

ШОШИЛИНЧ ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ

ВЕСТНИК ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

2022, том 15, № 3-4

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 2008 г. Свидетельство о регистрации средства массовой информации № 0292 от 15.08.2007

Входит в перечень научных изданий, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан
для публикации основных научных результатов докторских диссертаций

Включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ (Ташкент):

Главный редактор: ХАДЖИБАЕВ АБДУХАКИМ МУМИНОВИЧ, д.м.н., профессор

Р.Н. АКАЛАЕВ, Х.А. АКИЛОВ, Д.А. АЛИМОВ, Б.К. АЛТЫЕВ, С.И. ИСМАИЛОВ,
Ш.И. КАРИМОВ, К.Э. МАХКАМОВ, К.С. РИЗАЕВ, ДЖ.М. САБИРОВ,
Д.Б. ТУЛЯГАНОВ, Ф.А. ХАДЖИБАЕВ, В.Х. ШАРИПОВА,
Б.И. ШУКУРОВ (ответственный секретарь)

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.А. Абдурахманов (Ташкент)
М.М. Акбаров (Ташкент)
Ф.Б. Алиджанов (Ташкент)
А.А. Алижанов (Наманган)
Ш.К. Атаджанов (Ташкент)
С.Ф. Багненко (С.-Петербург)
С.М. Бегалиев (Нукус)
Д.Г. Бурибаев (Ташкент)
Э.Ю. Валиев (Ташкент)
Б.Г. Гафуров (Ташкент)

Б.Т. Даминов (Ташкент)
А.И. Икрамов (Ташкент)
С.А. Кабанова (Москва)
Р.Д. Курбанов (Ташкент)
А.Н. Лодягин (С.-Петербург)
Б.А. Магруппов (Ташкент)
И.П. Миннуллин (С.-Петербург)
А.Г. Мирошниченко (С.-Петербург)
Г.Ф. Муслимов (Баку)
Б.Ф. Мухамедова (Ташкент)

Ф.Г. Назыров (Ташкент)
З.М. Низамходжаев (Ташкент)
Ю.С. Полушин (С.-Петербург)
Д.А. Сапаев (Ургенч)
Р.П. Туляков (Карши)
А.Ю. Тухтакулов (Фергана)
А.Д. Фаязов (Ташкент)
А.Ф. Черноусов (Москва)
А.Т. Эрметов (Ташкентская обл.)
Başar Cander (Стамбул, Турция)
Juha Hernesniemi (Helsinki, Finland)

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.

Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Адрес редакции: 100115, Узбекистан, Ташкент, Кичик халка йули, 2.

Тел.: (99871) 1504600, 1504601. E-mail: journal@empra.uz

www.ems-journal.uz

Индекс подписки 1204

Сайт Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан
www.empra.uz

Издательская лицензия AI № 158. 14.08.2009.

Подписано в печать 7 октября 2022 г. Формат 60×84¹/₈. Печать офсетная. Бумага мелованная.

Усл. печ. л. 39,06. Уч. изд. 42,87. Тираж 2 950. Заказ № 21-61.

Редакторы: Л. Бабаева, Т. Мирзаев. Технический редактор Л. Хиждова. Корректор Ш. Иногамова.

Компьютерная верстка К. Голдобина, Б. Душанова, Ф. Хасанова

Отпечатано в издательско-полиграфическом творческом доме «Узбекистан».

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Ассоциация врачей экстренной
медицинской помощи Узбекистана



THE BULLETIN OF EMERGENCY MEDICINE

Vol. 15, 3-4, 2022

PEER-REVIEWED SCIENTIFIC PRACTICAL JOURNAL

Included the list of scientific publications recommended by the advanced attestation commission
of the Republic of Uzbekistan for publication of the main scientific results of doctoral dissertations
Journal is indexed in Russian Science Citation Index (RSCI)

EDITORIAL BOARD (Tashkent):

Editor-in-Chief: ABDUKHAKIM MUMINOVICH KHADJIBAEV, Doctor of science, professor

R.N. AKALAEV, H.A. AKILOV, D.A. ALIMOV, B.K. ALTYEV, S.I. ISMAILOV,
SH.I. KARIMOV, K.E. MAHKAMOV, K.S. RIZAEV, Dj.M. SABIROV,
D.B. TULYAGANOV, F.A. KHADJIBAEV, V.H. SHARIPOVA,
B.I. SHUKUROV (executive editor)

INTERNATIONAL EDITORIAL COUNCIL

A.A. Abdurakhmanov (Tashkent)
M.M. Akbarov (Tashkent)
F.B. Alidjanov (Tashkent)
A.A. Alijanov (Namangan)
Sh.K. Atadjanov (Tashkent)
S.F. Bagnenko (St.-Petersburg)
S.M. Begaliyev (Nukus)
O.G. Buribayev (Tashkent)
E.Y. Valiev (Tashkent)
B.G. Gafurov (Tashkent)

B.T. Daminov (Tashkent)
A.I. Ikramov (Tashkent)
S.A. Kabanova (Moscow)
R.D. Kurbanov (Tashkent)
A.N. Lodyagin (St.-Petersburg)
B.A. Magrupov (Tashkent)
I.P. Minnullin (St.-Petersburg)
A.G. Miroshnichenko (St.-Petersburg)
G.F. Muslimov (Baku)
B.F. Mukhamedova (Tashkent)

F.G. Nazirov (Tashkent)
Z.M. Nizamkhodjaev (Tashkent)
Yu.S. Polushin (St.-Petersburg)
D.A. Sapaev (Urgench)
R.P. Tulyakov (Karshi)
A.Yu. Tukhtakulov (Fergana)
A.O. Fayazov (Tashkent)
A.F. Chernousov (Moscow)
A.T. Ermetov (Tashkent region)
Başar Cander (Istanbul, Turkey)
Juha Hernesniemi (Helsinki, Finland)

**The editors do not always share the point of view of the authors of the published materials
Responsibility for the content of advertising is borne by advertisers**

Address of the editorial office:
100115, Tashkent, Uzbekistan, str. Kichik halka yuli, 2.
Tel: (99871) 1504600, 1504601
E-mail: journal@empa.uz; uzmedicine@mail.ru

www.ems-journal.uz

The website of the Association of Emergency Medicine Physicians of Uzbekistan:
www.empa.uz

**The Ministry of Health of Republic of Uzbekistan
Emergency Medicine Physicians Association of Uzbekistan**



СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

CLINICAL RESEARCH

Концепция трехуровневой системы организации оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в субъектах Российской Федерации

*С.Ф. Багненко, В.М. Теплов, И.П. Минуллин,
А.Г. Мирошнichenko, Е.А. Цебровская,
А.Б. Ихаев, Н.В. Разумный*

4 The concept of a three-level system for organizing the provision of emergency, including emergency specialized, medical care in the constituent entities of the Russian federation

*S.F. Bagnenko, V.M. Teplov, I.P. Minnullin,
A.G. Miroshnichenko, E.A. Tsebrovskaya,
A.B. Ishaev, N.V. Razumnyy¹*

Служба экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан: итоги 20-летней деятельности

*А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов, Д.А. Алимов,
Х.Э. Анваров, Б.И. Шукуров*

13 Emergency medicine service of the Republic of Uzbekistan: 20 years of activity

*A.M. Khadjibaev, D.B. Tulyaganov, D.A. Alimov,
Kh.E. Anvarov, B.I. Shukurov*

Роль и место церебральной оксиметрии в выборе лечения множественных поражений сонных артерий

*Ш.И. Каримов, А.А. Ирназаров, А.А. Юлбарисов,
Х.К. Алиджанов, О.М. Ахматов, А.А. Джалилов,
Д.А. Джуманиязова*

18 Role and place of cerebral oxymetry in the choice of treatment of multiple lesions of the carotid arteries

*Sh.I. Karimov, A.A. Irnazarov, A.A. Yulbarisov,
Kh.K. Alidzhanov, O.M. Akhmatov, A.A. Dzhililov,
D.A. Dzhumaniyazova*

Свободный аммиак как ранний маркер токсического поражения печени и центральной нервной системы при алкогольной интоксикации

Р.Н. Акалаев, А.А. Стопницкий, М.К. Саидова

29 Free ammonia as an early marker of toxic damage to the liver and central nervous system in alcohol intoxication

R.N. Akalaev, A.A. Stopnitsky, M.K. Saidova

ЮБИЛЕЙ

JUBILEE

Багненко Сергей Федорович
(к 65-летию со дня рождения)

36 Bagnenko Sergey Fedorovich
(to the 65th birthday)

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

XVII Республиканской научно-практической конференции
«Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи:
ИННОВАЦИИ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ»

«Шошилиньч тиббий ёрдам ташкил қилишнинг долзарб муаммолари:
ШОШИЛИНЧ ТИББИЁТДА ИННОВАЦИЯЛАР»

XVII Республика илмий-амалий анжумани

МАТЕРИАЛЛАРИ ТЎПЛАМИ

КОНЦЕПЦИЯ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

С.Ф. Багненко¹, В.М. Теплов¹, И.П. Минуллин¹, А.Г. Мирошниченко¹,
Е.А. Цебровская¹, А.Б. Ихаев², Н.В. Разумный¹

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург,

²Республиканская станция скорой медицинской помощи, Грозный, Чеченская Республика

THE CONCEPT OF A THREE-LEVEL SYSTEM FOR ORGANIZING THE PROVISION OF EMERGENCY, INCLUDING EMERGENCY SPECIALIZED, MEDICAL CARE IN THE CONSTITUENT ENTITIES OF THE RUSSIAN FEDERATION

S.F. Bagnenko¹, V.M. Teplov¹, I.P. Minnullin¹, A.G. Miroshnichenko¹, E.A. Tsebrovskaya¹,
A.B. Ishaev², N.V. Razumnyy¹

¹First Saint Petersburg State Medical University named after I.I. Academician I.P. Pavlova, St. Petersburg

²Republican ambulance station, Grozny, Chechen Republic

В статье представлен анализ проблемы, обоснование концепции и сформулированы основные принципы трёхуровневой системы организации оказания скорой специализированной, медицинской помощи в субъектах Российской Федерации, а также продемонстрирован опыт использования для создания ее компьютерного моделирования на примере трёх субъектов. Проведен анализ пациентов, поступающих по экстренным показаниям в различные стационары. На основе полученных данных создана адекватная имитационная модель, проведён ряд экспериментов, направленных на определение оптимального перераспределения потока пациентов, нуждающихся в экстренной помощи, в стационарах 3-го уровня, в том числе при чрезвычайных ситуациях биолого-социального характера на примере пандемии COVID-19.

Ключевые слова: трёхуровневая система, скорая медицинская помощь, организация здравоохранения, имитационное моделирование.

The article presents an analysis of the problem, justification of the concept and formulates the basic principles of a three-level system for organizing the provision of emergency specialized medical care in the constituent entities of the Russian Federation, and also demonstrates the experience of using computer simulation to create it using the example of three subjects. An analysis of patients admitted to various hospitals for emergency reasons was carried out. Based on the data obtained, an adequate simulation model was created, a number of experiments were carried out aimed at determining the optimal redistribution of the flow of patients in need of emergency care in hospitals of the 3rd level, including in emergency situations of a biological and social nature, using the COVID-19 pandemic as an example.

Keywords: three-level system, emergency medical care, healthcare organization, simulation modeling.

В настоящее время всё больше возрастает роль своевременного определения места и способа медицинской эвакуации больных и пострадавших, нуждающихся в оказании скорой медицинской помощи в стационарных условиях, в том

числе и в чрезвычайных ситуациях [1, 2]. Как показывает опыт, лучшие результаты лечения пациентов с острым коронарным синдромом, острым нарушением мозгового кровообращения, травмами, сопровождавшимися шоком, во многом

определялись своевременной госпитализацией в межмуниципальные и региональные центры специализированной медицинской помощи [3]. В субъектах Российской Федерации зачастую нет организованной логистики и необходимой инфраструктуры, в результате чего большое количество пациентов госпитализируется в медицинские организации, где им не может быть оказана медицинская помощь в исчерпывающем объеме, что приводит к многоэтапности эвакуации с потерей времени. Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19) заставила серьезно изменить работу всей системы здравоохранения России и актуализировала необходимость формирования четкой системы организации оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи [4].

В рамках формирования трехуровневой системы здравоохранения на территории субъектов Российской Федерации за последние годы были созданы межмуниципальные центры специализированной медицинской помощи (2-й уровень) и региональные центры специализированной медицинской помощи (3-й уровень) для оказания специализированной медицинской помощи в экстренной форме пациентам с острым коронарным синдромом (далее – ОКС), острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК), травмами, сопровождающимися шоком, минуя промежуточную госпитализацию в ближайшие медицинские организации. Главным внештатным специалистом по скорой медицинской помощи Минздрава России академиком РАН С.Ф. Багненко было предложено экстраполировать данный эффективный механизм на оказание скорой медицинской помощи при других острых состояниях. Все стационары субъекта было предложено также разделить на три уровня, исходя из планируемых объемов оказания медицинской помощи.

Для оценки вопроса было проведено анкетирование главных внештатных специалистов по скорой медицинской помощи 42 субъектов нашей страны. Респондентам было предложено охарактеризовать возможности эвакуации пациентов внутри субъекта (разветвленность автодорожной сети и ее состояние, наличие удаленных районов, плотность населения), оценить реальное состояние службы скорой медицинской помощи в субъекте и ее участие в ЧС биолого-социального характера до пандемии новой коронавирусной инфекции и в ходе нее, а также определить перспективные направления совершенствования службы. Анализ мнения экспертов выявил, что в 97,6% случаев они были согласны с невозможностью оказания в своих субъектах экстренной

помощи пациентам с острыми состояниями по таким профилям заболевания, как хирургия, акушерство и гинекология, кардиология, неврология, травматология в районных больницах. Эти данные объективно подтверждались годовыми формами федерального статистического наблюдения № 14 и № 30, представленными тремя субъектами Российской Федерации за 2018 г. (Чеченская Республика, Республика Калмыкия, Курская область). Ни в одной из 48 районных больниц не было возможности организовать и круглосуточно обеспечивать одновременное наличие дежурного хирурга, анестезиолога-реаниматолога, а также осуществление инструментальной диагностики (компьютерная томография и эндоскопия). Из общего числа респондентов 90,5% считали, что важную роль в этом вопросе должна сыграть организация в субъекте единой диспетчерской службы, при этом в 88,1% сообщили, что уже организовали полностью или частично ее в своем регионе. Подавляющее большинство опрошенных (85,7%) считали, что стратегическое планирование медицинских округов с определением маршрутов медицинской эвакуации пациента сразу к месту оказания исчерпывающей медицинской помощи также улучшит оказание скорой медицинской помощи в их областях и республиках. Необходимость строительства стационарных отделений скорой медицинской помощи, что регламентировано Приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. № 388н [5], вместо приемных отделений поддержало 88,1% респондентов.

Учитывая данные обстоятельства, было решено сформулировать концепцию, исходя из которой оказание помощи по «основным» (хирургия, акушерство и гинекология, кардиология, неврология, травматология) и по «узким» профилям (офтальмология, сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, оториноларингология и т.д.) должно осуществляться соответственно в медицинских организациях второго и третьего уровней, то есть в межмуниципальных центрах специализированной медицинской помощи (2-й уровень) и областных, республиканских, краевых больницах (3-й уровень). Также были предложены 5 основных принципов, являющихся концептуальной основой функционирования трехуровневой системы организации оказания скорой медицинской помощи в субъекте Российской Федерации.

