rendering (slice - 7 mm, Table index - 5 mm, PITH-1.5). Трехмерная КТ позволяет оценить характер повреждения в объемном изображении без анализа отдельных срезов или сканов.

Для объективизации полученных данных количественно оценивали степень смещения отломков вертлужной впадины, головки бедра и конгруэнтность в тазобедренном суставе по данным рентгенологического КТ-исследования по схеме Claude Martimbeau в интерпретации D.C.Mears (2002).

Согласно этой схеме степень конгруэнтности суставных поверхностей и смещения костных отломков вертлужной впадины оценивали по балльной системе, по трем рентгенологическим проекциям и по данным фронтальных и аксиальных КТ сканов. В зависимости от суммы набранных баллов больные были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 16 больных без смещения отломков, 2-ю - 31 больной со смещением костных отломков, но с сохранением конгруэнтности между головкой бедра и сводом вертлужной впадины, 3-ю - 42 пациента с нарушением конгруэнтности между головкой бедра и сводом вертлужной впадины.

У 12 пострадавших переломы таза и вертлужной впадины сопровождались нестабильностью заднего полукольца таза в сочетании с разрывом лонного сочленения, у 9 имелась нестабильность в задних отделах таза, у 14 - переднего полукольца таза.

При сравнении рентгенологических и компьютерно-томографическихйданных о характере и локализации повреждений структур таза и вертлужной впадины у 19 (21,6%) пациентов обнаружено их несовпадение. Наибольшее число недиагностированных повреждений пришлось на множественные переломы с нарушением целостности тазового кольца в задних отделах: перелом задней колонны - 11, перелом заднего края вертлужной впадины - 8, перелом переднего края - 5, перелом передней колонны - 6.

Таким образом, интерпретация рентгенограмм, выполненных в экстренном порядке, объективно осложняется также неподготовленностью больных к проведению данного вида исследования. При подозрении у пострадавших на переломы задних отделов вертлужной впадины предпочтительнее использовать компьютерную томографию, которая позволяет диагностировать имеющиеся повреждения более чем в 97% случаев. Кроме того, она является более щадящей манипуляцией, так как не требует специальной укладки больного, что немаловажно при травме таза и вертлужной впадины.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

Толипов Н.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Переломы костей голени являются одним из частых повреждений у детей, частота которых, по данным литературы составляет от 6 до 21%, а среди переломов длинных трубчатых костей варьирует от 38 до 55%. Положительный исход лечения переломов костей голени у детей во многом зависит от выбора лечебной тактики. Раннее хирургическое лечение позволяет раньше активизировать больного, что способствует профилактике осложнений в течение периода медицинской реабилитации. Вместе с тем необоснованное применение травматичных способов остеосинтеза, причиняя дополнительную травму, может привести к нежелательному результату, усугубив состояние больного.

Работа основана на опыте лечения 309 больных в возрасте от 4 до 15 лет с переломами костей голени, находившихся в отделении детской травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУз в 2006-2009 гг. Оперативные методы лечения применены у 70 (22,6 %), консервативные - у 239 (77,4 %). Из консервативных методов лечения: гипсовая повязка использована у 159 (66,5 %) больных, скелетное вытяжение - у 80 (33,5 %). В остром периоде при оказании помощи пострадавшим с переломами костей нижних конечностей следует соблюдать основной принцип: чем тяжелее травма, тем проще и атравматичнее должно быть лечение. Предпочтение следует отдавать малоинвазивным способам репозиции и фиксации костных фрагментов. Благодаря наличию современной технологии - электронно-оптического преобразователя - у 56 (85 %) пациентов остеосинтез аппаратами наружной фиксации произведен малоинвазивно закрытым способом. При невозможности сопоставления костных отломков закрытым способом вследствие интерпозиции мягких тканей или самих костных осколков у 10 (15 %) больных осуществлен открытый способ репозиции минидоступом к месту перелома. Из аппаратов наружной фиксации (АНФ) 43 больных использовали спице-стержневые АНФ, разработанные в НИИТО МЗ РУз, у 4-остеосинтез стержневым компрессионно-дистракционным аппаратом наружной фиксации нашей клиники (патент РУз № FAP 2008 0023 от 23.05.08, № 5619). Необходимо отметить, что у больных при применении спице-стержневого АНФ и аппарата нашей клиники получены отличные и хорошие результаты.

Таким образом, применение спице-стержневых АВФ упрощает лечебную задачу за счет уменьшения длительности, травматичности и трудоемкости остеосинтеза костей голени. Простота и доступность методики позволяет шире внедрять ее в практику детской травматологии. Двухплоскостная фиксирующая способность, легкость и простота разработанного нами стержневого аппарата является его преимуществом перед применяемыми ранее аппаратами наружной фиксации. Аппарат может стать методом выбора при лечении переломов костей голени на современном этапе.

ЧАСТОТА ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ХОЛЕДОХА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Туйчиев Б.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Проведена оценка вероятности ятрогенного повреждения холедоха при лапароскопической и традиционной холецистэктомии у больных с деструктивным холециститом.

Изучены результаты хирургического лечения 173 больных острым холециститом, находившихся на лечении в Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Деструктивные формы холецистита (флегмонозный, гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат или абсцесс) интраоперационно диагностированы у 130 (75,1%) пациентов. Возраст больных варьировал от 23 до 76 лет (59,2ё12,5 года). 80% пациентов были старше 40 лет. Женщин было - 105 (80,8%), мужчин 25 (19,2%).

Все больные с деструктивными формами холецистита были разделены на две группы. Основную группу составил 51 (39,2%) пациент, подвергнутый лапароскопической холецистэктомии, контрольную группу 79 (60,8%) больных, которым выполнена традиционная холецистэктомия.

При лапароскопии у 34 (66,7%) больных выявлен флегмонозный холецистит или эмпиема желчного пузыря, у 17 (33,3%) гангренозный холецистит. У 9 (17,6%) больных они были осложнены формированием паравезикального инфильтрата или абсцесса.

Конверсия на традиционный доступ при деструктивном холецистите составила 3,9% (2 б-х). Причиной ее у 1 больного явилось кровотечение из пузырного протока, У пациентки со сроком приступов более 6 суток - повреждение холедоха на фоне выраженного спаечного процесса.

Характер и количество осложнений при лапароскопической и традиционной холецистэктомии достоверно не различались. В группе пациентов с широкой лапаротомией также имел место один случай ятрогенного повреждения холедоха и еще один случай десерозирования тонкой кишки. Количество интраоперационных осложнений в основной группе (3,9%) было несколько больше, чем в контрольной (2,5%), что еще раз указывают на необходимость дальнейшего совершенствования методов дооперационного прогноза "трудных лапароскопических холецистэктомий" и уточнения критериев своевременной конверсии.

Вопреки мнению об опасности эндоскопического пособия при деструктивных и осложненных формах холециститов, расширение показаний к лапароскопической холецистэктомии при соблюдении определенных условий не приводит к ухудшению результатов. К тому же послеоперационные осложнения лапароскопической холецистэктомии, как правило, можно своевременно диагностировать и устранить эндоскопическим способом. Так, в 1 больному с послеоперационного желчеистечением из ложа удаленного желчного пузыря проведены релапароскопия, клипирование дополнительного желчного протока ложа желчного пузыря, санирование и дренирование брюшной полости. Еще у одного больного желчеистечение по дренажу, самостоятельно прекратилось на 5 сутки. Еще одному больному потребовалась релапароскопия по поводу подпеченочной гематомы больших размеров и из-за неэффективности консервативного лечения.

В основной группе после операции умерла одна (2,0%) больная от ТЭЛА. При аутопсии осложнений со стороны органов

брюшной полости не выявлено. В контрольной группе летальность составила 2,5%. Скрупулезное соблюдение технико-тактического регламента использования эндовидеохирургической техники при деструктивном холецистите обеспечивает статистически достоверное сокращение времени оперативного вмешательства и некоторое снижение послеоперационной летальности. Малая инвазивность операции, в частности минимальная травматизация брюшной стенки и органов брюшной полости, способствует более быстрой послеоперационной реабилитации больных, сопровождающейся сокращением периода пребывания пациентов в стационаре в 2 раза и сроков временной нетрудоспособности в 1,5 раза.

Выводы. Лапароскопическая холецистэктомия при остром деструктивном холецистите является относительно безопасным эндовидеохирургическим вмешательством. Наряду малоинвазивностью, метод отличается также меньшей продолжительностью оперативного вмешательства, способствует сокращению сроков стационарного лечения и периода временной нетрудоспособности. При деструктивных формах острого холецистита лапароскопическую холецистэктомию необходимо обязательно завершать дренированием подпеченочного пространства, которое обеспечивает раннюю диагностику осложнений и выбор рациональной тактики их лечения.

К ВОПРОСАМ СТАНДАРТИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

Фазайеров Р.А.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Внедрение в клиническую практику компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) расширило представления о травматических внутричерепных гема-томах - улучшилась их диагностика, удается определить точную локализацию и размер гематомы, решить вопрос хирургического лечения. Однако проведения КТ и МРТ возможно не всегда, особенно в условиях районных больниц.

Под нашим наблюдением в отделениях нейрохирургии и нейрореанимации находились 37 больных с субдуральной гематомой.

Клинико-неврологическое обследование проводилось на основании стандартов. Оценивали степень угнетения сознания, выраженность дислокационных, очаговых и менингеальных симптомов, функцию черепно-мозговых нервов, проводили краниографию, эхоэнцефалоскопию, КТ и МРТ. Большинство пострадавших поступили в центр в тяжелом состоянии с оценкой по шкале Глазго в среднем в 8,3 баллов.

Частота основных клинико-неврологических симптомов в первые часы после травмы выглядели следующим образом: контрлатеральный гемипарез определялся у 63,8% больных, мидриаз на стороне очага - у 48,9%, анизорефлексия - у 44,7%, брадикардия - у 42,5%, нарастающие парезы конечностей - у 25,5%, судорожные припадки - у 15,3%. При учете динамики сознания выделены следующие варианты клинического течения субдуральных гематом:

- вариант без "светлого промежутка"-68,5%,
- вариант со стертым "светлым промежутком"-28,6%,
- вариант с развернутым "светлым промежутком" встречался у 2,9% пострадавших.

Таким образом, острые травматические субдуральные гематомы имеют свои особенности течения - ведущими клинико-неврологическими симптомами являются контрлатеральный по отношению к гематоме гемипарез, анизорефлексия, брадикардия, анизокория. В клиническом течении в большинстве случаев (68,5%) наблюдается вариант без "светлого промежутка", затем вариант со стертым "светлым промежутком" (28,6%). Надо отметить, что вариант с развернутым "светлым промежутком" при субдуральных гематомах наблюдается редко (2,9%).

Учет особенностей острых субдуральных гематом способствует раннему распознаванию, своевременному оказанию помощи и снижению осложнений острых травматических субдуральных гематом.

РЕПАРАТИВНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ МЕСТНОМ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ОСТЕОИНДУКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Шадманов Т.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Успех лечения при травмах опорно-двигательного аппарата во многом зависит от процессов регенерации костной ткани, которые протекают зачастую в условиях инфицированной раны, на фоне нарушенной микроциркуляции крови, гипоксии тканей, а также измененной общей реактивности организма ввиду наличия очагов хронической инфекции и сенсибилизации.

В настоящее время отмечается стремление клиницистов к оптимизации остеорепарации с использованием различных факторов, в том числе мумие, ретаболила, оротата калия, кальцитрина, антиоксидантов, электромагнитного поля, электролитов, лазерного излучения, низкомолекулярных пептидов, даларина и др. Однако преобладающим в практической травматологии в течение последних лет остается местное применение различных веществ. Основными требованиями к материалу для местной оптимизации репаративного остеогенеза являются высокая остеогенная потенция, отсутствие антигенности, простота получения, удобная для клинического применения геометрическая форма, постоянная доступность. Этим требованиям в настоящий момент наиболее полно удовлетворяет такой широко применяемый имплантационный материал как гидроксилапатит.

Идею использования кальцийсодержащих материалов для замещения дефектов костной ткани и оптимизации репаративного остеогенеза подсказал химический состав кости, основными минеральными ингредиентами которой и являются гидроксилапатит и трикальцийфосфат. Однако синтетические препараты на основе гидроксилапатита не находят повседневого применения в нашей практике из-за высокой стоимости. В связи с этим были изучены более доступные альтернативные остеоиндуктивные вещества. Мы сконцентрировали свое внимание на изучении биологических свойств мрамора.

Общим для гидроксилапатитов живых организмов и мрамора являются высокая упорядоченность структуры кристаллов, необычно высокая твердость, способность к обмену, регулируемому биологическими или физическими фактора-

ми, высокое содержание солей кальция.

Доклиническое экспериментальное испытание общетоксического действия препарата, изготовленного из мраморной муки, на организм животного показало отсутствие каких-либо достоверных признаков интоксикации.

На модели экспериментального повреждения диафиза бедренной кости у крыс изучены особенности репаративного остеогенеза при введении мраморной муки. В раннем и позднем послеоперационном периоде состояние животных оставалось удовлетворительным, неугнетенным, без местных патологических реакций и осложнений. Введение мраморной муки в область дефекта кости обеспечивало ускорение и улучшение качества регенерации. На 90 сутки эксперимента во всех группах в области дефекта сформировался полноценный костный регенерат, и костная ткань успешно встраивалась в костный орган.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДИМЕЛИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Шермухамедов Д.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В больших городах в связи с урбанизацией резко возросло число пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий, кататравм, у которых отмечаются множественные и сочетанные повреждения опорно-двигательного аппарата и внутренних органов.

В отделении травматологии РНЦЭМП за период с 2001 по 2009 гг. на лечении находились 64 больных с димелическими (двусторонними) переломами бедренных костей, у которых были диагностированы сочетанные повреждения других органов и систем. В общей структуре больных с переломом бедренной кости они составили 15,1%. Мужчин было 42 (65,6%), женщин 22 (34,4%) в возрасте от 20 лет до 63 лет. С травмами в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП) было 58 (90,6%), 6 (9,4%) больных получили травму в результате падения с высоты (кататравмы). 17 (26,6%) больных после полученных травм поступили в центр самотеком, 36 (56,2%) доставлены машиной скорой медицинской помощи, 11 (17,2%) пострадавших переведены из других клиник республики по линии санитарной авиации.

При поступлении все больные обследовались соответственно лечебно-диагностическим стандартам. Тяжесть травмы оценивали по шкале TS (trauma score), согласно которой, тяжелое и крайне тяжелое состояние (TS=10-3 балла) при поступлении было у 58 (90,6%) пострадавших. 19 (29,7%) больных находились в состоянии алкогольного опьянения. У 100% больных диагностирована черепно-мозговая травма: открытая у 8 (12,5%), закрытая - у 56 (87,5%). У 5 (7,8%) больных выявлен перелом костей свода и основания черепа, у 3 (4,7%) с образованием пластинчатых субдуральных гематом. У 5(7,8%) больных переломы обеих бедренных костей сочетались с абдоминальными повреждениями различной степени тяжести, у 19 (29,7%) - с повреждениями органов грудной клетки, у 14(21,8%) - с повреждением костей лицевого черепа, у 3 (4,7%) - с сочетанным повреждением магистральных артерий нижних конечностей.

У 21 (32,8%) больного были открытые переломы одного бедра, у 2 (3,1%) - открытый перелом обеих бедренных костей.

Метод оперативного вмешательства на опорно-двигательном аппарате зависел от локализации и типа повреждения костей. Всего оперативному вмешательству подвергнуты 55 (85,9%) пострадавших. Все больные по поводу черепно-мозговой травмы получали консервативное лечение. Из 14 (21,8%) пострадавших с повреждениями костей лицевого черепа челюстно-лицевыми хирургами оперированы 5 (7,8%). Из 19 (29,7%) пострадавших с повреждением грудной клетки у 5 (7,8%) произведена торакоскопия. 12 (18,7%) больных были подвергнуты диагностической лапароскопии, у 4 (6,2%) из них была конверсия на лапаротомию; со спленэктомией у 2 (3,1%), с нефрэктомией у 1 (1,5%), у 1 (1,5%) больного произведено ушивание множественных разрывов печени. 3 (4,6%) больным произведено восстановление поврежденных магистральных артерий нижней конечности. 11 (17,2%) пострадавших оперированы симультанно, 2, а иногда 3 бригадами хирургов.

Операции на опорно-двигательном аппарате выполнены у 54 (84,4%) больных. Консервативному лечению были подвергнуты 10 (15,6%) больных. 31 (48,4%) больной оперирован в первые трое суток. В сроки от 72 часов хирургической стабилизации переломов подвергнуты 23 (35,9%) пострадавших. У 49 (76,5%) больных произведен остеосинтез обеих бедренных костей, у 5 (7,8%) остеосинтез одного бедра, второе иммобилизировали гипсовой повязкой.

У больных, оперированных в поздние сроки или леченных консервативными методами, развились осложнения гипостатического характера. У 32 (50%) больных развилась пневмония, у 8 (12,5%) - сепсис, у 6 (9,4%) - инфекция мочевыводящих путей, у 7 (10,9%) - пролежни, у 46 (71,8%) - острая постгеморрагическая анемия различной степени тяжести, у 11 (17,2%) пострадавших имела место клиника жировой эмболии, у 3 (4,7%) - тромбоэмболии.

Умерли 8 (12,5%) больных. 2 (3,1%) из них находились в стационаре от 3,5 до 6 часов, причиной смерти у 1 стала тяжелая черепно-мозговая травма с вовлечением стволовых структур, у 1 - декомпенсированный шок. 6 (9,4%) больных находились в стационаре в сроки от 3 до 40 дней. Причиной смерти у 3 (4,7%) из них явилась тяжелая черепно-мозговая травма, у 1 (1,6%) молниеносная форма тромбоэмболии легочной артерии, 2 (3,1%) скончались от полиорганной недостаточности, которая явилась следствием инфекционных и застойных осложнений. Нужно отметить, что в группе оперированных больных умерших было 2 (1,8%), а в группе больных, леченных консервативными методами, смертность составила 60 %.

Таким образом, больные с сочетанной травмой, у которых имеются димелические переломы бедренных костей, являются сложной группой, как в плане диагностики, так и в плане хирургического лечения. Хирургическая тактика должна исходить как от тяжести состояния больного, так и от тяжести повреждения опорно-двигательного аппарата.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ФЛОТИРУЮЩИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ РЕБЕР

Шукруллаев М.Б.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Современный травматизм характеризуется увеличением числа тяжелой сочетанной травмы, которая зачастую приводит к развитию критических состояний, заканчивающихся гибелью больного. У 40-45% погибших вследствие всех механических повреждений обнаруживают тупую травму груди. При этом наиболее сложной категорией считаются пациенты с множественными двойными или окончатыми переломами ребер, приводящими к флотации грудной клетки. Эти пострадавшие, как правило, поступают в состоянии тяжелого травматического шока и имеют различные сочетанные повреждения. У них быстро нарастают явления дыхательной недостаточности, присоединяются тяжелые инфекционные осложнения. Об актуальности проблемы говорит летальность, которая приближается к 70-100%.

Цель нашей работы: сформировать хирургическую тактику комплексного лечения множественных флотирующих переломов ребер.

В 2001 - 2008 гг. в травматологическом отделении Хорезмского отделения РНЦЭМП находились 253 человек с переломами ребер, из них множественные были у 146 (57,7%). Флотирующие переломы ребер имели место у 15 (10,2%) пациентов. 13 (86,6%) пострадавших поступили в состоянии травматического шока, из них 12 пациентов имели повреждения других анатомических областей. Так, сочетания с черепно-мозговой травмой отмечались у 4 (33,3%) человек, с травмой опорно-двигательного аппарата - у 5 (41,6%), с повреждениями внутренних органов живота - у 3 (25%).

По поводу повреждений органов брюшной полости (1 - разрыв печени, 2 - разрыв селезёнки и кишечника) больным произведена экстренная лапаротомия.

В лечении пациентов с множественными флотирующими переломами ребер мы придерживались следующих принципов:

1) интенсивная терапия в условиях отделения реанимации;

2) борьба с болевым синдромом, новокаиновые паравертебральные блокады, высокий перидуральный блок как высокоэффективный метод аналгезии и улучшения микроциркуляции: купирование боли не просто акт гуманной помощи пациенту, а важнейший элемент программы лечения, позволяющий избежать опасных осложнений острого посттравматического периода;

3) превентивное дренирование плевральной полости с целью профилактики и лечения внутриплевральных осложнений;

4) стабилизация каркаса грудной стенки путем "внутренней пневматической стабилизации" через искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), наружной фиксации ребер нагрудной пластиной из поливика. Благодаря лигатурной фиксации термолабильной пластиной из поливика за надкостницу ребер устранялась флотация грудной стенки, уменьшалась дыхательная недостаточность (снижалась частота дыхательных движений, увеличивалось насыщение кислородом крови уже на следующие сутки);

5) санационные бронхоскопии с целью восстановления адекватной вентиляции, профилактики и лечения инфекционных легочных осложнений;

6) наложение нижней трахеостомы на 3-5 сутки у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой и шоком для проведения пролонгированной ИВЛ, уменьшения объема "мертвого" пространства, адекватной санации трахеобронхиального дерева через трахеостому.

Общая летальность среди больных с множественными флотирующими переломами ребер составила 40% (6 пациентов). 4 больных умерли в первые 2 суток с момента поступления от тяжелого травматического шока и сочетанных повреждений других анатомической областей. У остальных смерть наступила позднее 7 суток и была обусловлена нарастающей дыхательной и полиорганной недостаточностью на фоне инфекционных осложнений.

Таким образом, используемая нами тактика лечения пострадавших с множественными флотирующими переломами ребер позволяет оптимизировать результаты лечения, искать новые решения по снижению летальности среди этой весьма проблемной и тяжелой категории больных .

I. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН
Икрамов А.И., Хаджибаев А.М. 6

СОСТОЯНИЕ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН
Азизов М.Ж. 7

ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ В ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ ТРАВМАХ
Акилов Х.А., Бекназаров Ж.Б., Урмонов Н.Т. 7

АНГИОТРАВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ КОНЕЧНОСТЕЙ, СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
Баубеков М.Б. 8

НЕКОТОРЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ
Валиев Э.Ю. 8

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АЛГОРИТМОВ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ МЕХАНИЧЕСКИХ ТРАВМАХ
Давлатов Б.Н. 9

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭТАПНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ
Давлатов Б.Н., Мамаджанов Х.Х. 10

ОПЫТ АФРНЦЭМП В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ
Давлатов Б.Н., Ходжамова Т.У., Мамаджанов Х.Х. 11

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ, СОЧЕТАННЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА
Жоллыбеков Д.Б., Елмурзаева Г.С. 12

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ
Захидова С.Х., Давронова З.Д., Агзамов М.К., Карабаев Х.К. 13

НЕОБХОДИМЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЛИНИКАХ И В ЦЕНТРАХ МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ
Искандаров Т.И., Кучкарова М.Р. 13

СОСТОЯНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Исрайилов Д.У., Махкамов К.Э. 14

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЙ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ СТАЦИОНАРОВ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Карабаев М.К., Хошимов В.Г., Маманабиев Ю.Т. 14

ПЕРВЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ТОЦЭМП
Карабаев О.В., Бакиров Г.М., Хамракулов Б.Б. 15

ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ
Карабаев О.В., Бакиров Г.М., Холиков А.Т. 15

ЛЕЧЕБНЫЕ СТАНДАРТЫ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАХ ГРУДИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ
Каримов Ш.Н., Пахмурин И.Р., Жаббаров Н.Б., Усманов А.К. 16

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ОБЪЕМА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
Кенжаев О.А., Махмудов Н.И., Хайдаров А.Х. 16

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АРХИТЕКТУРНО-ПЛАНИРОВОЧНЫХ РЕШЕНИЙ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Кучкарова М.Р., Искандарова Г.Т., Ильина О.Н. 16

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ
Максудов Б.М., Давлатов Б.Н., Набиев Ф.О., Ханапияев Ф.Р., Мамаджанов Х.Х. 17

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ТРАВМАХ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН
Марупов А.М., Стопницкий А.А. 17

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ
Махмудов Х.А., Аббасханов Г.А 18

АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНУЮ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКУЮ СЕТЬ ПО СЕЗОНАМ, ДНЯМ НЕДЕЛИ И ВРЕМЕНИ СУТОК
Машарипов Ж.К., Машарипов К.М. 19

АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ ЗА АМБУЛАТОРНОЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ТРАВМЫ
Машарипов К., Машарипов Ж.К. 19

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ИНФИЦИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ В УСЛОВИЯХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУНКТА
Машарипов К., Машарипов Ж.К. 20

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЁЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ
Некбоев Х.С., Шакиров Б.М., Карабаев Ж.Ш. 20

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ОБОЖЖЕННЫМ В УСЛОВИЯХ МАССОВОГО ИХ ПОСТУПЛЕНИЯ
Норкузиев Н.У., Джулбекова Д.Д., Султонова Х.Ш, Рахмонов Б.Р., Номозов А.Н., Зиёдуллаев Н.Э. 21

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ОРГАНОВ ЖИВОТА И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА
Раимжанов А.А., Кузиев В.В. 21

ТАКТИКА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МАССОВЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ УГАРНЫМ ГАЗОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
Стопницкий А.А., Марупов З.Н. 22

К ВОПРОСУ ОБ АВТОМАТИЗАЦИИ ВЫБОРА СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ
Турсунов Н.Б., Турсунов Б.С., Турсунова Г.Б. 22

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ
Турсунов Н.Б., Турсунов Б.С., Турсунова Г.Б. 23

БОЛАЛАР ОҒИР КРАНИОЦЕФАЛ ЖАРОҲАТЛАРИДА ТЕЗ ЁРДАМ КЎРСАТИШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ
Файзуллаев Ф.Ф., Тўхтабеков З.Л. 23

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВЫЕЗДНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КОМБУСТИОЛОГИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ В ОЧАГЕ ТЕХНОГЕННОЙ АВАРИИ
Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Шукуров С.И., Абдуллаев У.Х., Убайдуллаев З.Ш. 24

СОВРЕМЕННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ
Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю., Усманов Х.Х. 25

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ
Эргашев Р.Х., Жумаев М.Б., Шукуров Ш.Р., Хайдаров М.Х., Маманазаров А.Х. 26

ЗНАЧЕНИЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
Эрметов А.Т., Холмирзаев Ф.Х., Юсупов А.М., Шарифбаев С.А. 26

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МАССОВЫХ ТРАВМАХ В УСЛОВИЯХ ФИЛИАЛА И СУБФИЛИАЛОВ
Эрназаров Х., Шодмонов Б., Аллаев Д., Вохидов У. 27

ФАВҚУЛОТДА ҲОЛАТЛАРДА ШИКАСТЛАНГАНЛАРГА ШОШИЛИНЧ ТРАВМАТОЛОГИК ЁРДАМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ
Юлдашев З.Ш., Юсупов Н.Т., Уринов У.Б., Хаитбоев Б.М. 27

ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ТИЗИМИ ФАОЛИЯТИНИНГ СУД-ТИББИЙ ЖИҲАТЛАРИ
Якубов Б.Т. 28

II. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ, ОБЩИЕ И ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ТРАВМ

2.1. Стандарты диагностики и лечения сочетанных травм и политравм

ВЕДУЩИЕ ВОЗБУДИТЕЛИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПЕРЕЛОМАМИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ
Абдурахманов М.М., Саидов С.С., Раджабов М.М. 29

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ
Абдурахманов М.М. 29

ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА
Алимова Х.П., Баходирова А.Н., Мусаев Т.С., Бабаджанова З.О. 30

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ АМПУТАЦИЯМИ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ
Асамов Р.Э., Минаев Т.Р., Ахмедов Р.А., Юлдашев А.А., Низов О.Н., Хакимов А.Б. 30

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СОСУДОВ
Асамов Р.Э., Хамидов Б.П., Шукуров Б.И., Махмудов Б.Й. 31

К ВОПРОСУ О ПРОВЕДЕНИИ РЕГИОНАРНОЙ ПЕРФУЗИИ ПРИ РЕПЛАНТАЦИЯХ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ
Ахмедов Р.А., Асамов Р.Э., Минаев Т.Р., Юлдашев А.А., Низов О.Н., Хакимов А.Б. 32

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
Ахмедов Р.А., Низов О.Н., Машарипов Ф.А, Юлдашев А.А. 33

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СОСУДОВ "ТРУДНОЙ" ЛОКАЛИЗАЦИИ
Бахритдинов Ф.Ш., Норкулов А.А., Рахимов Б.А. 33

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ
Валиев Э.Ю. 34

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ
Гринь А.А., Крылов В.В., Николаев Н.Н. 34

СПОСОБЫ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ РЕПЛАНТАЦИЯХ КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ
Дадабаев Х.Р., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Юсупов Н.Т. 35

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕТЕЙ
Золотова Н.Н. 36

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТОВ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ В ЭКСТРЕННОЙ СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ И МИКРОХИРУРГИИ
Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Юсупов Н.Т., Дадабаев Х.Р. 36

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ГРУДИ
Исхаков Б.Р., Жалилов Э.Т., Джурабоев А.М. 37

ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ
Каримов Б.Р., Утешев М.Ш. 37

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Каримов З.З., Норкулов А.А., Рахимов Б.А. 38

ЛЕЧЕНИЕ ОТЁЧНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ
Мамедов Б.К., Муминов М.Д., Зокиров Т.Ш. 38

СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ
Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Акбаров А.А. 39

РЕПЛАНТАЦИИ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ
Минаев Т.Р., Ахмедов Р.А., Юлдашев А.А., Низов О.Н., Хакимов А.Б. 39

ИЛИЗАРОВ АППАРАТИ БИЛАН ОСТЕОСИНТЕЗ ҚИЛИНГАНДА АРТЕРИЯ КОН ТОМИРИ ШИКАСТЛАНГАНДА ЖАРРОҲЛИК АЛГОРИТМИ
Муҳаммадиев А.Б., ДеҳконовК.М., Содиқов И.Х. 40

ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЗМОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ
Насимов С.Т., Тухтабеков З.Л. 40

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ОБШИРНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ КИСТИ
Низов О.Н., Минаев Т.Р., Ахмедов Р.А., Юлдашев А.А., Хакимов А.Б. 41

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ
Порсахонов Р.Г., Ахмедов Р.А., Абдуллаев Ш.М. 42

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ
Раззаков А.А., Салимов Н.Ф., Сироджов К.Х., Батыров Ф.А. 42

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ
Рахимов Б.С., Косимов З.Н., Насретдинов З.Т., Аккузиев И.К., Абдужаббаров А. 43

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРФТОРАНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ
Сабиров Д.С., Юлдашев Ф.А. 43

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
Саидов С.С., Абдурахманов М.М., Раджабов М.М. 44

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ
Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Абдусаматов Б.З. 44

ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ
Сатвалдиева Э.А., Сабиров Д.М., Мустакимов А.А. 45

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАХ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ
Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Дадабаев Х.Р. 46

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ ПРИ РАНЕНИЯХ СОСУДОВ ШЕИ
Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Акбаров А.А. 46

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т. 47

ОКАЗАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ И МИННО-ВЗРЫВНЫХ ТРАВМАХ
Усманов Х.Х., Омонов А.С. Хайдаров К.У. 48

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ
Утешев М.Ш., Валиев Э.Ю. 48

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЛИТРАВМОЙ
Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю. 49

ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖИВОТА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ
Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Янгиев Р.А., Хакимов А.Т. 50

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ В "КРИТИЧЕСКОЙ" ЗОНЕ
Эркабаев А.К., Усманов Б. С., Исмаилов Ж. Т. 50

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ
Эрметов А.Т., Исхаков Б.Р., Рузматов А.Э. 51

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИЕЙ
Юлдашев Ф.А. 51

БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА
Юлдашев Ф.А. 52

СТАНДАРТЫ ВЫБОРА РЕЖИМОВ И ПАРАМЕТРОВ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ
Юлдашев Ф.А., Сабиров Д.С. 52

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕННОЙ ГНОЙНОЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ
Юсупов Н.Т., Уринов У.Б., Тожиев М.М., Хаитбоев Б.М., Шамсиддинов С.Ш. 53

2.2. Стандарты диагностики и лечения повреждений опорно-двигательного аппарата

ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ
Абдурахманов М.М., Абдурахманов Ш.М., Бафаев З.П., Саидов С.С., Рузиев У.У. 54

СОВРЕМЕННЫЕ МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ ДЛЯ НЕЙРОАКСИАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ
Аташев А.Р., Уразбаев А. А., Рахмонов З.Р. 54

НОВЫЙ МЕТОД ОСТЕОТОМИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОНТРАКТУРАХ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ
Байимбетов Г.Д., Ходжанов И.Ю. 55

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КЛЮЧИЦЫ МЕТОДОМ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА
Баратов А.Б., Шукуруллаев А.Р., Рахматов М.Б., Камолов Ё.О., Ярлакабов Ж. 55

СТАБИЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ГОЛЕНИ
Баратов А.Б., Шукуруллаев А.Р., Рахматов М.Б, Камолов Е.О., Ярлакабов Ж. 56

СБАЛАНСИРОВАННАЯ РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПОСТШОКОВОМ ПЕРИОДЕ
Бахронов Ш.Я., Жумаев Б.Э., Олимов Я.Б. 56

ШОШИЛИНЧ ТРАВМАТОЛОГИЯДА НАЙСИМОН СУЯКЛАР ОЧИҚ СИНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШ ТАЖРИБАСИ
Бекназаров У.Ш., Юлдашев Р.С., Шакаров Б.Н. 57

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ
Дехканов К.М., Уринов У.Б., Юлдашев.З.Ш. 57

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛЕНИ КОМБИНИРОВАННЫМ СТЕРЖНЕВЫМ АППАРАТОМ
Дехканов К.М., Уринов У.Б., Мухамадиев А. 58

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ
Джаббаров Д.Д., Косимов М.А.,Эшмирзаев Ж.Х. 59

ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ
Джаббаров Д.Д., Косимов М.А., Эшмирзаев Ж.Х. ____ 60

К ВОПРОСУ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РЕЛЮКСАЦИИ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВЫВИХОВ МОНТЕДЖИ У ДЕТЕЙ
Жабборов К.С., Машарипов К.М., Нурматов И.З., Лим Е.Н. ____ 60

СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА С РАЗРЫВОМ НИЖНЕГО МЕЖБЕРЦОВОГО СОЧЛЕНЕНИЯ
Исмоилов А.В., Содиков И.Х. ____ 61

БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯКЛАРИ ДИСТАЛ ҚИСМИ СИНИШЛАРИНИ СТАНДАРТ УСУЛДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ
Исмоилов А.В. ____ 62

ЭТАПНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ПЕДИАТРИИ
Ким К.А., Норузаков Т.Т., Юлчиев Х.М., Габидуллина Ф.А. ____ 62

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАННЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА С БЛОКИРОВАНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМОЙ
Лазарев А.Ф., Бессонов С.В., Солод Э.И., Аржакова Н.И. ____ 63

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ
Лазарев А.Ф., Солод Э.И. ____ 63

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОДТАРАННОГО ВЫВИХА СТОПЫ
Мадрахимов Л.Н., Эргашев М.Б. ____ 64

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРА И КОСТЕЙ ТАЗА
Махкамов И.Х., Утешев М.Ш. ____ 64

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ТРАВМЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т. ____ 65

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАННЕЙ ПЕРВИЧНОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖЕНИЙ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ
Машарипов Ж.К., Машарипов К., Шукруллаев М.Б. ____ 66

НАШ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ
Машарипов К. ____ 66

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗ- И НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ
Машарипов Ф.А., Мусаев Т.С., Толипов Н.Н. ____ 67

СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ЧРЕЗ- И НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ
Мусаев Т.С., Машарипов Ф.А. ____ 67

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТОВ НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ
Мусаев Т.С., Толипов Н.Н. Машарипов Ф.А. ____ 68

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ФУНКЦИОНАЛЬНО-СТАБИЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА И ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ
Мусаев Т.С. ____ 69

ОСОБЕННОСТИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ
Наврузов С.Ю. ____ 69

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНЫМ ДЕЛИРИЕМ ПЕРЕНЕСШИХ, ТЯЖЕЛЫЕ ТРАВМЫ ОПОРНО - ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА
Насивалиев И.М., Махмудов Н.И., Уринов У.Б. ____ 70

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ
Низамходжаев Ф.М., Тиляков А.Б. ____ 70