Первым принципом является создание в субъекте единого информационного пространства. Служба скорой медицинской помощи и медицины катастроф должна иметь возможность немедленно получать необходимый объем данных о каждом больном или пострадавшем в любой

части субъекта. Первым шагом в реализации данного принципа является создание в регионе центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф, имеющего в своей структуре единую диспетчерскую службу, куда стекается вся необходимая информация в режиме реального времени. Такая централизация позволяет обеспечить правильное и своевременное принятие решения о месте эвакуации больного или пострадавшего.

Далее в регионе необходима реализация второго принципа, а именно догоспитальной трехуровневой медицинской сортировки пациентов, когда силами медицинского работника, осуществляющего первичный контакт, и врача Центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф осуществляется градация данного больного или пострадавшего с определением способа и места дальнейшей эвакуации. Для этого необходимо разделить больных и пострадавших на три основные группы, в зависимости от их профиля, тяжести состояния, планируемого объема лечебно-диагностических мероприятий. В первую группу входят пациенты с обострением хронических заболеваний, не нуждающиеся в оперативном лечении, реанимационной поддержке и диагностике с использованием спиральной компьютерной и магнитно-резонансной томографии, они могут быть госпитализированы в ближайшую центральную районную больницу (1-й уровень). Вторая группа представляет собой пациентов, нуждающихся в медицинской помощи по наиболее часто встречающимся профилям заболеваний (хирургия, акушерство и гинекология, кардиология, неврология, травматология, анестезиология и реаниматология). В большинстве случаев они нуждаются в оперативных вмешательствах, эндоскопических исследованиях, интенсивном лечении на реанимационных койках, обследовании с применением «тяжелой» диагностики (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография и др.). Они должны быть госпитализированы в межмуниципальные центры специализированной медицинской помощи (2-й уровень). Такие центры следует формировать в крупных многопрофильных стационарах коечной емкостью не менее 300 коек (оптимально 500-600 коек) из расчета один такой центр на не менее чем 150-200 тыс. постоянного населения, проживающего в районах субъекта Российской Федерации, объединенных в один медицинский округ и находящихся в зоне обслуживания одного межмуниципального центра. К медицинским организациям 3-го уровня относятся областные (краевые, республиканские) больницы, представляющие собой головные учреждения субъектов.

Оказание экстренной медицинской помощи таким пациентам предполагает лечение в рамках сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии (исключая легкую черепно-мозговую травму), урологии (кроме почечной колики и острой задержки мочи), офтальмологии и оториноларингологии по согласованному перечню. В районах Российской Федерации с высокой плотностью населения медицинская эвакуация подавляющего большинства пациентов в медицинские организации 2-го и 3-го уровня может быть осуществлена с использованием автомобилей скорой медицинской помощи. При этом из общего числа пациентов, которым требуется медицинская эвакуация, около 1-2% нуждаются в санитарно-авиационной эвакуации с использованием воздушных судов. Для мегаполисов обычно имеется в пределах краткосрочного доезда сразу несколько стационаров 2-3 уровня.

Третьим принципом функционирования системы является экстерриториальность маршрутизации. При принятии решения необходимо добиваться, чтобы госпитализация была осуществлена в стационар, где объем помощи будет носить исчерпывающий характер, максимально избегая многоэтапной помощи с межбольничными переводами. Она не должна быть привязана ни к району, ни даже к самому субъекту Российской Федерации. При необходимости медицинская эвакуация должна осуществляться в соседние субъекты, в случае если стационар, в котором есть необходимые технологии, находится ближе.

Стационарный этап оказания скорой медицинской помощи, в основе которого лежит создание стационарного отделения скорой медицинской помощи (далее СтОСМП) вместо приемных отделений, является четвертым принципом функционирования. Перераспределение пациентов на более высокий уровень оказания медицинской помощи может привести к дополнительной нагрузке на медицинскую организацию. Для того чтобы избежать его перегруженности и сохранить качество оказываемой скорой медицинской помощи в стационарных условиях, такие организации должны иметь в своей структуре СтОСМП, построенные в полном соответствии с Приказом № 388н.

Медицинские сестры и врачи скорой медицинской помощи, работающие в стационарных условиях, должны обладать определенными знаниями и умениями, которые обычно не востребованы на догоспитальном этапе оказания помощи [6, 7]. Эти дополнительные профессиональные компетенции персонала и являются пятым принципом, обеспечивающим функционирование

трехуровневой системы. В СтОСМП, где поступление пациентов происходит на постоянной основе, алгоритм медицинской сортировки, который может использовать средний медицинский персонал, приобретает новую актуальность. Врач скорой медицинской помощи, осуществляющий профессиональную деятельность в стационарных условиях, должен более активно самостоятельно использовать современные медицинские технологии, такие как ультразвуковая диагностика, которая позволяет быстро оценить клиническую ситуацию и выполнить ряд инвазивных манипуляций [8]. Современные принципы оказания скорой медицинской помощи требуют готовности такого специалиста к лечению и наиболее тяжелых, реанимационных больных, находящихся в отделении в процессе обследования.

Трехуровневая система организации оказания скорой медицинской помощи в субъекте Российской Федерации представляет собой структуру, состоящую из нескольких медицинских округов, каждый из которых имеет один межмуниципальный центр и ряд центральных районных больниц, информационно связанных между собой и с центром (стационаром 3-го уровня) с помощью единой диспетчерской службы, которая является основным механизмом, регулирующим работу службы скорой медицинской помощи и медици-

ны катастроф субъекта (рис. 1). Именно сотрудники единой диспетчерской службы совместно с медицинским работником первого контакта должны принять решение о месте и способе эвакуации пациента, в том числе о необходимости санитарно-авиационной эвакуации.

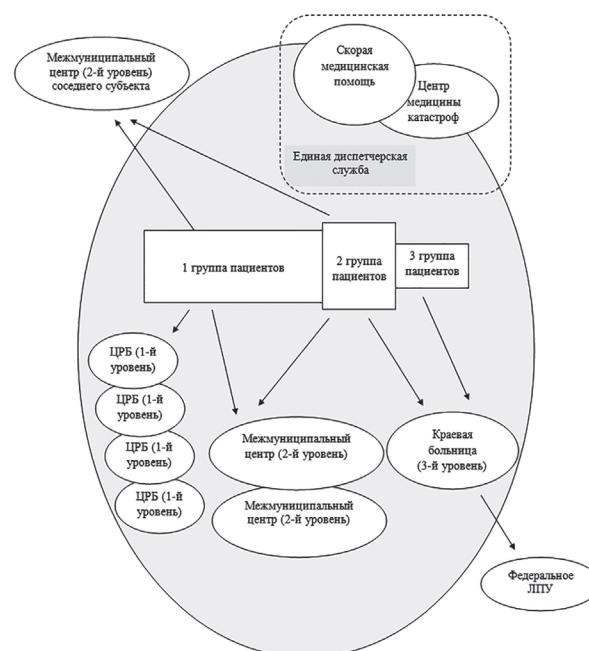


Рис. 1. Основные структурные элементы трехуровневой системы организации оказания скорой медицинской помощи в субъекте РФ

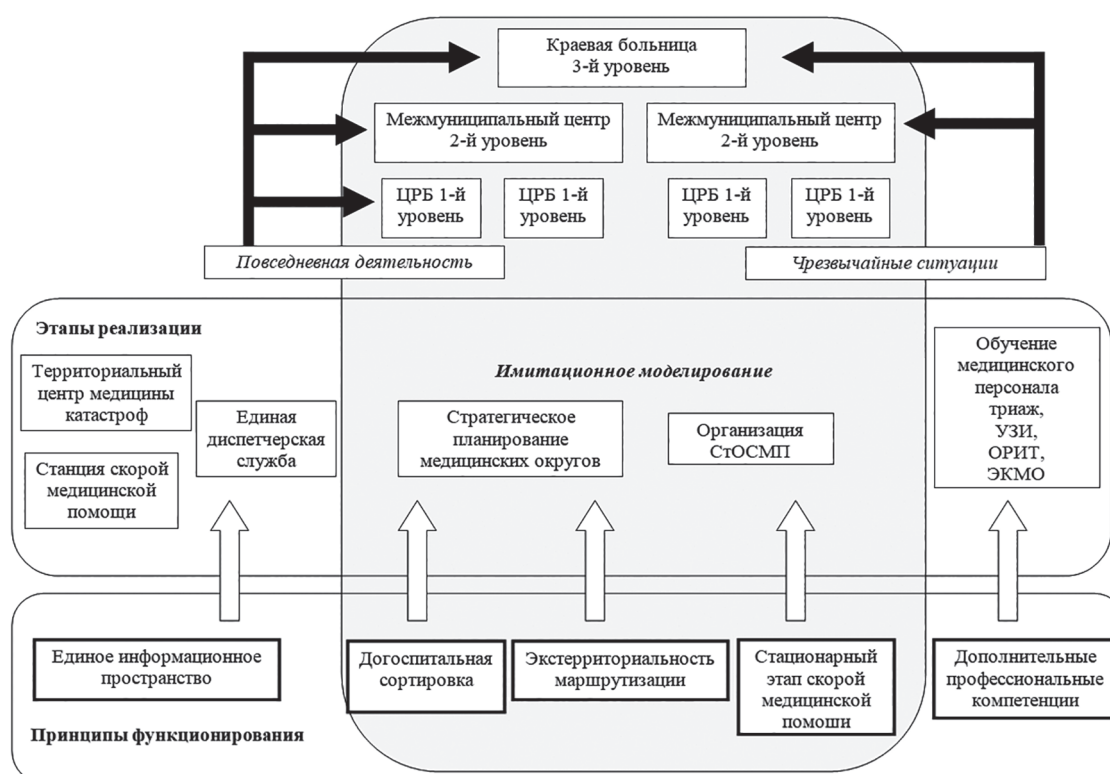


Рис. 2. Структурно-функциональная модель трехуровневой системы организации оказания скорой медицинской помощи в субъекте РФ

В ряде случаев возможны переводы на более высокий уровень оказания медицинской помощи, в том числе в медицинские организации федерального подчинения.

Структурно-функциональная модель трехуровневой системы организации оказания скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи в субъекте Российской Федерации создает возможности для своевременной эвакуации пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи, в экстренной и неотложной помощи в стационарных условиях, к месту ее оказания в исчерпывающем объеме, в повседневных условиях и чрезвычайных ситуациях (рис. 2).

Создание трехуровневой системы организации оказания скорой медицинской помощи, во избежание ошибок перед реализацией на практике, требует проведения тщательного планирования. Для этой цели было предложено применение метода организационного эксперимента с использованием компьютерного моделирования [9] новой системы оказания скорой медицинской помощи конкретного региона, исходя из данных, полученных на основании форм статистической отчетности за год.

При выборе субъектов для проведения организационного эксперимента было решено ориентироваться на экспертное мнение. При его изучении было решено разделить всех респондентов

на две группы: «согласные» и «сомневающиеся». К первым были отнесены те, кто полностью поддерживал все принципы функционирования трехуровневой системы, а во вторую группу попали те, кто сомневался в возможности реализации в своих субъектах хотя бы одного из пяти принципов. При анализе была обнаружена статистически значимая положительная корреляция между степенью согласия и развитостью дорог в регионе (коэффициент корреляции – 0,4, $p < 0,05$ по тесту Спирмена).

Также обращало на себя внимание то, что среди субъектов с малой плотностью и численностью населения и с недостаточно развитой дорожной сетью не встретились согласные со всеми пятью принципами функционирования (рис. 3), поэтому имитационное моделирование в подобных субъектах было решено не проводить. Для выявления основных закономерностей функционирования системы в режиме повседневной деятельности нами были выбраны три субъекта: Чеченская Республика, Республика Калмыкия, Курская область. Каждый из них отличается плотностью населения, имеет свои географические и инфраструктурные особенности. В исследуемых субъектах было проведено стратегическое планирование медицинских округов с определением уровней медицинских организаций.

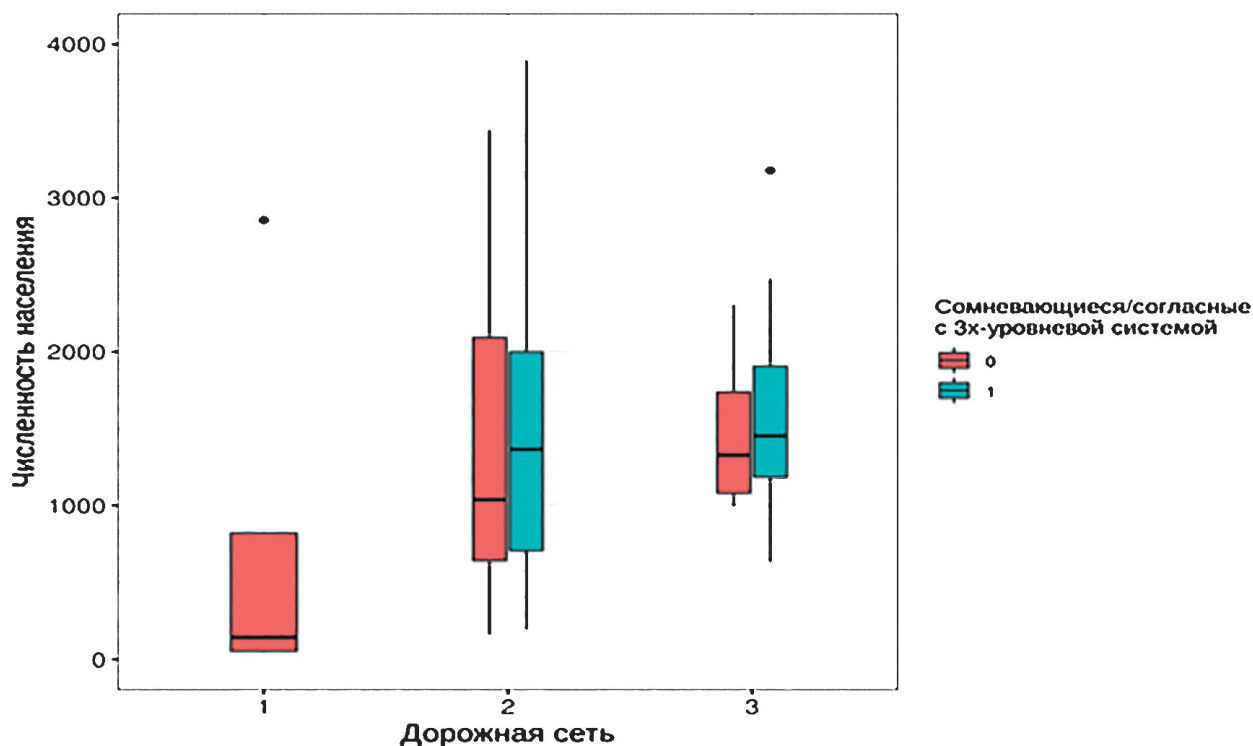


Рис. 3. Взаимосвязь согласия экспертов с инфраструктурной развитостью субъекта

В модели были внесены все вышеуказанные принципы, а также достигались целевые показатели по срокам госпитализации с острыми состояниями (например, госпитализация пациента с ОКС в течение двух часов в стационар с возможностью экстренного чрескожного коронарного вмешательства либо выполнение тромболизиса на месте с госпитализацией в региональный сосудистый центр в течение суток), острой хирургической патологией (госпитализация в течение двух часов в стационар 2-го уровня, а пациента с поли-травмой – в течение «золотого часа»).