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ L-ЛИЗИНА ЭСЦИНАТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Ражабов О.С., Машарипов К.М., Жаббаров К. ____ 71

ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРА И ГОЛЕНИ
Сафаров М.Н., Жаббаров Ж.Ю. ____ 71

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ТАЗА ПРИМЕНИТЕЛЬНО К МЕТОДАМ ВНЕОЧАГОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗА
Тиляков А.Б. ____ 72

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ
Тиляков А.Б., Низамходжаев Ф.М. ____ 73

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ
Тиляков А.Б. ____ 73

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХ СХЕМ ГЕПАРИНОТЕРАПИИ У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Туляков Р.П., Эрназаров Х.М., Кушшаев Н.П., Нуруллаев Д.Я. ____ 74

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ФЛЕБОТРОМБОЗОВ И ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ СО СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМОЙ
Туляков Р.П., Кушшаев Н.П., Муродов Б.Х., Хусанова Ф.М., Шомуродов О.О. ____ 74

ЩАДЯЩЕЕ ЗАКРЫТОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ МЕТОДОМ ЗАКРЫТОГО ПОГРУЖНОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
Умирсеригов Б.У. ____ 75

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕДИАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ
Уринов У.Б., Ботиралиев А.Б. ____ 75

СТАНДАРТ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ У ДЕТЕЙ
Уринов У.Б., Ботиралиев А.Б. ____ 76

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ТРАВМ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ
Хамраев И.Ш., Рузиев П.Н., Турсунов О.А. ____ 76

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ КИСТИ У ДЕТЕЙ
Хашимов Ф.Ё., Мусаев Т.С. ____ 77

СТЕРЖНЕВОЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ
Ходжанов И.Ю., Хужаназаров И.Э. ____ 77

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТУРЫ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ
Ходжанов И.Ю., Касымов А.А., Байимбетов Г.Дж. ____ 78

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С НАДМЫЩЕЛКОВЫМИ И ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
Ходжиев Д.Ш., Торемуратов С.Т., Наубетов Д.Д., Еримбетов Д. **78**

АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ
Ходжиев Д.Ш., Торемуратов С.Т., Наубетов Д.Д. **79**

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЧРЕЗ- И НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ В ЭКСТРЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ
Хушваков Ж. Х., Юлдашев Р.С., Шакаров Б.Н., Бекназаров У.Ш. **79**

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ
Шадманов Т.Т., Мусаев Т.С. **80**

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ
Шакаров Б.Н., Туракулов Ш.Х., Юлдашев Р. С., Хушваков Ж. Х., Бекназаров У.Ш. **80**

ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНЫХ БЛОКАД ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ПРИЁМНО-ДИАГНОСТИЧЕКОМ ОТДЕЛЕНИИ
Шерматов С.А., Кодиров Э.А., Отабоев Я. **81**

ЗАКРЫТЫЙ ЧРЕСКОЖНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ СПИЦАМИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
Эрназаров Х.М., Очилов Э.К., Шодмонов Б.Р.,Нодиров Б.О., Насимов С.С. **81**

СОН СУЯКЛАРИ СИНГАНДА ЁҒЛИ ЭМБОЛИЯНИ ЭРТА ПРОФЛАКТИКАСИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ
Эрназаров Ҳ.М., Насимов С.С., Нодиров Б.О., Рузиев О.Н., ОчиловЭ.К. **81**

СПОСОБ ВЕБЕРА КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ВЫВИХОВ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ
Эшанкулов Г.С., Убайдуллаев Б.С. **82**

ЎМРОВ СУЯГИ СИНИШЛАРИНИ ЭЛЕКТРОН-ОПТИК ЎЗГАРТИРГИЧ РЕНТГЕН АППАРАТИ ЁРДАМИДА ИНТРАМЕДУЛЛЯР ОСТЕОСИНТЕЗ ҚИЛИШ УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ
Юлдашев З.Ш., Тожиев М.М., Эрматов Ғ.Э. **82**

ЎМРОВ СУЯГИ СИНИШЛАРИНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ
Юлдашев З.Ш., Содиков И.Х., Шерматов С. **83**

ОСТЕОСИНТЕЗ ПРОКСИМАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ФИКСАТОРАМИ С "ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ" У ДЕТЕЙ
Юсупов Н.А., Мамадалиев А., Лутфуллаев С. **83**

2.3. Стандарты диагностики и лечения нейротравм

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА ПРИ ГЕМОФИЛИИ
Абдумавлянова Н.А., Тухтабаева К.А., Ташмухамедов А.А. **84**

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ГЕМАТОМАМИ
Абдурасулов Ф.Х., Мирзабаев М.Д, Кариев Ш.М. **84**

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
Абдусатторов А.А., Махмудов.Х.А., Махмудов А.Ф. **85**

РОЛЬ ЭХО-ЭГ В ДИАГНОСТИКЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ
Абиров Х.Т., Хакимов Л.М., Дусткобилов У.Н. **85**

ШОШИЛИНЧ НЕЙРОХИРУРГИЯ АМАЛИЁТИ ДИАГНОСТИК СТАНДАРТЛАРИДА КЎЗ ТУБИ ҲОЛАТИНИНГ ЎРГАНИШНИНГ АҲАМИЯТИ
Акбарова М.А.,Тураева Ё.М.,Махмудов Н.И **86**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ
Арзикулов Т.Н., Равуфов Х.А., Муминова Р.Т., Ибрагимов Б.Х. **86**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ГРУДОПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ
АрзикуловТ.Н., ИбрагимовБ.Х., УсаровА.Ж., Бегимкулов Ш.Т., Расулов А.Э. **87**

СЛУЧАЙ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ ИНТИМЫ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ
Арифджанов Ш.Х. **87**

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НАГНОИВШИХСЯ КЕФАЛОГЕМАТОМАХ У НОВОРОЖДЕННЫХ
Ахмедиев М.М.,Туляганов Б.А. **88**

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РОДОВЫМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ
Ахмедиев М.М., Голеусов С.В. **88**

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННОЙ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА
Ашуров З.И., Тажибаев А.Т, Исмаилов А.И, Шарифбаев С.А, Хайдаров У.А. **89**

КРАНИОЦЕФАЛ ЖАРОҲАТЛАР ВА ЎТКИР РЕСПИРАТОР ИНФЕКЦИЯ БИРГА УЧРАГАНДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ
Баҳодирова А.Н., Усмонов А.Н., Тўхтабеков З.Л., Бабаджонова З.О. **89**

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ПОСТРАДАВШИХ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ
Бекчанов Х.Ю., Машарипов Б.О., Нурматов И.З. **89**

К ВОПРОСУ О СТАНДАРТАХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОДОЛЬНЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ
Бекчанов Х.Ю., Машарипов Б.О., Нурматов И.З. **90**

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМ АКСОНАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Бобоев Ж.И., Мирзабаев М.Д., Кариев Ш.М., Порсаев А.И. **90**

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ
Бурханов И.М., Алейник В.А., Давлатов Б.Н. **91**

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ
Голеусов С.В., Ахмедиев М.М., Тулаев Н.Б., Эшкувватов Г.Э. **91**

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ИВЛ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
Дадаев Х.Х., Юлдашев Ф.А. **92**

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ
Дадаев Х.Х., Юлдашев Ф.А. **92**

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВАЗОСПАЗМА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ
Изюмов Д.П., Изюмова Г.А.,Абдуллаев Х.К., Юсупов У.Р. **93**

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ
Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Шерниязов С.А., Рахмонов З., Худайберганова Р.А. **93**

НОВОЕ В КРИТЕРИЯХ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ
Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Шихова Я.И., Ибрагимова М.О., Шерниёзов С., Сиддиков Ш.С. **94**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛОКТЕВОГО НЕРВА
Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Мукимов Ф.Х. **94**

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛУЧЕВОГО НЕРВА
Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Сафаев М.М., Тишабаев Т.В. **95**

СОЧЕТАННАЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА, СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
Исроилов З.Г., Сафаев М.К., Тожиев М.Т. **96**

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ ПРИМЕНЕНИЕМ ФЕНОТРОПИЛА
Каримова Д.Ю., Рахимова Н.И., Равшанова М.М. **96**

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ
Ким А.А., Хазраткулов Р.Б., Мирзабаев М.Д. **97**

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ГРЫЖ, ОСЛОЖНЕННЫХ КАУДОСИНДРОМОМ
Ким А.В., Махкамов К.Э., Намозов А.Н. **97**

ОПТИМАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ТЕХНОЛОГИИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ЧЕРЕПА
Кравчук А., Потапов А., Корниенко В. **98**

ЗНАЧЕНИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
Крылов В.В., Талыпов А.Э., Пурас Ю.В. **98**

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД УДАЛЕНИЯ ПОДОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛОКАЛЬНОГО ФИБРИНОЛИЗА
Кузибаев Ж.М., Махкамов К.Э., Рузиев Х.Х. **98**

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ ПРИ ПОЗВОНОЧНО СПИННОМОЗГОВЫХ ТРАВМАХ В РНЦЭМП
Махкамов К.Э., Исрайилов Д.У. **99**

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП
Махкамов К.Э., Тухтабеков З.Л., Пяк А.А. **100**

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ
Махкамов К.Э., Юнусов Р.С. **100**

О СТАНДАРТАХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ФИЛИАЛОВ РНЦЭМП
Махматмуминов С.Н. **101**

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУР ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ
Мирзабаев М.Ж., Муминов З.В., Тангиров З.Э. **101**

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ
Мирзаюлдашев Н.Ю., Бурханов И.М., .Давлатов Б.Н., Ханапияев Ф.Р. **102**

НООТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛЁГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ
Муминов М.Д. **102**

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КЕФАЛОГЕМАТОМАМИ
Мусаев А.К., Тухтабеков З.Л. **102**

К ВОПРОСУ ОБ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
Муссавий Б.Д., Асанов Э.А. **103**

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗВОНОЧНО-СПИНОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ
Набиев Ф.О., Давлатов Б.Н., Максудов Б.М., Мамаджанов Х.Х. **103**

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ВЕГЕТАТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ
Намозов А.Н., Дадаев Х.Х., Ким А.В. **104**

ПОВРЕЖДЕНИЯ ГРУДОПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ – К ВОПРОСУ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ
Перфильев С.В. **104**

СТАБИЛИЗАЦИЯ ПОЗВОНКОВ И СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ
Перфильев С.В. **105**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ
Потапов А.А., Охлопков В.А., Кравчук А.Д., Лихтерман Л.Б. **105**

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ НА МОЗГОВОЙ КРОВОТОК У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
Сабиров Д.М., Дадамьянц Н.Г, Сабиров Д.С., Дадаев Х.Х. **105**

ТАКТИКА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
Сарибоев О.М., Давлатов Б.Н., Бурханов И.М., Ханапияев Ф.Р. **106**

К ПРОБЛЕМЕ ЗАМЕЩЕНИЯ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПА
Сарибоев О.М., Бурхонов И.М., Давлатов Б.Н., Мирзаюлдашев Н.Ю. **106**

4 ОЙЛИК БОЛАДА СИЛКИНИШ ТУФАЙЛИ СУБАРОХНОИДАЛ ҚОН ҚУЙИЛИШИ
Сафаев М.К., Абдуллаев Д.Д., Ким К.А. **107**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ
Тожиев М.Т., Абдуллаев Д.Д., Исаков Э.А. **107**

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ
Тухтабеков З.Л., Махкамов К.Э., Пяк А.А. **108**

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ СУБДУРАЛЬНЫЕ ГИДРОМЫ У ДЕТЕЙ
Тухтабеков З.Л., Пяк А.А. **108**

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ИСХОД ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
Тухтабеков З.Л., Мусаев А.К. **108**

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ И ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ
Улмасбаев Р.М., Давлатов Б.Н., Ханапияев Ф.Р., Мамаджанов Х.Х., Набиев Ф.О. **109**

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ И ТАКТИКА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
Усмонов С.А., Давлатов Б.Н., Ханапияев Ф.Р., Мамаджанов Х.Х., Набиев Ф.О. _____ **110**

БОЛАЛАРДА АПОНЕВРОЗ ОСТИ ГЕМАТОМАЛАРИНИНГ УЧРАШИ
Файзуллаев Ф.Ф., Иботов Н.О._____ **110**