Проведенные эксперименты позволили обеспечить медицинскую эвакуацию всех больных и пострадавших, нуждавшихся в экстренной медицинской помощи, по профилю кардиология, неврология, хирургия, травматология, акушер-

ство и гинекология, минуя медицинские организации 1-го уровня, что в реальности приведет к улучшению качества ее оказания, так как будет обеспечена первичная госпитализация в межмуниципальные центры или в областные (краевые, республиканские) больницы. Это сопровождалось значимым увеличением числа суточных госпитализаций в медицинские организации 3-го уровня, что является, по нашему мнению, убедительным аргументом в пользу первоочередного строительства СтОСМП вместо приемных отделений именно в этих стационарах (табл. 1). Все исследуемые субъекты нуждались в обязательном развитии санитарно-авиационной эвакуации и межтерриториальном взаимодействии с соседними субъектами.

Таблица 1. Результаты имитационного моделирования трехуровневой системы организации оказания скорой медицинской помощи в субъектах РФ в режиме повседневной деятельности

Субъект АСТ, u/I	Уровень оказания помощи	Число пациентов, поступивших за год		Число экстренных поступлений в сутки	
		реальные данные	модельные данные	реальные данные	модельные данные
Чеченская Республика	3	5225	6878	14,3±1,3	18,8±1,8*
Республика Калмыкия	2**	11807	13828	32,3±2,3	37,8±2,2
Курская область	3	14944	21809	40,9±2,3	56,8±4,6*

* – различия статистически достоверны ($p < 0,05$);

** – стационаром 3-го уровня была определена ГУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» № 25 г. Волгограда.

Таблица 2. Результаты имитационного моделирования трехуровневой системы организации оказания скорой медицинской помощи в субъектах РФ в режиме ЧС биолого-социального характера

Субъект АСТ, u/I	Уровень оказания помощи	Число пациентов, поступивших за год		Число экстренных поступлений в сутки	
		реальные данные	модельные данные	реальные данные	модельные данные
Чеченская Республика	2+3**	33069	39052	92,1±2,8	105,6±4,7*
Республика Калмыкия	2	11807	13828	32,3±2,3	42,2±3,4*
Курская область	3	14944	21809	40,9±2,3	78,7±6,2*

* – различия статистически достоверны ($p < 0,05$);

** – стационаром 3-го уровня была определена ГБУ «Городская клиническая больница» № 1 г. Грозный в следствие перепрофилирования РКБ им. Ш. Эпендиева в «ковидный» госпиталь.

В созданных моделях была также рассмотрена возможность оптимального распределения потока пациентов при чрезвычайных ситуациях биолого-социального характера на примере пандемии COVID-19. Для оценки изменения нагрузки на медицинские организации в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) было осуществлено компьютерное имитационное моделирование в исследуемых субъектах, с исключением из маршрутизации медицинских организаций, осуществляющих лечение больных с COVID-19 [10]. Созданные модели субъектов, функционирующие в режиме чрезвычайных ситуаций биолого-социального характера в течение модельного года, продемонстрировали существенное возрастание роли трехуровневой системы организации скорой медицинской помощи населению (табл. 2).

Предложенная концепция была поддержана Министерством здравоохранения Российской Федерации и отражена в письмах № 14-3/И/2-2339 от 20.03.2019 г. и № 30-2/И/2-17200 от 10.11.2020 г., адресованных в адрес руководителей высших органов исполнительной власти субъектов РФ. В настоящее время реализации концепции трехуровневой системы организации оказания скорой медицинской помощи активно идет во многих регионах нашей страны. В 28 субъектах прошло объединение службы скорой медицинской помощи и медицины катастроф, построено 26 СтОСМП, более чем в половине областей страны выполнено стратегическое планирование и меняется маршрутизация пациентов, госпитализируемых в экстренной и неотложной форме. Предполагается, что в течение нескольких лет реализация концепции и ее принципов приведет к значимому улучшению результатов лечения больных с различными острыми состояниями и пострадавших при чрезвычайных ситуациях.

Литература

1. Гончаров С.Ф., Быстров М.В. Совершенствование организационной модели оказания экстренной медицинской помощи на региональном уровне. Медицина катастроф. 2019;2(106):5-10 [Goncharov S.F., Bystrov M.V. Sovershenstvovaniye organizatsionnoy modeli okazaniya ekstrennoy meditsinskoй pomoshchi na regional'nom urovne. Meditsina katastrof. 2019;2(106):5-10. In Russian].
2. Быстров М.В. Совершенствование организации оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных условиях и в режиме повседневной деятельности. Медицина катастроф. 2016;1:14-17 [Bystrov M.V. Sovershenstvovaniye organizatsii okazaniya ekstrennoy meditsinskoй pomoshchi postradavshim v chrezvychaynykh usloviyakh i v rezhime povsednevnoy deyatel'nosti. Meditsina katastrof. 2016;1:14-17. In Russian].
3. Багненко С.Ф., Миннуллин И.П., Мирошниченко А.Г., Теплов В.М., Разумный Н.В. Направления совершенствования организации скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной формах и медицинской эвакуации в субъекте Российской Федерации. Вестник Росздравнадзора. 2019;3:70-74 [Bagnenko S.F., Minnullin I.P., Miroshnichenko A.G., Teplov V.M., Razumnyj N.V. Napravleniya sovershenstvovaniya organizatsii skoroй, v tom chisle skoroй specializirovannoy, medicinskoй pomoshchi, specializirovannoy medicinskoй pomoshchi v ekstrennoy i neotlozhnoy formah i medicinskoй evakuatsii v sub'ekte Rossijskoй Federatsii. Vestnik Roszdravnadzora. 2019;3:70-74. In Russian].
4. Моргунов Ф.В., Петрова М.С., Бояринцев В.В., Мальцев В.В., Амосова Н.А. Организация работы санитарно-эпидемиологической службы Управления делами Президента Российской Федерации в условиях повышенного риска распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2021;2:4-9 [Morgunov F.V., Petrova M.S., Boyarincev V.V., Mal'cev V.V., Amosova N.A. Organizatsiya raboty sanitarno-epidemiologicheskoy sluzhby Upravleniya delami Prezidenta Rossijskoй Federatsii v usloviyakh povyshennogo riska rasprostraneniya novoy koronavirusnoy infektsii COVID-19. Kremlevskaya medicina. Klinicheskij vestnik. 2021;2:4-9. In Russian].
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. N 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» [Priказ Ministerstva zdravookhraneniya RF ot 20 iyunya 2013 g. N 388n «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya skoroй, v tom chisle skoroй spetsializirovannoy, meditsinskoй pomoshchi». In Russian].
6. Теплов В.М., Миннуллин И.П., Комедев С.С., Цебровская Е.А. Участие медицинской сестры в сортировочном процессе стационарного отделения скорой медицинской помощи. Вестник ассоциации медицинских сестер России. 2018;1(35):20-22 [Teplov V.M., Minnullin I.P., Komedeв S.S., Cebrovskaya E.A. Uchastie medicinskoй sestry v sortirovochnom processe stacionarnogo otdeleniya skoroй medicinskoй pomoshchi. Vestnik associatsii medicinskih sester Rossii. 2018;1(35):20-22. In Russian].

7. Багненко С.Ф., Полушин Ю.С., Мирошниченко А.Г., Теплов В.М. Организация работы стационарного отделения скорой медицинской помощи. Издание 2-е, переработанное и дополненное (методические рекомендации). М ГЭОТАР-Медиа, 2018;64 [Bagnenko S.F., Polushin Yu.S., Miroshnichenko A.G., Teplov V.M. Organizatsiya raboty stacionarnogo otdeleniya skorej medicinskoj pomoshchi. Izdanie 2-e, pererabotannoe i dopolnennoe (metodicheskie rekomendacii). M GEOTAR-Media, 2018;64. In Russian].

8. Теплов В.М., Цебровская Е.А., Коломойцев В.В., Карпова Е.А., Миннулин И.П., Багненко С.Ф. Ультразвуковая диагностика в руках врача стационарного отделения скорой медицинской помощи: имитационное моделирование и практическая реализация. Казанский медицинский журнал. 2019;100(3):483-486 [Teplov V.M., Cebrovskaya E.A., Kolomojcev V.V., Karpova E.A., Minnulin I.P., Bagnenko S.F. Ul'trazvukovaya diagnostika v rukah vracha stacionarnogo otdeleniya skorej medicinskoj pomoshchi: imitacionnoe modelirovanie i prakticheskaya realizatsiya. Kazanskij medicinskij zhurnal. 2019;100(3):483-486. In Russian].

9. Теплов В.М., Цебровская Е.А., Алимов Р.Р., Ихаев А.Б. Сравнительный анализ результатов моделирования трехуровневой системы оказания

скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации. Скорая медицинская помощь. 2020;21(4):11-16 [Teplov V.M., Cebrovskaya E.A., Alimov R.R., Ihaev A.B. Sravnitel'nyj analiz rezul'tatov modelirovaniya trekhurovnevoj sistemy okazaniya skorej medicinskoj pomoshchi v sub'ekтах Rossijskoj Federacii. Skoraya medicinskaya pomoshch'. 2020;21(4):11-16. In Russian].

10. Теплов В.М., Цебровская Е.А., Комедев С.С., Коломойцев В.В., Карпова Е.А., Белаш В.А., Багненко С.Ф. Применение имитационного моделирования для оптимизации работы стационарного отделения скорой медицинской помощи в многопрофильном стационаре в условиях перепрофилирования медицинского учреждения на прием пациентов с новой коронавирусной инфекцией. Скорая медицинская помощь. 2020;21(4):11-16 [Teplov V.M., Cebrovskaya E.A., Komedeve S.S., Kolomojcev V.V., Karpova E.A., Belash V.A., Bagnenko S.F. Primenenie imitacionnogo modelirovaniya dlya optimizatsii raboty stacionarnogo otdeleniya skorej medicinskoj pomoshchi v mnogoprofil'nom stacionare v usloviyah pereprofilirovaniya medicinskogo uchrezhdeniya na priem pacientov s novoj koronavirusnoj infekciej. Skoraya medicinskaya pomoshch'. 2020;21(4):11-16. In Russian].

РОССИЯ ФЕДЕРАЦИЯСИ СУБЪЕКТЛАРИДА ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ, ЖУМЛАДАН ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШНИНГ УЧ ДАРАЖАЛИ ТИЗИМИ

Багненко С.Ф.,¹ Теплов В.М.,¹ Миннулин И.П.,¹ Мирошниченко А.Г.,¹
Цебровская Е.А.,¹ Ихаев А.Б.,² Разумный Н.В.¹

¹И.П. Павлов номидаги биринчи Санкт-Петербург давлат тиббиёт университети, Россия

²Республика тез тиббий ёрдам станцияси, Грозный, Чеченистон Республикаси

Мақолада Россия Федерациясининг субъектларида ихтисослаштирилган тез тиббий ёрдамни ташкил қилишнинг уч даражали тизими муаммолари таҳлил қилинган, концепцияси асосланган ва муҳим таъминоти шакллантирилган ҳамда ушбу тизимни ўқитиш субъектларида татбиқ қилиш мисолида компьютерли моделлаштириш тажрибаси ёритилган. Турли хил шифохоналарга шошилиш курсатмалари билан ётқизилаётган беморлар таҳлил қилинган. Олинган маълумотлар асосида муқобил имитацион модель яратилган, 3-даражали шифохоналарда даволанишга муҳтож бўлган беморлар оқимини мутаносиб равишда тақсимлашнинг, шу жумладан COVID-19 пандемияси мисолида биологик-ижтимоий таъсирга эга фавқулодда вазиятларда беморларни саралашнинг оптимал механизмларини аниқлашга йўналтирилган бир қатор тажрибалар ўтказилган.

Калит сўзлар: уч даражали тизим, тез тиббий ёрдам, тиббий ёрдам курсатиш, имитацион моделлаштириш.

Сведения об авторах:

Багненко Сергей Федорович – доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, ректор ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова».
E-mail: bagnenko_spb@mail.ru

Теплов Вадим Михайлович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений, руководитель отдела скорой медицинской помощи, главный врач Центра по лечению коронавирусной инфекции ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова».
E-mail: vadteplov@mail.ru

Миннуллин Ильдар Пулатович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи и хирургии повреждений ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова».
E-mail: ildar.50@mail.ru

Мирошниченко Александр Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова».
E-mail: a.miroshnichenko@szgmu.ru

Цебровская Екатерина Андреевна – врач стационарного отделения скорой медицинской помощи ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова».
E-mail: tserina@bk.ru

Ихаев Алимхан Бадрудинovich – главный врач ГБУ «Республиканская станция скорой медицинской помощи», Грозный, Чеченская Республика.
E-mail: mussmp-95@mail.ru

Разумный Николай Владимирович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры скорой медицинской помощи ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова».
E-mail: n_razumnyi@mail.ru

Information about authors:

Sergey F. Bagnenko – Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of RAS, Director of Surgery and Emergency Medicine Research Institute, Rector of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University.
E-mail: bagnenko_spb@mail.ru

Vadim M. Teplov – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Emergency Medicine and Injury Surgery Department, Head of Emergency Care Department, Head Physician of Coronavirus Infection Treatment Center. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University.
Email: vadteplov@mail.ru

Ildar P. Minnullin – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Emergency Medical Care and Injury Surgery Department of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University.
E-mail: ildar.50@mail.ru

Aleksandr G. Miroshnichenko – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Emergency Care Department of Mechnikov North-West State Medical University.
Email: a.miroshnichenko@szgmu.ru

Ekaterina A. Tsebrovskaya – doctor of the in-patient emergency department of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University.
E-mail: tserina@bk.ru

Ihaev Alimkhan Badrudinovich – Head Physician of the Republican Ambulance Station, Grozny, Chechen Republic.
E-mail: mussmp-95@mail.ru

Razumny Nikolay Vladimirovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Emergency Medicine of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University.
E-mail: n_razumnyi@mail.ru

СЛУЖБА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН: ИТОГИ 20-ЛЕТНЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов, Д.А. Алимов, Х.Э. Анваров, Б.И. Шукуров
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

EMERGENCY MEDICINE SERVICE OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN: 20 YEARS OF ACTIVITY

A.M. Khadjibaev, D.B. Tulyaganov, D.A. Alimov, KH.E. Anvarov, B.I. Shukurov
Republican Research Center of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

В 2021 году исполнилось 20 лет полноценному функционированию Службы экстренной медицинской помощи (СЭМП) Республики Узбекистан. В статье представлены основные вехи в становлении и развитии СЭМП, перечислены наиболее важные меры государственной поддержки, направленные на ее дальнейшее совершенствование и развитие, рациональное использование имеющихся материально-технических, финансово-экономических и кадровых ресурсов, повышение эффективности функционирования системы здравоохранения в целом.

Ключевые слова: медицинские услуги, экстренная медицинская помощь, скорая медицинская помощь, система управления, финансирование, цифровизация.

2021 marked the 20th anniversary of the full-scale functioning of the Emergency Medical Service (EMS) of the Republic of Uzbekistan. The article presents the main milestones in the formation and development of the EMS, lists the most important measures of state support aimed at its further improvement and development, the rational use of available material, technical, financial, economic and human resources, improving the efficiency of the healthcare system as a whole.

Key words: medical services, ambulance care, emergency medicine, management system, financing, digitalization.

В 2021 году исполнилось 20 лет полноценному функционированию Службы экстренной медицинской помощи (СЭМП) Республики Узбекистан. История СЭМП в ее нынешней организационной форме началась в 1998 году, когда был издан Указ Президента Республики Узбекистан № УП-2107 от 10 ноября 1998 г. «О Государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан». Согласно Указу, в столице страны было организовано головное учреждение СЭМП – Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), в Республике Каракалпакстан и каждом областном центре – региональные филиалы РНЦЭМП, во всех сельских районах при всех центральных районных больницах – отделения экстренной медицинской помощи (ОЭМП). В ведение этих подразделений были переданы служба скорой медицинской помощи и санитарной авиации, а также задачи медицинского обеспечения гражданского населения при возникновении чрезвычайных ситуаций.