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Хазраткулов Р.Б., Мирзабаев М.Д., Ким А.А., Порсаев А.И. _____ **111**

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ
Ханапияев Ф.Р., Худайбердиев К.Т., Давлатов Б.Н., Набиев Ф.О., Мамаджанов Х.Х. _____ **111**

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НОСА У ДЕТЕЙ
Хатамов Ж.А., Мухаммадиев О.Ш., Бекмурадов М.А.____ **112**

ИНТРАТУМОРОЗНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ – УРГЕНТНОЕ СОСТОЯНИЕ В НЕЙРООНКОЛОГИИ
Холбоев Ш.Х., Кадырбеков Р.Т., Холиков Н.Х._____ **112**

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ
Худайберганов Ш.А., Муминов М.Д. _____ **112**

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УГЛЕРОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Худайбердиев К.Т., Мирзаюлдашев Н.Ю., Давлатов Б.Н._____ **113**

О РАННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
Шаминов У.Э., Махматмуминов С.Н., Нафасов Б.Д., Боймуродов Х.Б. _____ **114**

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ И ВЫБОР ТАКТИКИ КОРРЕКЦИИ ГОМЕОСТАЗА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ
Эминов Б.Дж., Солиев Р.К.,Юлдашев А._____ **114**

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА
Эргашев Р. Х., Жумаев М. Б., Наврузов А. А._____ **115**

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
Эргашев Х.Г., Парманов А.А., Хидиров М.С., Эшмирзаев Б.М._____ **115**

К ВОПРОСАМ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОТЕКА СПИННОГО МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМЫ
Юлдашев Ш.С., Саттаров А.Р., Агзамов М.К., Муродова Д.С._____ **116**

СТАНДАРТНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ТРАВМАХ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА
Юлдашев Ш.С., Саттаров А.Р., Агзамов М.К., Муродова Д.С. _____ **116**

ДИНАМИКА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ
Махкамов К.Э., Юнусов Р.С. _____ **117**

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ОЧАГОВ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ
Юнусов Р.С., Махкамов К.Э. _____ **117**

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫМИ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
Юсупов Н.А., Лутфуллаев С.М., Мамитов М.К. _____ **118**

2.4. Стандарты диагностики и лечения повреждений органов грудной клетки, брюшной полости и мочеполовой системы

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛЫХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ
Абдувалиева Ч.М., Косимов З.Н., Рахимов Б.С., Косимов К.Л., Насретдинов З.Т. Акбаров Н.А., Аккузиев И.А. _____ **119**

ПРОФИЛАКТИКА ЯТРОГЕННЫХ ТРАВМ МОЧЕТОЧНИКОВ
Азимов А.Н., Тураева Г.М., Саттаркулова М.К., Худаерова З.Г._____ **119**

ТРАВМЫ ПОЧЕК В УРГЕНТНОЙ УРОЛОГИИ
Азимов А.Н., Убайдуллаев Г.У., Исматов Б.М., Атамурадов Ш.К., Низомов О.Ш. _____ **120**

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК
Азимов О.Х., Хашимов У.Т., Соибов С.И., Баймурадов Н.У. _____ **120**

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОШОНКИ И ЯИЧКА
Азимов О.Х., Хашимов У.Т., Соибов С.И., Пирматов И.Р. _____ **121**

ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
Азимов О.Х., Хашимов У.Т., Соибов С.И., Баймурадов Н.У. _____ **122**

СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧЕК
Акбаров И.М., Исаков Х.А., Умаров А.Р._____ **122**

ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ
Акилов Х.А., Ходжиметов Ф.И., Урмонов Н.Т. _____ **122**

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ
Акилов Х.А., Абдурахманов А.А., Ли Э.А., Матякубов Х.Н._____ **123**

ОСОБЕННОСТИ СТАНДАРТИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Алиджанов Ф.Б., Анваров Х.Э., Ризаев К.С. _____ **123**

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ
Аллаев М.Я., Рахмонов А.А., Косимов З.Н., Халилов Ш.К., Абдужабборов А., Абдулазизов Ж._____ **124**

ОЗОНОТЕРАПИЯ МОЧЕВОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
Аллазов С.А., Кодиров С.К., Аллаяров Д.Т, Дарханов Ж.А._____ **125**

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ
Аллазов С.А., Меликова М.Х., Бобокулов Н.А., Абдуллаев Б.А._____ **125**

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ТРАВМ И СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ
Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К., Хошимов М.А._____**126**

РОЛЬ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ЖИВОТА
Алтыев Б.К., Жаббаров Ж.И., Мадиев Р.З., Асомов Х.Х._____ **126**

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ
Аминов У.Х., Нарзуллаев С.И., Кулиев Й.У., Отабобоев Ш.Р., Арзиев Ш.Н._____**127**

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ
Арслонов Э.Г., Наврузов М., Пирматов Ш.Р., Нарбаев О.И._____**127**

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
Артиков Д.Н., Хайдаров А.Х., Файзуллаев Н.У._____**127**

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ
Аскаров Д.А., Сайдалиев СС., Улмасов К.С. _____**128**

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ
Аскаров Д.А., Холматжонов С.С., Сайдалиев С.С._____**128**

СИЙДИК ҚОПИГА ТЕШИБ ЎТГАН БАЧАДОН СПИРАЛИНИ ЭНДОСКОПИК УСУЛДА ОЛИБ ТАШЛАШ
Атаханова М.А., Наркобилов П.А., Махмудалиев Н.А._____ **128**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННЫХ ТРАВМ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ
Ахмедов Ю.М., Улугмурадов А.А., Маматов С.О._____ **129**

ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ
Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Улугмуратов А.А. _____ **129**

ВЫБОР МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ УРЕТРЫ
Бекмурадов Б.У., Ахмедов Ю.М._____**130**

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПОЧКИ У РЕБЕНКА. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
Бекназаров Ж.Б., Сафаров Х.А., Хотамов Х.Н. _____**130**

СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У ДЕТЕЙ
Бекназаров Ж.Б., Акилов Х.А., Низомов Ш.А., Хотамов Х.Н., Сафаров Х.А. _____ **131**

ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ
Бекназаров Ж.Б., Акилов Х.А., Сафаров Х.А., Хотамов Х.Н., Хаккулов Э.Б._____**131**

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ
Болтаев Д.Э., Мадаминов А.С., Оллокулиев.Б.Р._____ **131**

ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
Болтаев Д.Э., Йулдошев Г.Ю., Душамов М.Р., Тожиев С.А., Рахимов И.Р. _____ **132**

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА
Гафуров А.А., Мамажонов Н.М., Болтабоев Т.Т., Тошбоев Ш.О., Юлчиев К._____**132**

К ИЗУЧЕНИЮ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ДЕТЕЙ
Гафуров А.А., Мамажонов Н.М., Болтабоев Т.Т., Бозоров Ш.Т., Сотиболдиев А.А., Тошбоев Ш.О. _____**133**

К ВЫБОРУ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ
Гафуров А.А., Джумабоев Ж.У., Болтабоев Т.Т., Саипов Х.И., Сотиболдиев А.А., Тошбоев Ш.О._____**133**

ТРАВМА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ
Джумабаев Э.С., Аллаев М.Я., Рахимов Б.С., Косимов З.Н., Косимов К.Л._____ **134**

ГИСТОРЕАНИМАЦИЯ - НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОПЕРАЦИОННОЙ ТРАВМЫ
Джумабаев Э.С., Хакимов В.А., Джумабаев С.Э. _____**134**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПРОНИКАЮЩИХ ТРАВМ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ
Джумаев Г.Д., Саатов Р.Р., Каримов З.З._____ **135**

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ОРГАНОВ МОШОНКИ
Жумаев А.У., Рузикулов С.П., Туляков Р.П. _____ **135**

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ
Исхаков Б.Р., Эрметов А.Т., Рузматов А.Э., Ходжаев Х.Б._**135**

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ
Йулдошев Г., Душамов М.Р., Рахимов И.Р., Тожиев С.А., Собиров А.Р._____**136**

РОЛЬ ЛАПАРОЦЕНТЕЗА И ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА
Кадиров З.Л., Махмудов Н.И., Ахраров Б.М._____ **136**

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ ПРИ ТУПЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА
Кадыров З.Л., Махмудов Н.И., Ахраров Б.М._____ **137**

РЕДКИЕ ФОРМЫ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН
Каримов З.Д., Касымова Д.М., Абдикулов Б.С._____**138**

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
Касымова Д.М., Абдикулов Б.С. _____ **138**

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ АЛГОРИТМЫ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
Ким К.А., Холматов Х.Х., Эшонова А.А. _____**139**

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ДИАФРАГМЫ У ДЕТЕЙ
Косимов З.Н., Рахимов Б.С., Аллаев М.Я., Аккузиев И.К., Халилов Ш.К. _____**139**

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ
Лаптев В.В., Цкаев А.Ю., Хоконов М.А._____**140**

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКОВ
Мадаминов А.С., Болтаев Д.Э., Оллакулиев Б.Р._____ **140**

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК
Мадаминов А.С., Оллокулиев.Б.Р., Исмаилов К.Р. _____**141**

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ УРЕТРЫ
Мадаминов А.С., Абдурахманов О.М., Абдиримов Р.Р. _ **141**

БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИЗОЛИРОВАННЫХ ТРАВМ ЖИВОТА
Махамадаминов А.Г., Янгиев Р.А. 142

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Мукимов Ф.Х. 142

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
Миронов В.И. 143

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ
Наврузов М., Пирматов Ш.Р., Арслонов Э.Г., Махадов Ж.Р. 143

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ
Наврузов М.Н., Тогаев Ш.Б., Пирматов Ш.Р., Файзиев А.Ш. 144

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ
Назаров А.К., Каландаров И.А., Турдиева А.С., Тангрибергенов К.Т., Эгамов Б.Ж. 144

ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА
Нарзуллаев С.И., Заманов Ю.Р., Аминов У.Х., Мизамов Ф.О., Отабабаев Ш.Н., Исмаилов О.И., Умматов У. 144

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРИКТУР УРЕТРЫ У МУЖЧИН
Наркабилов П.А., Наркабилов Б.П. , Абдуллаев Д.Р. 145

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ
Наркузиев Н.У., Рахмонов Б.Р., Зиядуллаев Н.Э., Номозов А.Н. 146

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЖОГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ
Низамходжаев З.М., Янгиев Б.А., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Тилемисов С. 146

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В УРГЕНТНОЙ УРОЛОГИИ
Нишонов Х.Т., Яхшиликов А.К., Юлдашев М.М. 147

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ИЗ ТРАНСПАПИЛЛЯРНОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ
Ничитайло М.Е., Огородник П.В., Скумс А.В. 148

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ
Нуритдинов Х.Н., Сайидалиев С.С., Норматов У.Э. 148

БУЙРАКЛАР ЁПИК ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА УЛТРАТОВУШ ТЕКШИРИШЛАРИНИНГ ЎРНИ
Пардаев А У. Жураев.Б. Х, Турамуродов С. Б, Каюмов Т.А, Жумагелдиев Ш.Х. 149

СТАНДАРТНЫЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ЖИВОТА
Пахмурин И.Р. 149

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ
Рахимов Б.С., Аллаев М.Я., Халилов Ш.К., Абдужабборов А.А., Рахмонов А.А. 150

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАХ УРЕТРЫ
Рахимов М.Р., Зайнутдинов О.У, Рашидов М.М. 150

СОВРЕМЕННЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ГРУДИ
Рахманов Р.О., Шукуров Б.И., Шаумаров З.Ф., Исаков Ш.Ш. 151

К ОПТИМИЗАЦИИ ВЕДЕНИЯ ПОЛИМОРБИДНЫХ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ЯТРОГЕНИЙ
Рустамов М.Р., Абдусалямов А.А., Юсупова М.М., Шакаров Ф.Р., Алиев А., Азимова Г.А. 151

ТРАХЕОСТОМИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ РЕБЕР
Сабиров Д.С., Юлдашев Ф.А. 152

АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ТКАНИ СЕЛЕЗЕНКИ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И РАНЕНИЯХ ЖИВОТА
Саидаматов А.Х., Кадиров З.Л. 152

НИЗКОПОТОЧНЫЙ МЕТОД ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛЮРАНОМ В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ ДЕТСКОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ-НЕЙРОХИРУРГИИ
Сатвалдиева Э.А., Абдуллаев Х.Н., Мустакимов А.А., Расулева Н.Р., Абдуллаев Р.Т. 153