В течение 1999-2001 годов во всех медицинских учреждениях, переданных вновь организо-

ванной службе, были проведены строительные работы и капитальный ремонт зданий, были закуплены современное на тот момент медицинское оборудование, осуществлялись мероприятия по подготовке и укомплектованию кадров. К середине 2001 года все подразделения СЭМП во всех регионах страны начали полноценное функционирование как единая организационная структура на основе единых лечебно-диагностических стандартов.

На сегодня СЭМП – самая крупная и наиболее мощная социально значимая структура в секторе здравоохранения Республики Узбекистан. Если в первые годы функционирования подразделениями службы ежегодно обслуживались около 6,0 млн пациентов, то к 2022 году ежегодный объем обращений в учреждения СЭМП составил в общей сложности более 16,3 млн пациентов, из которых около 12,2 млн были обслужены по линии службы скорой медицинской помощи «103» и около 4,2 млн – стационарными учреждениями. Для государственных учреждений СЭМП Узбекистана выделены 70408,75 ставки, на которых ра-

ботают более 78,3 тыс. сотрудников, в том числе более 12,7 тыс. врачей и более 79,9 тыс. медсестер.

Начиная с сентября 2016 года в Узбекистане начались существенные изменения во всех сферах общества. 2017 год открывает новую веху в развитии СЭМП Узбекистана. В результате реализации мер, определенных Указом Президента Республики Узбекистан от 16 марта 2017 года № УП-4985 «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы экстренной медицинской помощи», постановлениями Президента Республики Узбекистан от 16 марта 2017 года № ПП-2838 «О мерах по дальнейшему укреплению материально-технической базы и организации деятельности системы экстренной медицинской помощи», от 25 января 2018 года № ПП-3494 «О мерах по ускоренному совершенствованию системы экстренной медицинской помощи» и от 16 октября 2018 года № ПП-3973 «О мерах по совершенствованию службы скорой медицинской помощи в Республике Узбекистан», оптимизированы организационные основы функционирования службы экстренной медицинской помощи, многократно увеличено ее финансирование, обеспечены централизация лекарственного обеспечения и адресное выделение средств для подразделений службы.

Полное обеспечение СМП транспортными средствами значительно сократило число опозданий бригад скорой помощи на вызовы. С целью дальнейшего сокращения случаев задержки реагирования бригад СМП на вызовы число дислокаций машин скорой помощи было увеличено с 818 (в 2016 году) до 1666 путем организации дополнительных опорных пунктов СМП при семейных и сельских поликлиниках и на месте ликвидированных сельских врачебных пунктов. Таким образом, большая часть бригад СМП дислоцируется не в самих станциях и подстанциях службы, а рассредоточены по отдаленным населенным пунктам, но при этом имеют постоянную связь с прикрепленными диспетчерскими пунктами. Последние имеют возможность непрерывного мониторинга в онлайн-режиме дислокации каждого санитарного авторанспорта. Кроме того, дислокация опорных пунктов СМП при сельских семейных поликлиниках упрощает и усиливает механизмы взаимодействия с учреждениями первичного звена здравоохранения по снижению числа квартирных вызовов.

С 2018 года внедрена система централизованного обеспечения выездных бригад скорой медицинской помощи районного звена лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения через территориальные филиалы

Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, в результате чего удалось в 13 раз увеличить показатель стоимости одного вызова по медикаментам по сравнению с аналогичным показателем 2016 года.

С 2019 года начато поэтапное введение в эксплуатацию автоматизированной системы управления скорой медицинской помощи. 25 декабря 2018 года, после утверждения Министерством развития информационных технологий в сотрудничестве с Центром Uzmedinfo и Департаментом развития информационных технологий Минздрава, вступило в силу Положение о деятельности Call-центра СМП, включая Правила процедур, типовой состав, технические характеристики оборудования, штатное расписание, организацию Межведомственной «Единой диспетчеризации и связи». В целях оснащения бригад скорой помощи современной аппаратурой связи (радио, GPS-навигация) и введения единого телефонного номера «103» во всех регионах страны определены стандарты и частоты радиосвязи, запущено функционирование единого номера «103» во всех регионах страны.

Были разработаны и изданы «Стандарты скорой помощи» тиражом 8000 экземпляров на узбекском и русском языках. Также было издано двухтомное «Руководство по неотложной помощи (клинические протоколы)» на русском и узбекском языках (по 2000 экземпляров, всего 8000 экземпляров) и распространено среди местных специалистов.

С целью полного переоснащения и совершенствования принципов функционирования учреждений догоспитального и госпитального звеньев СЭМП Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан от 23.11.2018 г. № 952 «О мерах по реализации проекта «Совершенствование служб экстренной медицинской помощи» с участием Международной ассоциации развития» были привлечены 100,0 млн долларов США кредитных средств. Дополнительно к этим мерам, в целях приближения специализированной высокотехнологичной экстренной медицинской помощи к населению отдаленных сельских районов страны Постановлением Президента Республики Узбекистан от 26.07.2021 г. № ПП-5198 «О мерах по дальнейшему повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению» были организованы 35 межрайонных центров сочетанных травм и острых сердечно-сосудистых заболеваний в составе районных (городских) медицинских объединений. На оснащение этих центров современным медицинским оборудованием были направлены 42,0 млн долларов США.

Одним из приоритетов, обозначенных в этих документах, является развитие материально-технической базы скорой медицинской помощи (СМП) страны и повышение эффективности ее деятельности. Централизованно было закуплено и распределено в регионы 2145 машин скорой помощи, в том числе 435 реанимобилей, и, тем самым, впервые в современной истории Узбекистана были полностью покрыты потребности регионов в автотранспорте и практически полностью обновлен автопарк. В 2021 году, согласно Постановлению Президента «Принятие неотложных мер по противодействию коронавирусной инфекции COVID-19 в Республике Узбекистан» от 27 мая 2021 года, было закуплено еще 100 единиц специальных автотранспортных средств скорой медицинской помощи Volkswagen Caddy, изготовленных на Джизакском автомобильном заводе.

Постановлением Президента Республики Узбекистан от 16.06.2022 г. № ПП-283 «О совершенствовании системы оказания населению скорой медицинской помощи» на базе службы скорой медицинской помощи и медицинских автохозяйств административных территорий страны была внедрена единая вертикальная система управления скорой медицинской помощи во главе с вновь созданным Республиканским центром скорой медицинской помощи и 14 его региональных филиалов. Документом предусмотрено внедрение электронной автоматизированной системы управления скорой медицинской помощи во всех регионах республики с упразднением диспетчерских служб районного/городского уровней с передачей их функций в единые Call-центры соответствующих регионов. Впервые внедряется практика направления на вызов ближайшей бригады скорой медицинской помощи независимо от границы административного района/города или области. Кроме того, Постановлением выделено 27 млн долларов США на полное обновление автопарка службы путем закупок 2240 современного специального санитарного автотранспорта, в том числе 93 внедорожника для обслуживания пациентов из труднодоступных и отдаленных населенных пунктов. Этим же документом внедряется еще одно институциональное нововведение – на базе отделений экстренной медицинской помощи районных/городских центральных больниц создаются экстренные приемные отделения, что позволит внедрить принцип Emergency Department в практику приемных отделений больниц и протоколы триажа пациентов по тяжести состояния, разделить поток больных по нозологиям и степени экстренности случая, обеспечить оказание бес-

платной качественной экстренной медицинской помощи в режиме 24/7.

Предусмотрено также, в дополнение к уже созданным в сельских регионах страны 35 межрайонных центров сочетанных травм и острых сердечно-сосудистых заболеваний, еще 4 аналогичных центра в городе Ташкенте, что позволит в условиях мегаполиса оптимизировать круглосуточную маршрутизацию тяжелых больных с сочетанными травмами и острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебные учреждения, где будут оказываться высокотехнологичная специализированная экстренная медицинская помощь в режиме 24/7.

Большое внимание уделяется подготовке кадров. Ежегодно в РНЦЭМП на базе клинической ординатуры подготавливается более 200 специалистов по 16 наиболее востребованным направлениям медицины, в том числе по кардиохирургии и трансплантологии. Кроме того, каждый год еще более 1200 специалистов проходят повышение квалификации по кратко- и среднесрочным программам.

Активно развивается международное партнерство, в рамках которого более 100 человек ежегодно направляются на обучение в ведущие зарубежные медицинские центры, проводятся двусторонние клинические и образовательные визиты. На сегодняшний день РНЦЭМП сотрудничает с 22 центрами из 15 стран.

Согласно Указу Президента № УП-4985, в паспорта специальностей ВАК Республики Узбекистан внесены новые специальности: 14.00.40 – «экстренная медицина» и 14.00.39 – «токсикология», а при Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи создан Научный совет по защите докторских диссертаций, на котором проведена защита 48 научных диссертаций, в том числе 34 – на соискание ученой степени PhD и 14 – DSc.

Активно внедряется и развивается целый ряд новых направлений экстренной медицины. В их числе – экстренная кардиохирургическая помощь пациентам с критическими осложнениями ишемической болезни сердца (с объемом более 400 сложнейших операций в год с минимальной летальностью, проводимых на работающем сердце), внедрение уникальных минимально инвазивных нейрососудистых операций, а также операций по трансплантации почки пациентам в терминальных стадиях почечной недостаточности (к 1 октября 2022 года выполнены 225 родственных трансплантаций почки).

Вместе с тем в сфере ускоренного развития службы скорой помощи сохраняется ряд систем-

ных проблем, препятствующих полноценной и своевременной реализации поставленных задач. В частности, сохраняется неэффективная система сортировки принимаемых вызовов скорой помощи, вследствие чего из 12,2 млн вызовов, обслуженных в 2021 году, 23,6% составляли так называемые квартирные вызовы по поводу обострения хронических заболеваний, не представляющих угрозу жизни больного. В связи с этим пересматривается нормативно-правовая база, дающая возможность сортировки вызовов с последующим перенаправлением неэкстренных и непрофильных вызовов в учреждения первичного звена здравоохранения. Рассматривается вопрос реструктуризации профиля выездных бригад с увеличением доли фельдшерских бригад до 30%.

Для оказания методологической и консультативной помощи фельдшерским бригадам планируется введение должности врачей-консультантов при региональных Call-центрах службы, а также в районных подстанциях скорой медицинской помощи. Правительством страны рассматривается вопрос приобретения парка санитарных вертолетов легкого и среднего класса, оборудованных медицинским модулем, для совместного использования службой санитарной авиации и другими медицинскими подразделениями экстренных служб.

С 2019 года начал функционировать «Фонд развития скорой медицинской помощи» при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, который предназначен для оперативного решения возникающих проблем по материально-техническому обеспечению, своевременному и регулярному обновлению авто- и авиапарка службы, медицинского оборудования, совершенствованию средств связи и передачи информации, проведению надлежащего сервисного обслуживания, закупу запасных частей и расходных материалов, проведению целевых образовательных программ для медицинских специалистов и инженерно-технического персонала.

Лечебно-диагностическое оборудование, которое в течение 17 лет использовалось круглосуточно в РНЦЭМП и его региональных филиалах, морально и технически устарело, часто выходило из строя, становилось все труднее найти запчасти, в результате стоимость его ремонта увеличивалась и теряла рентабельность. В качестве выхода из сложившейся ситуации в 2018 году было подписано соглашение с официальными лицами Всемирного банка и Международной ассоциации

развития о кредитном проекте на сумму 100 миллионов долларов «Совершенствование служб экстренной медицины в Узбекистане». В этом году закуплено лабораторное, рентгеновское, ультразвуковое, реанимационное и хирургическое оборудование на сумму 41,8 млн долларов. Кроме того, подписаны контракты на закуп 7 видов хирургических инструментов на сумму 1,583 млн долл. США и оборудования для АСУ службы скорой медицинской помощи регионов на сумму 0,876 млн долл. США. Объявлены международные тендерные торги на приобретение универсальных ангиографических установок, мультисрезовых компьютерных томографов и МРТ, на что выделено бюджетом в общей сумме 14,6 млн долларов США.

В текущем 2022 году на территории РНЦЭМП завершилось строительство нового здания для отделений кардиохирургии, трансплантологии, нейрососудистой хирургии на 75 коек, на оснащение которого были привлечены средства на сумму 4,493 млн долларов США. Введение в строй нового здания позволит ежегодно выполнять более 3 тыс. сложных кардиохирургических, нейрохирургических, ангиохирургических операций и трансплантации органов в условиях, соответствующих мировым стандартам.

Кроме того, при финансовой поддержке Южнокорейского фонда KOFIN в 2019-2022 годах реализован образовательный проект «Развитие системы скорой помощи» на сумму 2,8 миллиона долларов.

В ежедневную практику РНЦЭМП и его филиалов внедряются методы телемедицины, хорошо зарекомендовавшие себя в период пандемии. В частности, совместно с GlZ, Институтом Роберта Коха и Университетской клиникой Charite (Германия) внедрен проект по телемедицинским консультациям тяжелых пациентов, находящихся в специализированных инфекционных клиниках всех регионов Узбекистана. За время совместной работы осуществлено более 250 консультаций тяжелых пациентов немецкими коллегами.

Несомненно, вышеописанные меры по государственной поддержке службы экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан служат целям дальнейшего совершенствования и развития СЭМП, рациональному использованию имеющихся материально-технических, финансово-экономических и кадровых ресурсов, повышению эффективности функционирования системы здравоохранения в целом.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ХИЗМАТИ: 20 ЙИЛЛИК ФАОЛИЯТ НАТИЖАЛАРИ

Хаджибаев А.М., Туляганов Д.Б., Алимов Д.А., Анваров Х.Э., Шукуров Б.И.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

2021 йилда Ўзбекистон Республикаси Шошилинч тиббий ёрдам хизмати (ШТЁХ) тўлақонли иш фаолиятини бошлаганига 20 йил тўлди. Мақолада ШТЁХ шаклланиши ва ривожланишининг асосий босқичлари келтирилган, хизматни ҳамда умуман соғлиқни сақлаш тизимини янада такомиллаштиришга ва ривожлантиришга, мавжуд моддий-техник, молиявий-иқтисодий ва кадрлар ресурси базасидан оқилона фойдаланишга йўналтирилган давлат томонидан кўрсатилинаётган энг муҳим чоратadbirlar санаб ўтилган.

Калит сўзлар: тиббий хизматлар, шошилинч тиббий ёрдам, тез тиббий ёрдам, бошқариш тизими, молиялаштириш, рақамлаштириш.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Хаджибаев Абдухаким Муминович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой экстренной медицины Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Минздрава Республики Узбекистан.

Туляганов Даврон Бахтиярович – доктор медицинских наук, генеральный директор Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.
E-mail: d-r.davron-75@mail.ru.

Алимов Данияр Анварович – доктор медицинских наук, профессор, директор Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Анваров Хикмат Эркинович – доктор философии по медицинским наукам (PhD), Заместитель директора РНЦЭМП.
E-mail: uzkhik@mail.ru.

Шукуров Бобир Ибрагимович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела экстренной хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.
E-mail: shbobir@yahoo.com

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Khadjibaev Abdukhakim Muminovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Emergency Medicine of the Center for the development of professional qualification of medical workers.

Tulyaganov Davron Bakhtiyorovich – Doctor of Medicine, General Director of the Republican Research Center of Emergency Medicine.
E-mail: d-r.davron-75@mail.ru

Alimov Daniyar Anvarovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of the Republican Scientific Center of Emergency Medicine.

Anvarov Khikmat Erkinovich – Doctor of Philosophy in Medical Sciences (PhD). Deputy Director of the Republican Research Center of Emergency Medicine.
E-mail: uzkhik@mail.ru

Shukurov Bobir Ibrahimovich – MD, PhD, Senior Researcher of the Emergency Surgery Department of the Republican Scientific Center of Emergency Medicine.
E-mail: shbobir@yahoo.com

РОЛЬ И МЕСТО ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИМЕТРИИ В ВЫБОРЕ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Ш.И. Каримов^{1,2}, А.А. Ирнazarов², А.А. Юлбарисов¹, Х.К. Алиджанов¹,
О.М. Ахматов¹, А.А. Джалилов¹, Д.А. Джуманиязова¹

¹Республиканский специализированный центр хирургической ангионеврологии,
Ташкент, Узбекистан,

²Ташкентская медицинская академия

ROLE AND PLACE OF CEREBRAL OXYMETRY IN THE CHOICE OF TREATMENT OF MULTIPLE LESIONS OF THE CAROTID ARTERIES

Sh.I. Karimov^{1,2}, A.A. Irnazarov², A.A. Yulbarisov¹,
Kh.K. Alidzhanov¹, O.M. Akhmatov¹, A.A. Dzhalilov¹, D.A. Dzhumaniyazova¹

¹Republican special center of surgical angioneurology, Tashkent, Uzbekistan,

²Tashkent medical academy

Цель: изучение роли и места церебральной оксиметрии в выборе лечения больных с множественным атеросклеротическим поражением сонных артерий.

Материал и методы. Представлены результаты хирургического лечения 144 больных с множественными атеросклеротическими поражениями сонных артерий. Оценена эффективность церебральной оксиметрии, выполняемой в предоперационном периоде, в прогнозировании толерантности головного мозга к ишемии во время операции. Изучены особенности мозговой гемодинамики у больных с множественными атеросклеротическими поражениями сонных артерий.

Результаты. В зависимости от степени поражения ипсилатеральной и контралатеральной сонных артерий больные условно были разделены на 5 групп. При проведении церебральной оксиметрии с компрессионными пробами было выявлено, что в I и II группах rSO_2 снижалось до минимальных значений в течение 10–45 секунд, а затем, до прекращения компрессионных проб, происходило возвращение rSO_2 к исходным или близким к ним значениям (в течение следующих 30–60 секунд). В остальных группах rSO_2 снижалось значительно сильнее, а восстановление происходило значительно медленнее, чем в I и II группах; у больных с изолированной средней мозговой артерией восстановления rSO_2 вообще не происходило до прекращения компрессионных проб. В послеоперационном периоде в 1-е сутки при церебральной оксиметрии изменений rSO_2 не происходило как на оперированной стороне, так и на интактной. Вместе с тем отмечается снижение на 46% величины межполушарной асимметрии по сравнению с дооперационными значениями. К 3-му дню отмечено повышение rSO_2 на 11,5% на стороне операции, по сравнению с дооперационными значениями ($p=0,03$).

Заключение. Наши исследования подтверждают эффективность церебральной оксиметрии в сочетании с нагрузочными пробами в оценке толерантности головного мозга к ишемии и прогнозировании величины снижения регионарной оксигенации крови кортикальных отделов головного мозга во время каротидной реконструкции.

Ключевые слова: церебральная оксиметрия, каротидная эндартерэктомия, ишемический инсульт.

Aim. Investigate the role and place of cerebral oximetry in the choice of treatment for patients with multiple atherosclerotic lesions of the carotid arteries.

Material and methods. The results of surgical treatment of 144 patients with multiple atherosclerotic lesions of the carotid arteries are presented. The effectiveness of cerebral oximetry performed in the preoperative period in predicting the tolerance of the brain to ischemia during surgery was evaluated. The features of cerebral hemodynamics in patients with multiple atherosclerotic lesions of the carotid arteries were studied.

Results. Depending on the degree of damage to the ipsilateral and contralateral carotid arteries, the patients were conditionally divided into 5 groups. When performing cerebral oximetry with compression tests, it was found that in groups I and II, rSO_2 decreased to the minimum values within 10–45 seconds, and then, before the termination of compression tests, rSO_2 returned to the initial values or close to them (within the next

30–60 seconds). In other groups, rSO_2 decreased significantly more, and recovery was much slower than in groups I and II; in patients with an isolated middle cerebral artery, rSO_2 recovery did not occur at all until the compression tests were stopped. In the 1-day of postoperative period, cerebral oximetry showed no changes in rSO_2 both in the operated side and in the intact side. At the same time, there is a 46% decrease in the magnitude of interhemispheric asymmetry compared with preoperative values. By day 3, there was an increase in rSO_2 by 11.5% on the side of the operation compared with preoperative values ($p=0.03$).

Conclusion. Our studies confirm the effectiveness of cerebral oximetry in combination with exercise tests in assessing the brain's tolerance to ischemia and predicting the magnitude of the decrease in regional blood oxygenation of the cortical parts of the brain during carotid reconstruction.

Key words: cerebral oximetry, carotid endarterectomy, ischemic stroke.

Введение. Больные с множественными атеросклеротическими поражениями экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга (ГМ) представляют собой одну из основных групп риска по низкой толерантности ГМ к ишемии. Особенно высок этот риск в ходе операции каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ), что обусловлено исходной ишемизацией ГМ, сопутствующими заболеваниями, чаще всего гипертонической болезнью, временным прекращением кровотока по внутренней сонной артерии (ВСА), а также возможной эмболией [1, 2, 3]. В этой связи значительно возрастает роль дооперационной оценки степени ишемии ГМ. Это позволяет улучшить отбор больных для операции и выработать способы профилактики интраоперационных гипоксических повреждений ГМ [4].

Применение отдельно взятых методик, как прочно утвердившихся в клинической практике, так и новых, высокотехнологичных, не в состоянии дать исчерпывающую оценку сложной, многокомпонентной системы, обеспечивающей соответствие мозгового кровотока потребностям тканей ГМ. Чаще всего оценку цереброваскулярного резерва (ЦВР) проводят с помощью ультразвуковых методик (что наиболее выгодно с экономических позиций) [5], которые также имеют свои недостатки: локальность проводимых измерений; субъективизм; невозможность исследования из-за отсутствия ультразвукового окна [6, 7, 8].

Не до конца решен вопрос и с нейромониторингом при операциях на брахиоцефальных артериях (БЦА). Для контроля церебральной ишемии в ходе КЭАЭ предложено использование динамического контроля неврологического статуса больного (при операциях, выполняемых в условиях местной анестезии), ЭЭГ, соматосенсорных вызванных потенциалов, давления в сосуде выше места окклюзии, транскраниальную доплерографию. К сожалению, каждому из этих методов присущи свои, достаточно серьезные недостатки, основными из которых является относительно высокая вероятность получения ложноотрицательных и ложноположительных результатов. Кроме

того, у части больных в ходе операции рекомендуется проведение церебральной противоишемической защиты (фармакологическая протекция), что затрудняет интерпретацию данных любых электрофизиологических методов. Поэтому использование церебральной оксиметрии (ЦО) для определения состояния церебральной оксигенации открывает определенные перспективы у этих больных [9]. При этом до сих пор остается нерешенным ряд вопросов, связанных с использованием методики ЦО: не определены значения ЦО, свидетельствующие о гипоксическом повреждении тканей ГМ, неясно влияние на показатели ЦО Виллизиева круга и экстракраниальных факторов, которые могут возникать при проведении нагрузочных проб, что и определило цель данного исследования.

Таким образом, целью настоящей работы явилось изучение роли и места церебральной оксиметрии в выборе лечения у больных с множественным атеросклеротическим поражением сонных артерий.

Материал и методы.

В основу работы положены результаты обследования и хирургического лечения 144 больных с множественным атеросклеротическим поражением БЦА, находившихся на стационарном лечении в Республиканском специализированном центре хирургической ангионеврологии в период с февраля по сентябрь 2021 года. Данное исследование является проспективным. Причиной заболевания во всех случаях был атеросклероз. Критерием отбора больных было наличие множественного атеросклеротического поражения сонных артерий (СА).

Из 144 больных, включенных в наше исследование, 91 (63,2%) был мужского пола, 53 (36,8%) – женского пола. Их возраст колебался от 42 до 80 лет, в среднем $65,1 \pm 7,3$ года.

Диагностический алгоритм обследования включал в себя общепринятые лабораторные исследования; клиническое обследование больных с определением неврологического статуса;

дуплексное сканирование (ДС) БЦА с определением степени стеноза и скорости кровотока, характера и эмбологенности атеросклеротических бляшек (АСБ); транскраниальное дуплексное сканирование (ТКДС) с определением состояния коллатерального кровотока ГМ и величины церебрального перфузионного резерва (ЦПР); ЦО с определением толерантности ГМ к ишемии; эхокардиоскопию; компьютерную томографию ГМ; мультиспиральную компьютерно-томографическую ангиографию (МСКТА).

Большинство больных имели такие сопутствующие патологии, как артериальная гипертензия – 133 (92,4%); сахарный диабет – 41 (28,5%); хроническая ишемия нижних конечностей II-III ст. – 12 (8,3%); ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 96 (66,7%), из них 17 (11,8%) больных перенесли в анамнезе острый инфаркт миокарда. Необходимо отметить, что среди больных с ИБС 7 пациентов ранее перенесли операцию аортокоронарного шунтирования, ещё 10 – стентирование коронарных артерий.

У больных, перенесших ОНМК, оценивали объем движений, мышечную силу и темп движений по общепринятым стандартным методикам (адаптированная шкала MRC в баллах). При этом легкий гемипарез соответствовал 4-5 баллам, умеренный – 3-4 баллам, тяжелый – 0-2 баллам.

ЦО осуществлялось аппаратом MNIR-P100 фирмы Chongqing Mingxi Medical Equipment Co. Ltd. (Китай). Датчик накладывали на безволосистую поверхность лобно-височной области головы (проекция зоны смежного кровообращения передней и средней мозговых артерий) с ипсилатеральной и контралатеральной сторон, на 1–2 см выше надбровной дуги. Исследования проводили в 2 основных этапа: в дооперационном периоде (в день поступления больного), с оценкой насыщения ГМ кислородом (rSO_2) и системы коллатеральной компенсации, а также в послеоперационном периоде (на 1, 3 и 7 п/о сутки).

Для оценки регионарной оксигенации кортикальных отделов ГМ, т.е. насыщения ГМ кислородом (rSO_2), исследование проводили при дыхании атмосферным воздухом и кислородом, затем выполняли пробу с задержкой дыхания (для оценки вазодилатационного резерва). Исследование проводили после 10-минутного периода адаптации больного в положении лежа на спине. Дыхание осуществлялось через рот, носовые дыхательные пути были заблокированы клипсой. До проведения пробы и в течение ее проведения осуществляли мониторинг следующих показателей: насыщения ГМ кислородом (rSO_2), АД (непрямой метод), частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания (ЧД), пульсоксиметрии (SpO_2). Необходимо

отметить, что во время исследований мы поворачивали голову в контралатеральную сторону (для исключения вклада контралатеральной позвоночной артерии в кровоснабжение ГМ).

Для оценки коллатерального кровотока пациенту, находящемуся в состоянии покоя, в положении лежа на спине, с поворотом головы в контралатеральную сторону, в течение 1-3 минут выполняли компрессионную пробу (КП) – пальцевое пережатие СА. Пробу проводили с учетом данных, предварительно проведенного ДС БЦА. Противопоказанием к проведению пробы было наличие, по данным ДС СА, признаков высокой эмбологенности АСБ и отсутствие возможности исключить механическое воздействие на нее во время пережатия артерии. Пробу выполняли с обеих сторон. Степень снижения уровня rSO_2 от исходного значения (ΔrSO_2) в % определяли по формуле: $\Delta rSO_2 = 100\% - (rSO_2 \text{ во время КП} / rSO_2 \text{ до КП}) \times 100\%$.

Длительность пробы зависела от динамики rSO_2 . Если стабилизация показателей rSO_2 достигалась раньше трех минут – пробу прекращали. В зависимости от доступности для пальпации СА компрессию последней осуществляли по возможности проксимальнее, для исключения воздействия на каротидный синус. При выявлении признаков воздействия на каротидный синус (резкие изменения ЧСС) пробу признавали некорректной, а полученные данные исключали из анализа. Изучение динамики rSO_2 в ответ на КП проводили как на стороне воздействия, так и на контралатеральном полушарии. Результаты исследования на здоровых испытуемых без внутричерепной патологии показали, что нормальные величины rSO_2 лежат в пределах 60–80% [11, 12, 13].

Показаниями к выполнению КЭАЭ при атеросклерозе для симптомных поражений явились все типы бляшек, суживающие просвет сосуда на 60% и более, изъязвленные бляшки со стенозом 50% и более. Для асимптомных поражений – гомогенные бляшки, суживающие просвет сосуда на 70% и более, гетерогенные и гипоехогенные, изъязвленные бляшки со стенозом 60% и более.

Все операции выполнялись под регионарной анестезией. Для защиты ГМ мы использовали метод искусственной гипертензии (повышали артериальное давление на 10–20% от исходного уровня) и фармакологическую защиту, независимо от исходной степени толерантности ГМ к ишемии, с применением антигипоксантов и стабилизаторов клеточных мембран. Во время операции осуществляли постоянный контроль неврологического статуса, частоты дыхания, ЧСС, АД прямым методом, проводили пульсоксиметрию.

Результаты. Результаты исследований показали, что билатеральные поражения СА были выявлены в 54 (37,5%) случаях, одновременные поражения СА и позвоночных артерий (ПА) – у 36 (25,0%) больных (табл. 1). При инструментальных исследованиях также в 30 (20,8%)

случаях были диагностированы сочетанные поражения БЦА с другими артериальными бассейнами. Необходимо отметить, что изолированные поражения только внутренней сонной артерии (ВСА) в данном исследовании не рассматривались.

Таблица 1. Распределение больных по характеру поражения артериальных бассейнов

Локализация поражения артериальных бассейнов	абс.	%
Двустороннее поражение СА	54	37,5
Многоэтажное поражение СА	14	9,7
Двустороннее поражение СА и одностороннее поражение ПА	24	16,7
Двустороннее поражение СА и ПА	12	8,3
Множественное поражение БЦА	10	7,0
Сочетанные поражения БЦА + коронарные артерии	18	12,5
Сочетанное поражение БЦА + артерии нижних конечностей	12	8,3
Всего	144	100

В 29 (20,1%) случаях атеросклероз ВСА стал причиной её окклюзии, у 17 (11,8%) пациентов атеросклероз СА сочетался с патологической деформацией ВСА.

Степень хронической сосудисто-мозговой недостаточности (ХСМН) у всех пациентов устанавливалась в соответствии с классификацией А.В. Покровского (1979): транзиторные ишемические атаки наблюдались у 13 (9%) больных; дис-

циркуляторная энцефалопатия – у 55 (38,2%); последствия перенесенного инсульта – у 76 (52,8%) пациентов. При этом у 63 (82,9%) из 76 (100%) больных, перенесших ишемический инсульт (ИИ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) отмечалось впервые, в 10 (13,2%) случаях наблюдалось повторно, а в 3 (3,9%) – трижды.

В день поступления всем больным выполнено ДС БЦА (табл. 2).