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИБРЮШНЫХ И ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПЕЧЕНИ
Турдиева О.С. 153

ЖИГАР ШИКАСТЛАНИШЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯНИНГ ЎРНИ
Тўйчиев Б.А., Имамов Ф.А., Саидаматов А.Х., Ортиқов А.Б. 154

ОПЕРАТИВНЫЕ ДОСТУПЫ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ
Улмасов К.С., Норматов У.Э. 155

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ
Улмасов К.С., Сайдалиев С.С., Ахмедов Н.Р. 155

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЁНКИ У ДЕТЕЙ
Улугмурадов А.А., Ахмедов Ю.М., Соаткулов Х.М. 156

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ
Усманов Ш., Рахимов Б.С., Акбаров Н.А., Халилов Ш.К., Мамадалиев Х.А. 156

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ
Файзиев А.Ш., Наврузов М.Н., Туляков Р.П. 156

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ
Хаджибаев А.М., Гулямов Б.Т., Шукуров Б.И., Мадиев Р.З. 157

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧЕК
Хаджибаев А.М., Максумов К.Д., Кулматов О.А., Рашидов М.М. 158

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА
Хаджибаев А.М., Янгиев Б.А. _____ **158**

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕВЫХ ПЕРИТОНИТОВ В УРГЕНТНОЙ УРОЛОГИИ
Хайдаров А.Х., Исаков Х., Файзуллаев Н.У._____ **159**

ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
Хайдаров Г.А., Карабаев Х.К., Рузибоев С.А., Носиров А.Б. _____ **159**

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
Халилов М.Л., Ахмедов Р.Н., Рашидов М.М._____ **160**

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Ходжиев Д.Ш., Абдалов Т.К., Тлеумуратов Б.Д. _____ **160**

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ У ДЕТЕЙ
Ходжимухамедова Н.А., Акилов Х.А., Ли Э.А., Аминов У.С._____ **161**

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА
Худайбергенов Ш.А., Муродов Т.Р., Кулдошев Г.Н., Курбанов Ф.У._____ **161**

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ
Худайбергенов Ш.А., Уроков Ш.Т., Нажмиддинов Л.М., Абидов У.У._____ **162**

ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ РОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОНЦЕПЦИИ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ
Шарипова В.Х._____ **162**

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ТРАХЕИ
Шаумаров З.Ф., Рахманов Р.О., Янгиев Р.А._____ **163**

ХИРУРГИЯ РАНЕНИЙ СЕРДЦА И ПЕРИКАРДА
Шукуров Б.И. , Хамраев И.Ш., Исаков Ш.Ш. _____ **163**

СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАЗРЫВОВ ДИАФРАГМЫ
Шукуров Б.И., Алтыев Б.К., Исаков Ш.Ш., Кучкаров О.О._____ **164**

СЛУЧАЙ РАЗРЫВА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ПОЛОВОМ АКТЕ
Элмуродов А.Н., Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К._____ **165**

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАНЕНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ
Элмуродов А.Н., Ишанкулов А.М., Зохидова С.Х. _____ **165**

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ
Эминов Б. Ж., Эшонкулов А., Мамажонов Н. Н._____ **166**

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ
Эрметов А.Т., Эшонхужаев Ё.Н., Зуфарханов А.М., Жабборов Б.А. _____ **166**

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ
Эшбеков М.Э., Гофуров А.Н., Порсахонов Р.Г., Рахмонов Б Р., Мингбоев Б.Б. _____ **167**

БОЛАЛАРДА КЎКРАК ҚАФАСИ ВА ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ
Эшбеков М.Э., Қодиров Р.Ф., Эргашев Б.Қ., Мингжигитов Ш.С. _____ **167**

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА
Эшбеков М.Э., Субхонкулов Р.И., Холмурзаев Б.Ф., Мингбаев Б.Б., Тожибоев М.С., Рахмонов Б.Р._____ **168**

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА
Якубова Ф.У., Саъдуллаев У. _____ **169**

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
Янгиев Б.А., Азимов А.А, Сафаров Н.Н, Маматов К.С._____ **169**

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ
Янгиев Б.А., Азимов А.А., Хамдамов О.К., Сафаров Н.Н. _____ **170**

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА
Янгиев Р.А., Гулямов Б.Т._____ **171**

2.5. Стандарты диагностики и лечения термических и химических повреждений

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРЕБРОСОДЕРЖАЩИХ ПОВЯЗОК ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН
Авагимян А.Г., Бобровников А.Э. _____ **172**

АДАПТАЦИЯ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
Алексеев А.А., Ушакова Т.А., Демидова В.С._____ **172**

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ
Богданов В.В., Лагвилава М.Г. _____ **173**

НЕИНВАЗИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ
Бурсук А.В., Гребенчиков О.А., Крутиков М.Г._____ **174**

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ОБОЖЖЕННЫХ В ПЕРИОД ОЖОГОВОГО ШОКА ПРИ МАССОВЫХ КАТАСТРОФАХ
Земсков В.М., Алексеев АА., Крутиков М.Г., Лагвилава М.Г., Козлова М.Н., Барсуков А.А., Соловьева М.С., Ахмадов М.А._____ **174**

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ
Камилов У.Р., Фаязов А.Д., Рузимуратов Д.А., Джабриев Д.А., Шомуталов М.Ш. _____ **175**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Эшмуродов О.Э.____ **176**

ДВС-СИНДРОМ У ОБОЖЖЕННЫХ
Карабаев Х.К., Нурбаев Э.О., Авазов А.А., Аллабердиев Н.А., Карабаев Б.Х., Рузибоев С.А._____ **176**

ЖИРОВАЯ ЭМБОЛИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ
Карабаев Х.К., Аллабердиев Н.А., Карабаев Б.Х., Тагаев К.Р. _____ **177**

ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА
Кенжемуратова К.С., Маликов Б.Х., Эшмуродов О.Э., Мустафакулов И.Б._____ **177**

ОТРАВЛЕНИЯ МЕТГЕМОГЛОБИНОБРАЗУЮЩИМИ ЯДАМИ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ БЫТОВОЙ ХИМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ
Марупов А.М., Стопницкий А.А., Юсупов О.П. _____**178**

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ УКСУСНОЙ ЭССЕНЦИЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ
Марупов А.М., Стопницкий А.А._____**178**

РОЛЬ МЕСТО УКУСА ПЕРЕПОНЧАТОКРЫЛЫХ В ОСОБЕННОСТЯХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА
Мирзаева Д.Б. _____**179**

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ
Надирханов О.Р., Убайдуллаев З.Ш., Абдуллаев У.Х. ___ **179**

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПСИХИЧЕСКУЮ ТРАВМУ, И ИХ РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
Насивалиев И.М., Махмудов Н.И. Неровная Н.Б. _____ **180**

ЧУҚУР КУЙИШ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ЖАДАЛ ХИРУРГИК УСУЛЛАР ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ
Орипов Д.У., Абдурахимов А.А., Исаков Н.Н. _____ **181**

ПРИМЕНЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ ФОЛИДЕРМ И HONEY-SOFT ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН
Рузимуратов Д.А., Фаязов А.Д., Шукуров С.И., Арипов Д.У., Султонов Б.К._____**181**

ПРОДЛЕННАЯ АКСИЛЛЯРНАЯ ПРОВОДНИКОВАЯ БЛОКАДА ПРИ МЕХАНИЧЕСКИХ И ТЕРМИЧЕСКИХ ТРАВМАХ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ
Сатвалдиева Э.А., Закиров Т.Ш., Расулева Н.Р., Мамбетова Г.К. _____**182**

ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИЭТИЛКРАХМАЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ХИМИЧЕСКИХ ТРАВМ
Стопницкий А.А., Марупов А.М., Ишбаев Н.А._____ **182**

ЗНАЧЕНИЕ КОРРЕКЦИИ ДИСБАКТЕРИОЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ЗАЩИТЕ КИШЕЧНИКА ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ
Султонов Б.К., Холмуратов Ш.С., Кабулниязов А.Б._____ **183**

ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОНЕКРОЗОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА
Султонов Б.К., Холмуратов Ш.С., Кабулниязов А.Б._____ **184**

ЧУҚУР ТЕРМИК КУЙИШ ЖАРОҲАТИНИ ОЛГАН БЕМОРЛАРГА ЭРТА АУТОДЕРМОПЛАСТИКА УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ
Суюнов Б.С., Мухаммадиев И.Х. _____**184**

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ
Темиров Ф.О., Бозоров А.С._____ **185**

ЮЗ-ЖАҒ СОҲДАСИ КУЙИШЛАРИ БИЛАН МУРОЖААТ ЭТГАН БЕМОРЛАРДА КОМПЛЕКС ДАВО МУОЛАЖАЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ
Умаров О.М., Орипов Д.У. _____ **185**

СОВРЕМЕННЫЕ СТАНДАРТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ
Фаязов А.Д., Джабриев Д.А._____**186**

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЕПСИСА У БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ
Фаязов А.Д. _____**186**

ОЖОГОВАЯ ТРАВМА СТОПЫ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ
Шакиров Б.М._____ **187**

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ЭЛЕКТРОТРАВМОЙ
Шамуталов М.Ш., Фаязов А.Д.,Акилов Х.А., Султонов Б.К._____**187**

МЕМБРАННЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
Шукуров С.И., Фаязов А.Д., Шоабсаров А.А., Рузимуратов Д.А., Абдуллаев У.Х. _____**188**

III. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ
Абдикулов Б.С., Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т._____**189**

ПРИМЕНЕНИЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ ПРИ ИШЕМИИ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ
Абдикулов Б.С. _____**189**

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ОСЛОЖНЕННЫХ ПИТУИТАРНОЙ АПОПЛЕКСИЕЙ
Азизов М.М., Махкамов К.Э. _____**189**

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА
Алимов Д.А._____**190**

СТЕНТИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С МНОГОСОСУДИСТЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ
Алимов Д.А._____**190**

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
Алтиев Б.К., Атаджанов Ш.К., Исабаев Ш.Б. _____**191**

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST, ПОДВЕРГШИХСЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА
Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Аляви Б.А., Маматкулов Х.А., Кенжаев С.Р. _____**191**

ВЛИЯНИЕ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST
АлявиА.Л., Кенжаев М.Л., Аминов А.И., Хаитов С.Ш., Варисханова С.Ф._____**192**

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ПРОРЫВОМ В ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИЕ ПУТИ
Анваров Х.Э., Хашимов М.А., Бердиева Д.И. _____**192**

НЕОТЛОЖНАЯ ВЕНТРИКУЛОЦИСТЕРНОСТОМИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ
Асадуллаев У.М., Кариев Г.М., Якубов Ж.Б., Алтыбаев У.У. _____**193**

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РЕПЕРФУЗИИ ИШЕМИЗИРОВАННОЙ КОНЕЧНОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
Асамов Р.Э., Хамраев И.Ш., Шукуров Б.И. **194**

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ
Атаджанов Ш.К., Гулямов Б.Т., Асомов Х.Х., Рискиев У.Р. **194**

ОСТРЫЕ ПРОЦЕССЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ
Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Улугмуратов А.А., Хайитов У. Х. **195**

ИНТРАТЕКАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРИНОЛИТИКОВ ПРИ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ
Буров С., Дашьян В., Крылов В. **195**

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ОСТРОЙ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Джалалов Ф.З., Арифджанов Ш.Х., Сейдалиев А.И., Дадамянц Н.Г. **195**

СИСТЕМНЫЙ И ИНТРААРТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ
Захидов А.Я., Мубараков Ш.Р. **196**

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И РОЛЬ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Зуева Е.Б., Азизова З.Р., Усманов Р.И., Шоисламова Х.Ш., Бухарова Н.М. **197**

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОКИНЕТИКА АНТИБИОТИКОВ - КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВ-НОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНВЕМОНИИ
Зуева Е.Б., Усманов Р.И., Борисова Е.М., Мурманцева Т.Т., Амонова Д.С. **197**

РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА
Ибрагимов А.А., Худойбердиев С.Н., Кучкарова Ф.А., Нарзиев Й.К. **198**

МСКТ В ИЗУЧЕНИИ ПЕРФУЗИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ ИШЕМИИ ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ
Икрамов А.И., Хусанходжаев Ж.У. **198**

НАРУШЕНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ДКМП
Исаханова П.Н., Зияев Ю.Н., Назарова М.Х., Камилова Н.К. **199**

ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТИНА НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q НА ФОНЕ СД-II ТИПА
Камилова Н.К., Зияев Ю.Н., Турсунова Н.С., Назарова М.Х., Исаханова П.Н., Назарова М.Х. **199**

МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ КРАНИОФАРИНГИОМ
Кариев Г.М., Алтыбаев У.У., Якубов Ж.Б., Асадуллаев У.М., Юнусов С. **200**

ВЗАИМОСВЯЗЬ БЫСТРОЙ ДИНАМИКИ СЕГМЕНТА ST И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВИЧНУЮ КОРОНАРНУЮ АНГИОПЛАСТИКУ
Кенжаев М.Л., Хаитов С.Ш., Аминов А.И., Варисханова С.Ф. **200**

ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА И ЛОЗАРТАНА НА СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО ДАННЫМ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ
Кенжаев М.Л., Маматкулов Х.А., Ахмедова Д.А., Кенжаев С.Р. **201**

ПРОБЛЕМЫ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ
Кобилов Э.Э., Ганиев Ж.А. **202**

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ
Кобилов Э.Э., Ганиев Ж.А. **202**

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ
Кобилов Э.Э., Ганиев Ж.А. **203**

ХРОНОПАТОЛОГИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА: ШИРОТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЛИ ГИПЕРДИАГНОСТИКА?
Костоглодов Ю.К., Иванов С.В. **203**

ПРИЧИНЫ ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ
Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Хайитов У.Х. **204**

ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ИЗОЛИРОВАННЫХ ГЕПАТОЦИТОВ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖИВОТНЫХ С СУБТОТАЛЬНОЙ ГЕПАТЭКТОМИЕЙ
Мадаминов А.А., Ахмедова Р.К., Абдукадырова М.И. **204**

НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОСНОВАННЫЙ НА ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФЕТАЛЬНОГО МАТЕРИАЛА
Мадаминов А.А., Уразметова М.Д. **205**

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
Маджитов Х.Х. **205**

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
Маджитов Х.Х. **206**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ КЛИНИКО-ЗАВИСИМОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
Маджитов Х.Х., Алимов Д.А. **206**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТИРОФИБАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА ST
Махаматова Ш.И., Набиев А.А., Мухамедова Б.Ф. **207**

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКДИСТЕНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Мухамедова Б.Ф., Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Комилова Н. **207**

АГРЕГАЦИОНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ И ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ОИМ, РАЗВИВШИМСЯ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Мухамедова Б.Ф., Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Махаматова Ш.И. **208**

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Мухамедова Х.Т., Алибекова М.Б., Нуралиева Г.С., Носиченко Л.Е., Мусаева К.Б. **209**

ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ
Мухамедова Х.Т., Ходжаева М.Х., Мирзаева Н.Р., Мирзаева А.Д. **209**

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Мухамедова Х.Т., Баходирова А.Н., Алибекова М.Б., Мансурова Ф.З., Исмагилова Г.Х. **210**

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА
Насимов С.Т., Махкамов К.Э., Тухтабеков З.Л. **210**

ПРОВЕДЕНИЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ С ЦЕЛЬЮ СОХРАНЕНИЯ ЖЕЛАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Ниязматова Г.И. **211**

ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ПИТУИТАРНОЙ АПОПЛЕКСИИ У БОЛЬНЫХ С АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА
Поуэлл М., Махкамов К.Э. Азизов М.М. **212**

ВЛИЯНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ НА ГАЗОВОЙ СОСТАВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Сабиров Д.М., Набиев А.А., Койиров А.К., Шохасанов У.Х. **212**

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ У БОЛЬНИХ С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
Сабиров Д.М., Набиев А.А., Койиров А.К., Шохасанов У.Х., Хусенов М.Х. **213**

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ БОЛЕВОМ АБДОМИНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ У ДЕВОЧЕК С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ
Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Абдусаматов Б.З., Тоджиметов Ф.А., Болтаев Ч.С. **213**

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
Сатвалдиева Э.С., Мухитдинова Х.Н., Мустакимов А.А., Мирзаева Н.Р., Мирзаева А.Д. **214**

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРАМЕТРОВ ЭХОКАРДИОГРАФИИ СЕРДЦА
Сеитвелиева С.Т., Латипова Н.С., Джамалдинова Р.К. **215**

ПЕРСПЕКТИВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КУЛЬТИВИРОВАННЫХ АЛЛОФИБРОБЛАСТОВ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ
Ташпулатов А.А., Валиев Э.Ю. **215**

ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В КАШКАДАРЬИНСКОМ ФИЛИАЛЕ РНЦЭМП
Тогаев Ш.Б., Туляков Р.П., Кушшаев Н.П., Кодиров Б. **216**

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В ГИНЕКОЛОГИИ
Тураева Г.М., Саттаркулова М.К., Худаерова З.Г. **217**

ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ
Тухтабаева Б.М. **217**

СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ ВА УРОЛИТИАЗЛАРНИНГ ЎТКИР АППЕНДИЦИТ БИЛАН ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ МУАММОЛАРИ ҲАҚИДА
Убайдуллаев Г.У., Азимов А.Н., Исматов Б.М., Шодиев Б.Х. **218**

ИЗМЕНИЛОСЬ ЛИ ОТНОШЕНИЕ К БЕТА-БЛОКАТОРАМ?
Усманов Р.И., Зуева Е.Б., Азизова З.Р., Рахимова Я.Р. **219**

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЕГО КОМПОНЕНТОВ
Усманов Р.И., Рахимова Я.Р., Рахимова З.А., Хикматуллаева М.Х., Зуева Е.Б. **219**

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА "ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК"
Усманов Р.И., Зуева Е.Б., Мурманцева Т.Т., Шоисламова Х.Ш., Касимова Г.Г. **220**

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН В СТРУКТУРЕ УРГЕНТНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
Фозилбеков Р.А. **220**

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОСТРОЙ ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Хамраев И.Ш., Асамов Р.Э., Юлдашев А.Ю., Шукуров Б.И. **221**

ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТЕЙ ДО ТРЁХЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА
Хамраева Г.Ш., Мухитдинова Х.Н., Абдуллаев У.Х., Убайдуллаев З., Назарова Ф.С. **221**

ПРИМЕНЕНИЕ Н-БЛОКАТОРОВ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ
Хамраева Г.Ш., Мухитдинова Х.Н., Абдуллаев У.Х., Мустакимов А.А, Алаутдинова Г.И. **222**

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ТРАВМАХ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ
Ходжимухамедова Н.А. **222**

ЧАСТОТА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ МОЗГОВЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ
Холмуродова З.Б., Ахмедов З.К., Ахмедова М.Ю., Прудскова Т.Н., Сирлиев Б.С. **223**

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПА МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ В ЭКСТРЕННОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ
Шарипова В.Х. **223**

ЗНАЧЕНИЕ ВЕНТРИКУЛОПУНКЦИИ ПРИ НЕОТЛОЖНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ
Шодиев А.Ш., Юлдашев Ш.С., Юлдашев Р.Ю. **224**

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РОДОВЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ
Югай И.А., Ахмедиев М.М. **224**

СОСТОЯНИЕ ЦИСТЕРН ОСНОВАНИЯ МОЗГА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ ПОПЕРЕЧНОГО СМЕЩЕНИЯ ЕГО СРЕДИННЫХ СТРУКТУР
Юнусов Р.С., Махкамов К.Э., Хусанходжаев Ж.У. **225**

SUPRAORBITAL APPROACH FOR ANTERIOR SKULL BASE MENINGIOMAS
Ali Ayyad **226**

ENDOSCOPIC TRANSSPHENOIDAL ENDONASAL SURGERY OF PITUITARY MACROADENOMA
Ayyad A., Conrad J., Oertel J. **226**

MICROVASCULAR DECOMPRESSION OF THE TRIGEMINAL AND FACIAL NERVE USING ENDOSCOPIC ASSISTENCY
Ayyad Ali, Grunert Peter **226**

ANCIENT AND MODERN CONCEPTS AND TREATMENTS OF OCCLUSIVE HYDROCEPHALUS
Grunert P., Kanaan T., Ayyad A. **227**

ENDOSCOPIC TRANSSPHENOIDAL ENDONASAL APPROACH FOR PITUITARY ADENOMA
Kanaan T., Ayyad A. **227**

ADVANTAGES OF DEXTROSCOPE-3D-OPERATION-PLANNING FOR MINIMAL INVASIVE NEUROSURGERY
Schwandt E.S., Fischer G., Stadie A., Reuland A., Wagner W. **227**

IV. КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
Атамурадов Ш.К. **228**

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВОЙ НАВИГАЦИИ ПРИ УПРАВЛЯЕМОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ АППАРАТОМ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ
Жаббаров Ж.Ю. **228**

ЛЕЧЕБНАЯ ЦЕННОСТЬ САНАЦИОННОЙ БРОНХОСКОПИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ
Жумабаев Ш.Э. **229**

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИАФИЗОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ
Каяев А.Х. **229**

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ЧРЕЗМЫШЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ
Машарипов Ф.А. **230**

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ
Мирджалилов Ф.Х. **230**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ
Ниязметов С.Б. **231**

СТАНДАРТИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ
Сувонов Н.О. **232**

ОСТЕОСИНТЕЗ КЛЮЧИЦЫ ФИКСАТОРАМИ С ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКОЙ ПАМЯТЬЮ
Тахиров У.М. **233**

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИФОКАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ТАЗА И ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ
Тиляков А.Б. **233**

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ
Толипов Н.Н. **234**

ЧАСТОТА ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ХОЛЕДОХА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ
Туйчиев Б.А. **234**

К ВОПРОСАМ СТАНДАРТИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ
Фазайеров Р.А. **235**

РЕПАРАТИВНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ МЕСТНОМ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ОСТЕОИНДУКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
Шадманов Т.Т. **235**

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДИМЕЛИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ
Шермухамедов Д.А. **236**

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ФЛОТИРУЮЩИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ РЕБЕР
Шукруллаев М.Б. **237**

ПРОФЕССОР НАЗЫРОВ ФЕРУЗ ГАФУРОВИЧ
(К 60-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Исполнилось 60 лет со дня рождения и 37 лет врачебной, научно-практической, педагогической и организаторской деятельности видного хирурга, заслуженного работника здравоохранения Республики Узбекистан, директора Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова и руководителя отдела хирургии печени, желчных путей, панкреатодуоденальной зоны и портальной гипертензии этого же центра, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой факультетской и госпитальной хирургии медико-педагогического факультета Ташкентской медицинской академии, вице-президента Ассоциации хирургов гепатологов стран СНГ, председателя президиума Республиканского научного общества хирургов Узбекистана Назырова Феруза Гафуровича.

Ф.Г.Назыров родился 25 мая 1950 года в Ташкенте в семье врачей. В 1973 году окончил лечебный факультет Ташкентского государственного медицинского института и как перспективный специалист был направлен на работу в качестве врача-интерна в филиал ВНИИК и ЭХ (ныне Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова). После окончания интернатуры он работает в этом учреждении вначале в должности младшего, затем старшегонаучного сотрудника, а с 1992 г. — главного научного сотрудника.

В 1981 году во Всесоюзном научном центре хирургии (Москва) он успешно зашитил кандидатскую диссертацию на тему: “Дренирование грудного лимфатического протока и его патогенетическое обоснование у больных циррозом печени”, а в 1989 году там же – докторскую диссертацию на тему: “Хирургическое лечение осложнений портальной гипертензии у больных циррозом печени”.

В феврале 1995 года Ф.Г.Назыров был назначен директором Научного центра хирургии Минздрава Республики Узбекистан. Обладая широким кругозором, незаурядными организаторскими способностями, он сумел не только продолжить традиции своего учителя академика В.В. Вахидова, но поднять авторитет центра еще выше. Трудно переоценить его вклад в проведение беспрецедентной модернизации лечебных, диагностических и лабораторных служб центра, оснащение их современным оборудованием, поставившим его в разряд флагмана хирургии не только в Узбекистане, но и во всем Центрально-Азиатском регионе.

С ноября 1998 года по апрель 2009 года Назыров Ф.Г возглавлял Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. На этой должности он внес огромный вклад в реализацию Государственной Программы реформирования системы здравоохранения, в частности в создание Службы экстренной медицинской помощи.