Таблица 2. Распределение больных по характеру и величине стенозов сонных артерий

Степень поражения	Без стеноза КСА	Стеноз КСА <70%	Стеноз КСА >70%	Окклюзия КСА	Всего больных
Стеноз ИСА <70%	–	9	5	–	14
Стеноз ИСА >70%	1	42	58	–	101
Окклюзия ИСА	2	9	16	2	29
Всего больных	3	60	79	2	144

При этом в 29 (20,1%) случаях выявлена окклюзия ипсилатеральной сонной артерии (ИСА), из них у 6 окклюзия ВСА носила сегментарный характер, а у 2 пациентов также имелась окклюзия контралатеральной сонной артерии (КСА). Средняя степень стенозирования ИСА составила $76,5 \pm 5,2\%$, а КСА – $69,7 \pm 3,9\%$. АСБ в 112 (77,8%) случаях были однородными эхопозитивными и представлены твердыми кальцинированными типами бляшек, всего лишь в 12 (8,3%) случаях поверхность бляшек была гладкой. Кроме того, у 4 (2,8%) пациентов выявлено гемодинамически значимое поражение устья подключичной артерии (ПКА), которые в 2 случаях сопровождались синдромом Стилла.

При ДС в 76 (52,8%) случаях выявлены поражения ипсилатеральной (ИПА) и/или контралатеральной ПА (КПА), которые подробно показаны в таблице 3. Средняя степень стенозирования ИПА составила $32,3 \pm 7,5\%$, а КПА – $33,9 \pm 4,7\%$.

При проведении ТКДС с функциональными пробами и определении величины ЦПР ГМ, а также путей коллатеральной компенсации мозгового кровотока было установлено, что у 69 (47,9%) больных ведущим был передний тип компенсации мозгового кровотока, у 31 (21,5%) – задний, а у 44 (30,6%) – смешанный. У 54 (37,5%) больных определялся низкий ЦПР.

Таблица 3. Распределение больных по характеру и величине стенозов позвоночных артерий

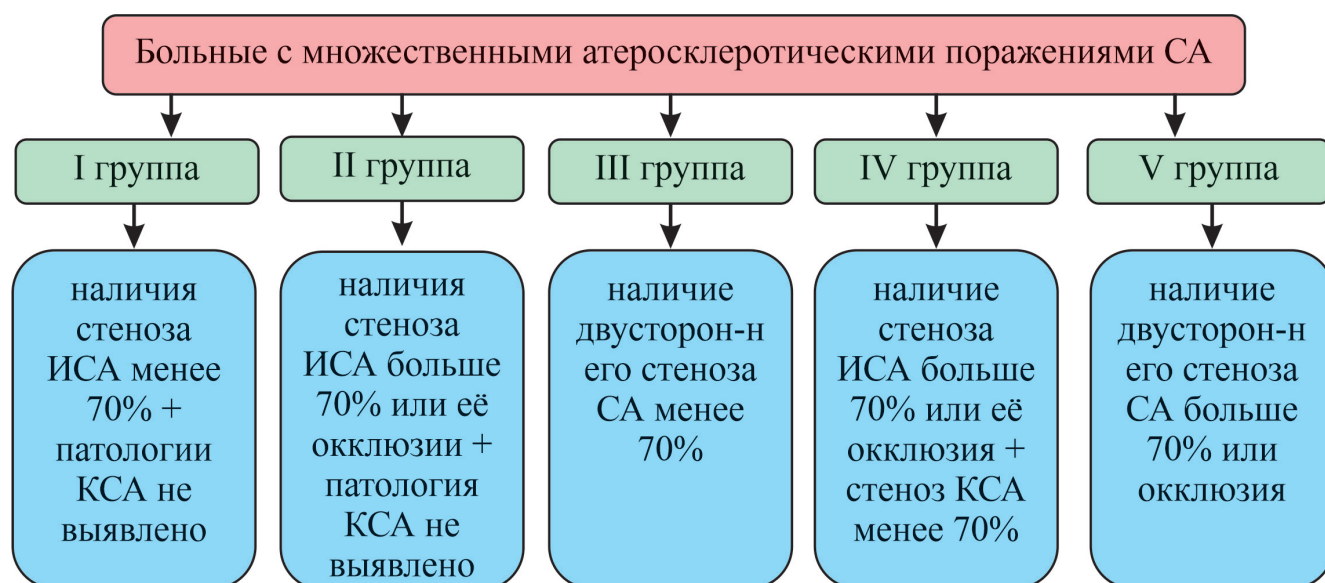
Степень поражения	Без стеноза КПА	Стеноз КПА <50%	Стеноз КПА >50%	Окклюзия КПА	Всего больных
Стеноз ИПА <50%	5	14	11	5	35
Стеноз ИПА >50%	3	4	3	1	11
Окклюзия ИПА	15	8	6	1	30
Всего больных	23	26	20	7	76

Таблица 4. Распределение больных по характеру выявленных поражений при МСКТА

Локализация поражений	Одностороннее			Двухстороннее			Всего
	Стеноз (незначимый)	Стеноз (значимый)	Окклюзия	Стеноз (незначимый)	Стеноз (значимый)	Окклюзия	
Интраторакальные поражения							
БЦС	–	–	–	–	–	–	–
Устье ОСА	3	2	–	2	1	–	9
Устье ПкА	9	2	1	–	–	–	12
Устье ПА	5	15	28	12	2	2	64
Экстраторакальные поражения							
ОСА	3	2	–	2	1	–	9
ВСА	–	37	27	7	47	2	120
НСА	47	25	1	34	13	–	120
ПкА	2	–	–	–	–	–	2
ПА	2	7	24	10	2	1	46
Интракраниальные поражения							
Сифон ВСА	11	3	22	5	1	1	43
СМА (М1, М2-сегменты)	12	3	9	3	1	–	29
ПМА (А1, А2-сегменты)	7	2	8	2	–	–	19
ЗМА (Р1, Р2-сегменты)	8	4	10	3	2	–	27
ПСА	1	7	12	–	–	–	20
ЗСА	3	15	32	11	14	12	96

На следующем этапе больным произведена МСКТА экстра- и интракраниальных артерий (табл. 4). При этом в 12 (8,3%) случаях выявлено отсутствие передней соединительной артерии (ПСА), а в 44 (30,6%) случаях – отсутствие одной и/или обеих задних соединительных артерий (ЗСА).

Так как основным источником кровоснабжения исследуемого нами участка коры ГМ является ИСА и КСА, в зависимости от степени поражения этих артерий (на основании результатов ДС или МСКТА) для подробного изучения ЦВР больные условно были разделены на следующие группы:



Основные показатели ЦО, выполненной в день поступления больных, приведены в таблице 5.

Таблица 5. Характеристика групп больных при проведении церебральной оксиметрии

Показатель	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа
rSO ₂ на стороне меньшего стеноза	64,3±5,1	62,7±5,9	63,6±7,0	61,8±6,3	60,8±6,5
rSO ₂ на стороне большего стеноза	63,1±5,5	61,0±7,2	62,7±5,6	61,1±6,4	59,9±4,9
rSO ₂ (при КП) на стороне меньшего стеноза	62,4±4,8	60,2±5,5	62,3±5,9	60,8±6,1	58,7±6,8
rSO ₂ (при КП) на стороне большего стеноза	62,8±6,2	59,8±6,4	61,8±4,9	59,6±7,2	56,4±7,3
ΔrSO ₂ на стороне меньшего стеноза	1,3±0,8	3,1±1,4	4,4±2,0	5,6±2,5	7,2±3,3
ΔrSO ₂ на стороне большего стеноза	1,1±0,7	2,5±1,6	2,9±1,7	6,4±2,9	8,1±3,6
АД среднее	102,9±19	103,1±14	103,7±12	106,5±14	101,6±17
ЧСС	63,1±27	61,8±28	62,0±23	63,3±28	62,6±24
ЧД	18±3	18±2	20±3	19±3	20±2
SpO ₂	97±3	96±4	98±2	97±3	96±4

При проведении больным физиологических нагрузок определились несколько изменений rSO₂: для больных с монолатеральным стенозом СА менее 70% или 70% и более характерна межполушарная асимметрия rSO₂ (p<0,05). Необходимо подчеркнуть, что в условиях покоя даже при выраженном стенозе ВСА значения rSO₂ могут быть в пределах нормальных значений. Были также больные, у которых при наличии стеноза ВСА от 50 до 70% значения rSO₂ оставались в пределах нормальных значений и при физиологических нагрузках.

Хронологический анализ динамики rSO₂ при проведении КП показал, что в большинстве случа-

ев снижение rSO₂ носило временный характер. В группах I и II rSO₂ снижалось до минимальных значений в течение 10–45 секунд, а затем, до прекращения КП, происходило возвращение rSO₂ к исходным или близким к ним значениям (в течение следующих 30–60 секунд). В остальных группах rSO₂ снижалось значительно сильнее, а восстановление происходило значительно медленнее, чем в I и II группах, у больных с изолированной СМА восстановления rSO₂ вообще не происходило до прекращения КП.

По данным ЦО, все больные условно были разделены на 3 категории:

1 категория – это больные, у которых $rSO_2 > 65\%$ на ипси- и контралатеральной стороне, в покое и при КП. Этим больным в интраоперационном периоде не прогнозируется установка внутреннего временного шунта. В данную категорию вошли 88 пациентов.

2 категория – это больные, у которых rSO_2 составило 60–65% на ипсилатеральной стороне при КП, а на контралатеральной стороне $rSO_2 > 65\%$. Этим больным прогнозировалась возможная установка внутреннего временного шунта во время операции. В данную категорию вошли 35 пациентов.

3 категория – это больные, у которых $rSO_2 < 60\%$ на ипси- и контралатеральной стороне, в покое и при КП. Этим больным в дооперационном периоде прогнозируется низкая толерантность в ишемии во время выполнения КЭАЭ с установкой внутреннего временного шунта. В данную категорию вошел 21 пациент. Им была проведена целенаправленная предоперационная подготовка. Этим больным в предоперационном периоде была разработана оптимальная схема медикаментозного лечения, которая включала препараты, улучшающие мозговое кровообращение и реологию крови, антигипоксанта, церебропротекторы, антикоагулянты, метаболики. После полученной терапии в течение 5–7 дней больным повторно было произведено ЦО. При этом у 6 из них удалось достичь нормализации показателей ЦО, которая подтверждалась во время выполнения КЭАЭ.

У исследуемых 144 пациентов выполнено 163 оперативных вмешательства – 19 больным оперативные вмешательства поэтапно выполнены с обеих сторон. При этом в 13 случаях 1-м этапом выполнена классическая КЭАЭ, 2-м – эверсионная КЭАЭ, и 3-м – резекция и перевязка ВСА с эндартерэктомией из ОСА и НСА с наложением заплаты. Следует отметить, что у 6 больных с сегментарной окклюзией ВСА во время операции удалось добиться восстановления проходимости ВСА. Перед основным этапом операции проводили трехминутную пробу с пережатием СА (интраоперационная проба Матаса) на стороне операции для определения толерантности ГМ к ишемии. Продолжительность пережатия ВСА составила от 13 до 44 минут, в среднем $21 \pm 4,3$ минуты.

Характер выполненных операций: 1-й этап: классическая каротидная эндартерэктомия – 84 (51,6%); эверсионная каротидная эндартерэктомия – 33 (20,2%); резекция и перевязка ВСА, эндартерэктомия из ОСА и НСА с наложением заплаты – 21 (12,9%); тромбэндартерэктомия из ВСА с наложением заплаты – 6 (2,7%); 2-й этап: класси-

ческая каротидная эндартерэктомия – 16 (9,8%); эверсионная каротидная эндартерэктомия – 2 (1,2%); резекция и перевязка ВСА, эндартерэктомия из ОСА и НСА с наложением заплаты – 1 (0,6%).

В первые послеоперационные сутки не происходит изменений rSO_2 как на оперированной стороне, так и на интактной. Вместе с тем отмечается снижение на 46% величины межполушарной асимметрии по сравнению с дооперационными значениями. К третьему послеоперационному дню отмечено повышение на 11,5% rSO_2 на стороне операции по сравнению с дооперационными значениями ($p=0,03$), в то время как насыщение гемоглобина кислородом крови коры ГМ на интактной стороне остается неизменным.

При анализе результатов ближайшего послеоперационного периода у 138 (95,8%) больных отмечено гладкое послеоперационное течение. Осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось у 6 пациентов (4,2%), летальных исходов не отмечалось. В ближайшем послеоперационном периоде у 4 (2,8%) больных развилось повторное ипсилатеральное ОНМК. В двух случаях причиной ОНМК был тромбоз ВСА. Произведена повторная операция, с дальнейшим регрессом неврологической симптоматики. Ещё у двух больных произошла эмболия атероматозными массами, наступившая в момент введения внутреннего шунта, вследствие чего развилось интраоперационное ОНМК. Кроме того, в раннем послеоперационном периоде у 2 больных отмечены кровотечения и развитие гематомы послеоперационной раны, потребовавшие повторного вмешательства.

Клиническое выздоровление и улучшение после хирургического лечения отмечено у 78,9% больных, у 18,3% больных состояние оставалось без изменений. В этот период ухудшение отмечено у 4 больных. Следовательно, общие неврологические осложнения наблюдались в 2,8% (4 больных).

Обсуждение. Ишемические повреждения ГМ являются одной из самых актуальных проблем современной медицины. ИИ и ТИА примерно в 95% случаев связаны с атеросклерозом БЦА или с кардиогенной эмболией. Риск развития церебральной ишемии зависит от степени поражения БЦА. При асимптомных 50–99% стенозах ВСА он составляет 2–3% в год [15], при асимптомных 60–99% стенозах – 3,2%, при асимптомных 70–90% стенозах – 5,2%. Независимо от механизма развития нарушения мозгового кровообращения (НМК) (эмболического или гемодинамического) одним из основных методов профилактики НМК

признана КЭАЭ. Однако оправданным этот вид профилактики НМК считается лишь в том случае, если количество периоперационных осложнений не превышает 9% [16]. Снижение ЦВР является одним из основных патофизиологических механизмов ишемических повреждений ГМ. Независимо от первопричины ишемии, эмболического или гемодинамического характера, снижение ЦВР значительно повышает риск развития необратимых гипоксических поражений. Это особенно актуально для больных с поражением БЦА во время оперативных вмешательств на СА, когда увеличивается вероятность как гемодинамической недостаточности мозгового кровотока, так и эмболических эпизодов.

В нашей стране изучению ЦВР уделяется мало внимания. При оценке тяжести поражения сосудистой системы ГМ и при определении показаний к оперативному вмешательству в основном пользуются чисто анатомической информацией (степень стенозирования крупных и средних артерий, питающих мозг, и эмбологенность АСБ). Между тем наличие полной информации о состоянии ЦВР (не только о его анатомическом, но и о функциональном компоненте) могло бы значительно улучшить как отбор больных для оперативного вмешательства, так и обеспечение адекватной защиты ГМ от гипоксии в ходе операции.

Проведенные нами исследования привели к следующим результатам:

У пациентов с поражением БЦА с ростом величины стеноза ИСА значения rSO_2 имеют тенденцию к снижению. Тем не менее, не выявлено достоверных различий между группами, а также связи между значениями rSO_2 и величиной стенозов ИСА и КСА. У больных с двусторонними разновеликими стенозами СА не обнаружено различий значений rSO_2 между полушариями с большим и меньшим поражением СА.

Анализ экстракраниальных факторов, которые могут возникать при проведении пробы с задержкой дыхания и способных повлиять на значения rSO_2 , показал, что 3-минутная проба не вызывает сдвига кривой диссоциации оксигемоглобина, а зафиксированные изменения кардиореспираторной системы не влияют на динамику показателей ЦО.

Проведение КП у пациентов с замкнутым Виллизиевым кругом приводит к снижению rSO_2 как на стороне пережатия СА, так и на противоположной стороне (в 2,5–3 раза меньшей). У пациентов с разомкнутым Виллизиевым кругом при значительном (>10%) снижении rSO_2 на стороне компрессии, изменений rSO_2 на контралатеральной стороне не наблюдается. Это дает возможность

выявлять с помощью ЦО пациентов с разомкнутым Виллизиевым кругом.

Степень снижения rSO_2 при КП у пациентов с замкнутым Виллизиевым кругом зависит как от величины стеноза КСА (в большей степени), так и от величины стеноза ИСА (в меньшей степени). От степени поражения БЦА зависит не только величина снижения rSO_2 при КП, но и его длительность и характер восстановления. В наших исследованиях у пациентов I и II групп (стенозы отсутствуют или гемодинамически не значимы) снижение rSO_2 было кратковременным, после чего, до прекращения КП, следовало возвращение rSO_2 к исходным или близким к ним значениям. У пациентов со стенозами КСА 70% и более, при значительно большем снижении rSO_2 , выявлено более медленное восстановление или отсутствие восстановления rSO_2 до прекращения КП. Можно предположить, что это соответствует состоянию, называемому синдромом нищей перфузии, то есть ситуации, когда весь ЦВР (или, по крайней мере, его быстрые компоненты – коллатеральный кровоток по Виллизиевому кругу, вазодилатация) исчерпаны и величина повышения экстракции кислорода из крови мозгом становится постоянной.

Сравнение пред- и интраоперационной динамики rSO_2 на пережатие СА показало возможность использования методики для предоперационной оценки путей «быстрой» коллатеральной компенсации. На разных этапах исследования (до операции при проведении КП и во время операции) в ответ на пережатие СА не выявлено статистических различий и получена достоверная корреляция значений снижения rSO_2 .

ЦО улавливает такой механизм защиты тканей мозга от гипоксии, как увеличение экстракции из крови кислорода, а срабатывает этот механизм, когда все остальные механизмы (системы коллатерального кровоснабжения и вазодилатации) уже исчерпаны, либо пока они еще не успели включиться. Именно это свойство методики (способность фиксировать динамику экстракции кислорода из крови при изменении мозгового кровотока) позволяет использовать ее как очень простой в интерпретации, работающий в режиме реального времени, источник информации о направленности и выраженности изменений мозгового кровотока, что крайне важно для предоперационной оценки ЦВР.

Сравнение предоперационной и интраоперационной динамики rSO_2 во время КП обеспечивает возможность прогнозирования степени депрессии кислородного баланса коры ГМ в бассейне интраоперационно пережимаемой артерии.

Выводы. 1. Показаниями к выполнению КЭАЭ при множественных атеросклеротических поражениях сонных артерий являются: все типы бляшек, суживающие просвет сосуда на 60% и более, изъязвленные бляшки со стенозом 50% и более – для симптомных поражений; для асимптомных поражений – гомогенные бляшки, суживающие просвет сосуда на 70% и более, гетерогенные и гипохолестериновые, изъязвленные бляшки со стенозом 60% и более.

2. Метод церебральной оксиметрии в сочетании с нагрузочными пробами позволяет оценить толерантность головного мозга к ишемии и прогнозировать величину снижения регионарной оксигенации крови кортикальных отделов головного мозга во время КЭАЭ у больных с окклюзирующими поражениями БЦА.

3. Больные, у которых $rSO_2 < 60\%$ на ипси- и контралатеральной стороне, в покое и при компрессионной пробе (которым прогнозируется низкая толерантность головного мозга к ишемии) нуждаются в проведении целенаправленной предоперационной подготовки, которая в 32,9% случаев может привести к нормализации показателей церебральной оксиметрии.

4. Больным, которым, несмотря на проведенную терапию, прогнозируется низкая толерантность головного мозга к ишемии, во время выполнения КЭАЭ необходимо сразу устанавливать внутренний временный шунт.

Литература

1. Paul S., Candelario-Jalil E. Emerging neuroprotective strategies for the treatment of ischemic stroke: An overview of clinical and preclinical studies. *Exp Neurol*. 2021; 335:113518. doi:10.1016/j.expneurol.2020.113518
2. Herpich F., Rincon F. Management of Acute Ischemic Stroke. *Crit Care Med*. 2020;48(11):1654-1663. doi:10.1097/CCM.0000000000004597
3. Rabinstein A.A. Update on Treatment of Acute Ischemic Stroke. *Continuum (Minneapolis Minn)*. 2020; 26(2):268–286. doi:10.1212/CON.0000000000000840
4. Wang J., Han M., Kuang J., Tu J., Starcevic K., Gao P., et al. Personalized antiplatelet therapy based on clopidogrel/aspirin resistance tests in acute ischemic stroke and transient ischemic attack: Study protocol of a multi-center, single-blinded and randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials*. 2021; 108:106507. doi:10.1016/j.cct.2021.106507
5. Shahrestani S., Wishart D., Han S.M.J., Strickland B.A., Bakhsheshian J., Mack W.J., et al. A systematic review of next-generation point-of-care stro-

ke diagnostic technologies. *Neurosurg Focus*. 2021; 51(1):E11. doi:10.3171/2021.4.FOCUS21122

6. Duncan L.A., Ruckley C.V., Wildsmith J.A. Cerebral oximetry: a useful monitor during carotid artery surgery. *Anaesthesia*. 1995; 50(12):1041–1045. doi:10.1111/j.1365-2044.1995.tb05947.x

7. Delgado López P.D., Blanco de Val B., López Martínez J.L., Araus Galdós E., Rodríguez Salazar A. Importance of cerebral angiography and intraoperative neuromonitoring in carotid endarterectomy. *Neurocir English Ed*. 2021; 32(2):99–104. doi:10.1016/j.neucir.2020.03.003

8. Banik S., Rath G.P., Lamsal R., Bithal P.K. Effect of dexmedetomidine on dynamic cerebral autoregulation and carbon dioxide reactivity during sevoflurane anesthesia in healthy patients. *Korean J Anesthesiol*. 2020; 73(4):311–318. doi:10.4097/kja.19246

9. Zipfel J., Bantle S.J., Magunia H., Schlenzak C., Neunhoffer F., Schuhmann M.U., Lescan M. Non-Invasive Cerebral Autoregulation Monitoring During Awake Carotid Endarterectomy Identifies Clinically Significant Brain Ischaemia. *Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg*. 2020; 60(5):647–654. doi:10.1016/j.ejvs.2020.07.076

10. Jonsson M., Lindström D., Wanhainen A., Djavan Gidlund K., Gillgren P. Near Infrared Spectroscopy as a Predictor for Shunt Requirement During Carotid Endarterectomy. *Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg*. 2017; 53(6):783–791. doi:10.1016/j.ejvs.2017.02.033

11. Tovedal T., Thelin S., Lennmyr F. Cerebral oxygen saturation during pulsatile and non-pulsatile cardiopulmonary bypass in patients with carotid stenosis. *Perfusion*. 2016; 31(1):72–77. doi:10.1177/0267659115586280

12. Biedrzycka A., Lango R. Tissue oximetry in anaesthesia and intensive care. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2016;48(1):41-48. doi:10.5603/AIT.2016.0005

13. Miao X., Nayak K.S., Wood J.C. In vivo validation of T2- and susceptibility-based S(v) O(2) measurements with jugular vein catheterization under hypoxia and hypercapnia. *Magn Reson Med*. 2019;82(6):2188-2198. doi:10.1002/mrm.27871

14. Tantry T.P., Bg M., Karanth H., Shetty P.K., Shenoy S.P., Kadam D., et al. Prophylactic measures to prevent cerebral oxygen desaturation events in elective beach-chair position shoulder surgeries; a systematic review and meta-analysis. *Korean J Anesthesiol*. 2021. doi:10.4097/kja.21069

15. Al-Rawi P.G., Smielewski P., Kirkpatrick P.J. Preliminary evaluation of a prototype spatially resolved spectrometer. *Acta Neurochir Suppl*. 1998; 71:255–257. doi:10.1007/978-3-7091-6475-4_73

16. Seidel K., Jeschko J., Schucht P., et al. Somatosensory Evoked Potential and Transcranial Doppler Monitoring to Guide Shunting in Carotid Endarterectomy. J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg. 2021; 82(4):299–307. doi:10.1055/s-0039-1698441

ctomy. J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg. 2021; 82(4):299–307. doi:10.1055/s-0039-1698441

УЙҚУ АРТЕРИЯЛАРИНИНГ КЎПЛАБ ЗАРАРЛАНИШИНИ ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАНЛАШДА ЦЕРЕБРАЛ ОКСИМЕТРИЯНИНГ ЎРНИ ВА АҲАМИЯТИ

Каримов Ш.И.,^{1,2} Ирназаров А.А.,² Юлбарисов А.А.,¹

Алиджанов Х.К.,¹ Ахматов О.М.,¹ Джалилов А.А.,¹ Джуманиязова Д.А.¹

¹Республика хирургик ангионеврология ихтисослаштирилган маркази, Тошкент, Ўзбекистон,

²Тошкент тиббиёт академияси

Мақсад. Уйқу артерияларининг кўплаб атеросклеротик зарарланишлари мавжуд бўлган беморларни даволаш усулини танлашда церебрал оксиметриянинг ўрни ва аҳамиятини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Уйқу артерияларининг кўплаб атеросклеротик зарарланишлари мавжуд бўлган 144 нафар беморни хирургик даволаш натижалари таҳлил қилинган. Амалиётдан олдинги даврда бажарилган церебрал оксиметриянинг амалиёт бажарилиши давомида бош миянинг ишемияга толерантчилигини баҳолашдаги самарадорлиги ўрганилган. Уйқу артерияларининг кўплаб атеросклеротик зарарланишлари мавжуд бўлган беморларда бош мия қон айланиши гемодинамикасининг ўзига хос томонлари ҳам ўрганилган.

Натижалар. Ипсилатерал ва контралатерал уйқу артерияларининг зарарланиши даражасига боғлиқ равишда беморларни шартли 5 гуруҳга бўлинди. Компрессион синамалар билан биргаликда церебрал оксиметрия бажарилганда I ва II гуруҳларда rSO₂ 10–45 секунд давомида минимал кўрсаткичларгача пасайганлиги аниқланди, кейин эса, компрессион синамаларни тўхтатилгунга қадар, rSO₂ ни бошланғич кўрсаткичлар ёки уларга яқин кўрсаткичларга қайтиши кузатилган (кейинги 30–60 секунд давомида). Қолган гуруҳларда rSO₂ анча кучлироқ пасайган, тикланиши эса I ва II гуруҳларга нисбатан анча секин кечган. Изоляцияланган ўрта мия артерияси аниқланган беморларда rSO₂ нинг тикланиши компрессион синамаларни тўхтатилгунга қадар умуман кузатилмади. Амалиётдан кейинги 1-суткада церебрал оксиметрияда rSO₂ нинг ўзгариши кузатилмади. Шу билан бирга яримшарлараро асимметрия кўрсаткичининг амалиётдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан 46% га пасайиши кузатилди. Амалиётдан кейинги 3-кун rSO₂ ни амалиёт бажарилган томонда амалиётдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан 11,5% га кўтарилиши аниқланди (p=0,03).

Хулоса. Биз ўтказган тадқиқотлар натижалари компрессион синамалар билан биргаликда ўтказилган церебрал оксиметрияни бош миянинг ишемияга толерантли эканлигини баҳолашда ҳамда каротид реконструкция вақтида бош миянинг кортикал қисмларидаги қоннинг регионар оксигенациясининг пасайиш кўрсаткичларини башорат қилишда самарали эканлигини тасдиқлайди.

Калит сўзлар: церебрал оксиметрия, каротид эндалтерэктомия, ишемик инсульт.

Сведения об авторах:

Каримов Шавкат Ибрагимович – заслуженный деятель науки, академик АНРУз и РАН, д.м.н., профессор, директор Республиканского специализированного центра хирургической ангионеврологии.

Ирназаров Акмал Абдуллаевич – д.м.н., профессор кафедры факультетской и госпитальной хирургии № 1 Ташкентской медицинской академии.
Тел.: (+99890)3504157. E-mail: ak.mal@rambler.ru

Information about authors:

Karimov Shavkat Ibrahmovich – Honored Scientist, Academician of the Academy of Sciences of Uzbekistan and the Russian Academy of Sciences, MD, Professor, Director of the Republican Specialized Center of Surgical Angioneurology.

Akmal Abdullayevich Irnazarov – MD, Professor of the Department of Faculty and Hospital Surgery No.1 of the Tashkent Medical Academy.
Tel.: (+99890)3504157. E-mail: ak.mal@rambler.ru

Юлбарисов Абдурасул Абдужалилович – д.м.н., заместитель директора Республиканского специализированного центра хирургической ангионеврологии. Тел.: (+99894)6143082. E-mail: Angioneurology@mail.ru

Алиджанов Ходжиакбар Кашипович – к.м.н., заведующий отделением Республиканского специализированного центра хирургической ангионеврологии. <https://orcid.org/0000-0003-1551-0874>. Тел.: (+99890)9824466. E-mail: Alidjanov@mail.ru

Ахматов Алимжон Мустапакулович – к.м.н., врач-невролог Республиканского специализированного центра хирургической ангионеврологии.

Джалилов Абдували Абдумуталович – врач-хирург Республиканского специализированного центра хирургической ангионеврологии.

Джуманиязова Дилфуза Азадовна – врач ультразвуковой диагностики Республиканского специализированного центра хирургической ангионеврологии.

Yulbarisov Abdurasul Abduzhalilovich – MD, Deputy Director of the Republican Specialized Center for Surgical Angioneurology. Tel.: (+99894)6143082. E-mail: Angioneurology@mail.ru

Alijanov Khodjiakbar Kashipovich – Candidate of Medical Sciences, Head of the department of the Republican Specialized Center of Surgical Angioneurology. <https://orcid.org/0000-0003-1551-0874>. Tel.: (+99890)9824466. E-mail: Alidjanov@mail.ru

Akhmatov Alimjon Mustapakulovich – Candidate of Medical Sciences, neurologist of the Republican Specialized Center of Surgical Angioneurology.

Jalilov Abduvali Abdumutalovich – Surgeon at the Republican Specialized Center of Surgical Angioneurology.

Dzhumaniyazova Dilfuza Azadovna – Doctor of ultrasound diagnostics of the Republican Specialized Center of Surgical Angioneurology.

СВОБОДНЫЙ АММИАК КАК РАННИЙ МАРКЕР ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Р.Н. Акалаев^{1,2}, А.А. Стопницкий^{1,2}, М.К. Саидова¹

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан,

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

FREE AMMONIA AS AN EARLY MARKER OF TOXIC DAMAGE TO THE LIVER AND CENTRAL NERVOUS SYSTEM IN ALCOHOL INTOXICATION

R.N. Akalaev^{1,2}, A.A. Stopnitsky^{1,2}, M.K. Saidova¹

¹Republican Research Center of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan,

²Center of the Development of professional qualifications of medical workers, Tashkent, Uzbekistan

Цель: оценить эффективность измерения концентрации свободного аммиака (СА) в крови в ранней диагностике токсического поражения печени и центральной нервной системы при алкогольной интоксикации.

Материал и методы. Изучена концентрация СА в сыворотке крови у 378 больных с острым отравлением алкоголем, осложненным развитием токсического гепатита, находившихся на лечении в отделении токсикологии РНЦЭМП в 2015-2021 гг. Возраст пациентов – от 30 до 55 лет. В зависимости от уровня СА больные были разделены на 3 группы: I группа (n=106) – СА <100 мкмоль/л, II группа (n=171) – СА=100-200 мкмоль/л, III группа (n=101) – СА >200 мкмоль/л.