Доктор медицинских наук, профессор Ф.Г. Назыров известен далеко за пределами республики как высококвалифицированный специалист в области абдоминальной хирургии, сформировавшим отечественную школу хирургов-гепатологов, признанным лидером которой он является. Научные исследования представителей этой школы широко известны не только в Узбекистане, но и в странах СНГ. Большие успехи достигнуты им при разработке методов диагностики и хирургического лечения осложнений портальной гипертензии у больных циррозом печени. Впервые в Узбекистане разработаны оригинальные методы реконструктивных хирургических вмешательств на сосудах портальной системы, что позволило значительно улучшить результаты лечения одной из самых тяжелых категорий больных. Эти работы, являясь приоритетными для здравоохранения Узбекистана, послужили базой для следующего этапа его деятельности: разработка и внедрение в Узбекистане операций по пересадке печени в эксперименте и клинике. Благодаря настойчивости и целеустремленности профессора Ф.Г.Назырова, осуществлена экспериментальная часть этого направления, и по сути РСЦХ готов к выполнению клинического этапа трансплантации печени. В числе первых в республике он осуществил и успешно продолжает выполнение панкреатодуоденальных резекций, обширных резекций печени, сложных реконструктивно-восстановительных операций на желчных протоках.

Под его непосредственным руководством проводятся ежегодные конференции республиканского и международного уровня, именуемые “Вахидовские чтения”. Под его руководством защищено 17 докторских и 16 кандидатских диссертаций, опубликовано более 600 научных работ. Он является автором 6 монографий и 16 изобретений.

По его инициативе и при самом непосредственном участии впервые в Узбекистане в 1999 году начал издаваться журнал “Хирургия Узбекистана”, главным редактором которого он является.

Ф.Г.Назыров награжден знаком “Отличник здравоох-

ранения Узбекистан", удостоен звания "Заслуженный работник здравоохранения Республики Каракалпакистан" и звания "Заслуженный работник здравоохранения Республики Узбекистан".

Он является главным консультантом - хирургом МСО при Минздраве Республики Узбекистан, Председателем объединенного специализированного совета Д 087.51.01 по защите докторских и кандидатских диссертаций по специальностям хирургия, детская и сердечно-сосудистая хирургия, членом редакционной коллегии журналов "Медицинский журнал Узбекистана", "Анналы хирургической гепатологии", "Лимфология" и общества лимфологов Узбекистана, членом Президиума Узбекского общества хирургов, членом Ассоциации Российских хирургов им. Н.И.Пирогова. На 10-ой юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов стран СНГ он избран заместителем председателя Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ. В мае 2008 года Назыров Ф.Г. был удостоен Европейского ордена Н.И.Пирогова за выдающиеся достижения в медицине.

Свой юбилей Ф.Г. Назыров встречает полным сил, энергии, творческих планов, нацеленных на помощь людям.

Горячо поздравляем Феруза Гафуровича Назырова с днем рождения и желаем ему дальнейших творческих успехов.

Международная общественная организация «Ассоциация хирургов гепатологов»

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова.

Республиканское научное общество хирургов Узбекистана

Ассоциация врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

К публикации принимаются статьи, касающиеся всех аспектов организации и оказания экстренной медицинской помощи, соответствующие следующим требованиям:

1. Статьи могут быть на узбекском, русском или английском языке.

2. Статьи должны быть набраны в текстовом редакторе, таком как Microsoft Word, с использованием шрифта Times New Roman размером 12 пунктов, с полуторным межстрочным интервалом, с полями по 2 см, с выравниванием по ширине и в ориентации «книжная» («портрет»). Интервалы между абзацами должны отсутствовать. Первая строка абзаца – отступ на 15 мм.

3. Статьи должны быть отпечатаны в 2-х экземплярах на одной стороне листа формата А4 (210 х 297 мм).

4. Объем статьи не должен превышать 8 страниц (одна страница не более 2500 знаков с пробелами), включая таблицы (не более 3), рисунки (не более 5) и список литературы (не более 20 источников для оригинальной статьи и 40 - для обзора литературы).

5. Обязательным является дублирование статьи на любом электронном носителе.

6. Направление в редакцию работ, которые уже посланы в другие издания или напечатаны в них, не допускается.

7. На 1-й странице указывается название, инициалы, фамилия автора, полное название учреждения, из которого выходит статья, звание и ученая степень руководителя учреждения. Если авторы статьи работают в разных организациях, необходимо с помощью меток соотнести каждого автора с его организацией. В конце статьи обязательны подписи всех авторов с координатами того из них, с которым редакция может вести переписку (адрес, эл.почта и телефон).

8. Структура статьи: введение, материал и методы, результаты и обсуждение, выводы или заключение, список литературы. Введение должно быть ясным и сжатым. Особое внимание необходимо уделить разделу «Результаты и обсуждение», в котором необходимо провести анализ результатов собственных исследований. Желательно сравнение полученных результатов с данными других авторов.

9. Библиографические ссылки в тексте статьи следует давать в квадратных скобках в соответствии с нумерацией в списке литературы. Список литературы на опубликованные работы составляется в алфавитном порядке – сначала отечественные, затем зарубежные авторы. За точность приведенных литературных источников и правильность их оформления ответственность несет автор.

10.Таблицы должны иметь заголовок и четко обозначенные графы, удобные для чтения. Данные таблиц должны соответствовать цифрам в тексте. Не следует повторять в тексте все данные из таблиц.

11. При возможности размер рисунка должен соответствовать ширине одной колонки текста (82 мм). В случае необходимости каких-либо обозначений они должны быть сделаны на втором экземпляре рисунка. Рисунки не должны повторять материалов таблиц и должны быть представлены в виде отдельных файлов исключительно в форматах *.jpg, *.gif или *.png с разрешением не менее 600 dpi. Все цветные рисунки необходимо сохранять в CMYK (но не RGB) формате: это является гарантией того, что печатный вариант рисунков будет наиболее точно соответствовать представленному. Имена файлам рисунков присваиваются по аналогии с именами файла текста статьи. Например: Usmanov_2_ris_4.jpg.

12. К рукописи необходимо приложить сопроводительное письмо учреждения, из которого выходит работа с визой руководителя на первой странице.

13. Объем аннотации на русском, английском и узбекском языках не должен превышать 100 слов и отражать наиболее существенные фактические данные без употребления аббревиатур.

14. Все присланные работы подвергаются научному рецензированию. Редакция оставляет за собой право редактирования статей, а также изменения стиля оформления, не оказывающих влияния на содержание, для адаптации их к рубрикам журнала.

15. Представляющую интерес статью редколлегия может вернуть автору с замечаниями для доработки. Кроме того, редакция может потребовать от автора предоставления исходных данных, с использованием которых были получены описываемые в статье результаты, для оценки редактором или рецензентом степени соответствия исходных данных содержанию статьи. Датой поступления статьи считается день получения от автора окончательно подготовленной к печати статьи.

16. В одном номере может быть напечатана только одна статья от первого автора.

17. Статьи, оформленные с нарушением правил, к рассмотрению не принимаются и авторам не возвращаются.

Статьи следует направлять по адресу:
100107, Ташкент, ул. Фарход, 2, РНЦЭМП,
научно-организационный отдел.
Тел.: (99871) 150-46-01, 150-46-19. Факс: 150-46-01.
uzmedicine@mail.ru
http://www.sta.uz

МУАЛЛИФЛАР ДИҚҚАТИГА

Қуйидаги талабларга жавоб берувчи, барча ташкилий ва тез тиббий ёрдам кўрсатишга тааллуқли мақолалар нашрга қабул қилинади:

1. Мақола ўзбек, рус ёки инглиз тилида бўлиши мумкин.

2. Мақола компьютер текстида терилган, Microsoft Word да, шрифти Times New Roman, ўлчами 12, хат ораси 2 ва 1,5 см интервалли, энига тўғрилинган қолда, китобга ўхшаш (портрет) бўлиши керак. Абзац орасида интервал бўлиши керак эмас. Биринчи абзац хати — 15 мм дан сўнг.

3. Мақола 2 нусхада, А4 форматда (210 х 297 мм) тақдим этилиши керак.

4. Мақола ҳажми жадвал, схема, расм ва адабиёт рўйхатини (оригинал мақола учун 20 та ва обзор мақола учун 40 та манба) қўшган ҳолда 8 варақдан (1 бет очиқ жой билан бирга 2500 белгидан) ошмаслиги керак.

5. Мақоланинг албатта электрон нусхаси бўлиши керак.

6. Бошқа журналларга юборилган, лекин чоп этилмаган мақолалар қабул қилинмайди.

7. Мақоланинг биринчи бетида мақола номи, муаллиф исми шарифи, ташкилотнинг тўлиқ номи, ташкилот раҳбарининг унвони ва илмий даражаси кўрсатилиши керак. Агар мақола муаллифлари ҳар хил ташкилотда ишласалар, унда ҳар бир муаллиф қайси ташкилотдан эканлиги махсус белги билан кўрсатилиши керак. Қўл ёзмада муаллифлар имзоси ва улар билан боғланиш йўллари (адрес, электрон почта ва телефон) бўлиши керак.

8. Мақола тузилиши: кириш қисми, материал ва усуллар, натижа ва муҳокама, хулоса ва нихоя, адабиётлар рўйхати. Кириш қисми аниқ ва қисқа бўлиши керак. Хусусий изланишларнинг натижаси берилган «натижа ва муҳокама» бўлимига кўпроқ аҳамият берилиши лозим. Олинган натижалар бошқа муаллифлар маълумотлари билан солиштирилган бўлгани маъқул.

9. Библиографик далил мақола матнида адабиёт рўйхати бўйича номерланган тартибда квадрат қавс ичида берилиши керак. Адабиёт рўйхати чоп этиладиган ишда алфавит бўйича тузилади — аввал маҳаллий, кейин чет эл муаллифлар. Берилган адабиётларнинг аниқлиги ва унинг тузилишининг тўғрилигига муаллиф жавобгар.

10. Жадвалнинг сарлавҳаси ва катаклари аниқ кўрсатилган, ўқиш учун қулай бўлиши керак. Жадвал маълумотлари матндаги рақамларга тўғри келиши керак. Жадвалдаги ҳамма маълумотлар матнда такрорланмаслиги керак.

11. Расмлар алоҳида файлда, *.jpg, *.gif ёки *.png форматида 600 dpi дан кам бўлмаслиги керак — бу расмнинг аниқ кўрсатилишига кафолат беради. Расм файлининг номи мақола матнининг номи билан аталади: масалан Usmanov_2_ris_4.jpg.

12. Қўл ёзмада ташкилотнинг йўлланмаси бўлиши шарт, бунда раҳбарниг имзоси биринчи бетига қўйилади.

13. Аннотация ҳажми 150 та сўздан ошмаслиги ва аббревиатурасиз аниқ бўлиши, бир абзацда рус, инглиз ва ўзбек тилларида ёзилиши керак.

14. Ҳамма юбориладиган ишлар илмий рецензиядан ўтади. Редакция мақолаларни таҳрирлаш ҳуқуқини ўзига қолдиради, мақола сарлавҳасига мувофиқ равишда, ҳамда мазмунига таъсир қилмайдиган ҳолда ўзгартириш ҳуқуқига эга.

15. Редколлегия қизиқарли мақолани қайта ишлаш учун танқидий мулоҳазалари билан муаллифга қайтариши мумкин. Бундан ташқари муҳаррир ёки рецензент талабига кўра муаллифдан бирламчи маълумотларни кўрсатишни талаб қилиши мумкин. Мақолани қабул қилиш санаси ушбу мақоланинг охирги ўзгартирилган нусхаси келиб тушган кун ҳисобланади.

16. Бир сонда биринчи муаллифнинг фақат битта мақоласи чоп этилади.

17. Қоида бўйича тузилмаган мақолалар қабул қилинмайди ва муаллифга қайтарилмайди.

Мақолани қуйидаги манзилга юбориш мумкин:
100107, Тошкент ш., Фарҳод кўчаси 2, РШТЁИМ,
илмий-ташкилий бўлим.
Тел.: (99871) 150-46-01, 150-46-19. Факс: 150-46-01.
uzmedicine@mail.ru
http://www.sta.uz

Для заметок