Результаты. У всех обследованных больных были серьезные нарушения системы гомеостаза, наступившие в результате злоупотребления алкоголем. Тяжесть состояния пациентов практически не зависела от концентрации этанола в крови: в III группе больных уровень алкоголя был в 1,5 и 1,35 раза ниже, чем во II и I группах соответственно. У всех пострадавших III группы отмечалось значительное повышение ферментов печени (АЛТ, АСТ, ЛДГ) и билирубина, во II группе – умеренное повышение ферментов, а уровень билирубина оставался в пределах верхних границ нормы, в I группе – только незначительное повышение АЛТ и АСТ. Уровень молочной кислоты коррелировал с концентрацией СА: у больных III группы содержание лактата было в 3,2 раза выше нормы, у пациентов II и I групп – соответственно в 2,0 и 1,3 раза выше. Выявлено угнетение когнитивных функций пропорционально степени выраженности гипераммониемии: в III группе показатели шкал MMSE и FAB были в 1,4 и 1,1, 1,5 и 1,2 раза ниже, чем, соответственно, во II и I группах. Наилучший результат теста Рейтана (маркера печеночной энцефалопатии) выявлен в I группе, пациенты III группы этот тест не смогли выполнить из-за неадекватного состояния.

Заключение. Определение уровня СА может служить ранним маркером и критерием степени тяжести алкогольной интоксикации. При гипераммониемии необходима медикаментозная коррекция, включающая аммиак-связывающие гепатопротекторы.

Ключевые слова: острые отравления, алкоголь, алкогольный гепатит, свободный аммиак, гипоксия, когнитивные функции.

Aim. To assess the effectiveness of the role of free ammonia (FA) as an early marker of toxic damage to the liver and central nervous system the patients with alcohol intoxication

Material and methods. The concentration of FA in the blood serum was studied in 378 patients with acute alcohol poisoning complicated by the development of toxic hepatitis who were treated in the Department of Toxicology of the RRCEM in 2015–2021. The age of patients is from 30 to 55 years. Depending on the level of FA, the patients were divided into 3 groups: group I (n=106) – FA <100 mmol/L, group II (n=171) – FA=100–200 mmol/L, group III (n=101) – FA >200 mmol/L.

Results. All the examined patients had serious violations of the homeostasis system, which occurred as a result of alcohol abuse. The severity of the patients' condition practically did not depend on the concentration of ethanol in the blood: in group III of patients, the alcohol level was 1.5 and 1.35 times lower than in groups

II and I, respectively. All the victims of group III had a significant increase in liver enzymes (ALT, AST, LDH) and bilirubin, in group II – a moderate increase in enzymes, and the level of bilirubin remained within the upper limits of normal, in group I – only a slight increase in ALT and AST. The level of lactic acid correlated with the concentration of FA: in patients of group III, the lactate content was 3.2 times higher than normal, in patients of groups II and I – 2.0 and 1.3 times higher, respectively. Inhibition of cognitive functions was revealed in proportion to the severity of hyperammonemia: the MMSE and FAB scales were 1.4 and 1.1, 1.5 and 1.2 times lower than in groups II and I, respectively. The best results of the Reitan test (a marker of hepatic encephalopathy) were detected in group I, group III patients could not perform this test due to inadequate condition.

Conclusion. Determination of the level of FA can serve as an early marker and criterion of the severity of alcohol intoxication. With hyperammonemia, medication correction is necessary, including ammonia-binding hepatoprotectors.

Keywords: *acute poisoning, alcohol, alcoholic hepatitis, free ammonia, hypoxia, cognitive functions.*

По данным специализированных токсикологических центров СНГ, в том числе научно-клинического отдела токсикологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Республики, пациенты с отравлением продуктами этилового спирта составили в среднем от 39,8 до 54,9% от общего числа больных с острыми экзогенными отравлениями. Данная патология также прочно занимает первое место в структуре смертности, составляя 35–57% всех умерших от острых экзогенных отравлений [1, 2, 3, 4]. При этом у 65–80% пациентов острое отравление алкоголем развивается на фоне хронической алкогольной интоксикации, то есть запоя. Данное состояние принципиально отличается по патогенетическому механизму интоксикации от однократного злоупотребления продуктами этанола и требует совершенствования диагностической и лечебной тактики [2, 5, 6, 7, 8].

Токсический алкогольный гепатит, в основе которого лежат дистрофические и некротические изменения паренхимы печени, сопровождается нарушением всех ее жизненно важных функций. Поражение печени проявляется снижением синтетической, детоксикационной и регуляторной (влияние на межклеточный и другие виды обмена) функций. Наиболее часто острое токсическое поражение печени при алкогольной интоксикации протекает в форме цитолитического синдрома, под которым понимают нарушение проницаемости клеточных и внутриклеточных мембран гепатоцитов [2, 9, 10].

Клиническими проявлениями этого синдрома являются внезапное увеличение и болезненность печени, иктеричность склер и кожи, явления общей интоксикации, лихорадка, а в далеко зашедших случаях – печеночная энцефалопатия. Диагностика алкогольных поражений печени базируется в основном на клинических признаках, анамнестических данных, уровне билирубина,

ферментов печени (АлТ, АсТ, ЩФ, ЛДГ), общего белка, альбумина, коагулограммы, ультразвукового сканирования печени [6, 7, 11].

Однако практика показала, что изменение большинства вышеперечисленных показателей зачастую является манифестацией уже тяжелого, запущенного гепатита, переходящего в острую печеночную недостаточность. В связи с этим существует необходимость поиска ранних маркеров токсических поражений печени при алкогольной интоксикации и разработки соответствующей гепатопротекторной терапии [7, 12, 13].

При эмпирическом изучении клинических, лабораторных и инструментальных показателей у пациентов с алкогольной интоксикацией на фоне предшествующей алкоголизации мы обратили внимание, что у всех больных отмечался повышенный уровень свободного аммиака (СА) крови. Также отмечено значительное клиническое ухудшение состояния пациентов при его повышении.

Эти наблюдения, а также литературные данные патогенеза развития хронической алкогольной интоксикации позволили нам использовать уровень СА как критерий рандомизации больных по степени тяжести, для чего мы использовали расчеты показателей, приведенные в программной статье коллектива авторов «Российский консенсус гипераммониемии у взрослых» от 2019 года [14, 15, 16].

Цель: оценить роль СА как раннего маркера токсического поражения печени и центральной нервной системы при алкогольной интоксикации.

Материал и методы. Изучена концентрация СА в сыворотке крови у 378 больных с острым отравлением алкоголем, осложненным развитием токсического гепатита, находившихся на лечении в отделении токсикологии РНЦЭМП в 2015–2021 гг. Возраст пациентов – от 30 до 55 лет. Изучение проводилось в трех группах боль-

ных в зависимости от уровня СА при поступлении согласно клиническим рекомендациям «Российский консенсус гипераммониемии у взрослых» от 2019 г. [15]:

I группа (n=106) – с относительно низким уровнем СА, гипераммониемия легкой степени (<100 мкмоль/л);

II группа (n=171) – со средним уровнем СА, гипераммониемия средней степени тяжести (100–200 мкмоль/л);

III группа (n=101) – с высоким уровнем СА, тяжелая гипераммониемия (>200 мкмоль/л).

В ходе выполнения исследования всем больным проведено комплексное обследование с изучением анамнестических и клинических данных, лабораторных методов исследования. Определя-

ли уровень этанола крови, СА, ферментов печени (АлТ, АсТ, ЛДГ), лактата и билирубина при поступлении. Также исследовали показатели эндогенной интоксикации – средние молекулы (СМ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), индекс сдвига нейтрофилов (ИСН).

Оценку тяжести нарушений интеллекта изучали с использованием шкалы MMSE по 10 позициям, шкалы FAB по 6 позициям и теста Рейтана при поступлении и на 5-е сутки терапии.

Обработку данных проводили с помощью программного обеспечения фирмы Microsoft и электронных таблиц Excel.

Результаты. Проведя стратификацию пациентов в соответствии с уровнем СА, мы получили следующие результаты (табл. 1).

Таблица 1. Средняя концентрация СА в сыворотке крови у больных сравниваемых групп, n=378, M±m

Показатель	I группа, n=106	II группа, n=171	III группа, n=101
Концентрация СА, мкмоль/л	83,2±16,1	162,6±28,7*	263,7±15,9*

Примечание: * – p<0,05 по сравнению с I группой.

У пациентов I группы длительность злоупотребления была 2,9±1,1 суток, у больных II группы – 6,5±2,4 суток и III группы – свыше 7 дней и составила в среднем 9,6±2,1. Уровень сознания по шкале Глазго в I группе был на уровне умеренного или глубокого оглушения, в двух остальных группах сознание оставалось ясным. У больных I и II групп наблюдалась рвота желчью в среднем от 3–4 до 7 раз в сутки, а у пациентов III группы – до 10–12 раз в сутки. Кроме того, у всех больных с тяжелой степенью гипераммониемии (n=101) отмечались

тахипноэ, одышка в покое, тахикардия, снижение АД до критического уровня, высокие показатели шокового индекса, отрицательное ЦВД со снижением суточного диуреза менее 1000 мл (в 7 (7%) случаях с развитием ОПН), что свидетельствовало о развитии гиповолемического шока. У больных II группы отмечалась умеренная тахикардия и снижение ЦВД, при относительно нормальных показателях АД и ЧДД. Легкая степень гипераммониемии не сопровождалась нарушениями со стороны гемодинамики (табл. 2).

Таблица 2. Клинические показатели у больных с острыми отравлениями алкоголем в зависимости от степени тяжести гипераммониемии, n=378, M±m

Показатель	I группа, n=106	II группа, n=171	III группа, n=101
Длительность злоупотребления алкоголем, сут.	2,9±1,1	6,5±1,5	9,6±2,1
Уровень сознания по ШкГ	14,3±1,6	14,5±0,5*	13,2±1,1*
Частота рвоты	3,2±0,9	6,6±1,6*	11,2±2,2*
Частота дыхания в мин	21,1±3,3	24,7±3,1*	29,6±3,4*
АД, мм рт. ст.	124,7±7,5	136,6±9,5*	83,3±9,4*
ЧСС, уд/мин	88,8±8,5	104,3±9,6*	122,5±6,8*
ШИ	0,71±0,06	0,76±0,06*	1,46±0,23*
ЦВД, мм вод. ст.	111,49±11,2	40,5±9,5	отр.
Диурез, мл/сутки	1655±193,6	2235±216,9*	940,2±176,9*

Примечание: * – p<0,05 по сравнению с I группой.

При этом отмечено, что тяжесть состояния пациентов практически не зависела от концентрации этанола в крови. Напротив, именно у больных с тяжелой алкогольной интоксикацией уровень алкоголя был в 1,5 и 1,35 раза ниже, чем во II и III группах (табл. 3). Это, по-видимому, связано с угнетением способности печени при длительном

запое подвергать метаболизму очередную дозу спиртных напитков, что ведет к постепенному снижению дозы потребления. Этот феномен указывает на снижение диагностической ценности определения уровня этанола в крови как показателя тяжести интоксикации при хроническом злоупотреблении алкоголем.

Таблица 3. Содержание этанола в крови у исследуемых больных при поступлении в клинику, $n=378$, $M \pm m$

Показатель	норма	I группа, $n=106$	II группа, $n=171$	III группа, $n=101$
Уровень этанола, г/л	0-0,5	$1,9 \pm 0,3$	$2,1 \pm 0,2$	$1,4 \pm 0,5$

При гипераммониемии легкой степени биохимические показатели находились либо в пределах нормальных значений, либо обнаруживали незначительную тенденцию к повышению, а у пациентов со средними и тяжелыми отравлениями все показатели в разы превышали верхнюю границу референтных значений. Так, у всех пострадавших III группы отмечались признаки токсического гепатита, что проявлялось значительным повышением в крови содержания ферментов печени АЛТ, АСТ, ЛДГ и билирубина, превысив предельные нормальные показатели в 5,4, 5,4, 1,8 и 1,7 раза соответственно. У пациентов II группы наблюдали

умеренное повышение АЛТ, АСТ, ЛДГ в 3,5, 3,0 и 1,4 раза соответственно, а уровень билирубина оставался в пределах верхних границ нормы. У больных I группы имело место только незначительное повышение АЛТ, АСТ, а билирубин и ЛДГ были в пределах нормы (табл. 4).

Уровень молочной кислоты показал наличие у всех пациентов с алкогольной интоксикацией тканевой гипоксии, пропорционально уровню СА, что проявилось повышением уровня лактата у больных I группы в 1,3 раза, а у пациентов II и III групп – в 2,0 и 3,2 раза соответственно (табл. 4).

Таблица 4. Биохимические показатели крови больных с алкогольной интоксикацией, $n=378$, $M \pm m$

Показатель	Норма	I группа, $n=106$	II группа, $n=171$	III группа, $n=101$
АЛТ, у/л	0–42	$92,5 \pm 11,7$	$185,2 \pm 24,4^*$	$248,4 \pm 41,5^*$
АСТ, у/л	0–37	$77,4 \pm 9,5$	$147,5 \pm 16,1^*$	$198,7 \pm 30,1^*$
ЛДГ, у/л	313–618	$622,3 \pm 33,4$	$885,1 \pm 72,2^*$	$1242,6 \pm 79,6^*$
Билирубин общ., ммоль/л	8,55–20,5	$20,2 \pm 1,8$	$25,2 \pm 3,3$	$37,2 \pm 3,6^*$
Лактат, ммоль/л	0,9–1,6	$2,0 \pm 0,32$	$3,9 \pm 0,51^*$	$5,7 \pm 0,34^*$

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с I группой.

У больных III группы общая тенденция изменений в составе клеток крови отражала неспецифическую реакцию на химическую травму и проявлялась в основном пятикратным увеличением ЛИИ, что отражало начальные проявления эндотоксикоза. Помимо этого, был отмечен рост индекса сдвига нейтрофилов (ИСН). У больных

II группы изменения ЛИИ, ИСН, СМ были значительно менее выражены, но, тем не менее, превышали верхние границы нормы в 1,6, 1,2, 1,8 раза соответственно. У пациентов с легкой степенью гипераммониемии констатировано незначительное повышение этих показателей (табл. 5).

Таблица 5. Параметры гематологических индексов у больных с острыми отравлениями алкоголем, $n=378$, $M \pm m$

Показатель	Норма	I группа, $n=106$	II группа, $n=171$	III группа, $n=101$
ЛИИ, у.е.	0,4–1,0	$1,21 \pm 0,04$	$1,68 \pm 0,21$	$4,94 \pm 0,44^*$
ИСН, у.е.	0,1–0,06	$0,09 \pm 0,04$	$0,12 \pm 0,05$	$0,35 \pm 0,08^*$
СМ, ед. опт. пл.	0,068–0,182	$0,230 \pm 0,022$	$0,382 \pm 0,066$	$0,464 \pm 0,078^*$

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с I группой.

Пропорционально степени выраженности гипераммониемии наблюдали угнетение когнитивных функций больных с острыми отравлениями алкоголем. Так, у пациентов I и II групп при поступлении отмечали легкие и средние когнитивные нарушения по шкале MMSE ($25,8 \pm 2,1$ и $23,31 \pm 1,8$ балла соответственно), которые достаточно быстро купировались на фоне проводимого лечения. У пациентов III группы показатели шкалы MMSE по всем позициям были в 1,4, 1,5 раза ниже, чем во II и I группах (табл. 6).

У больных с тяжелой интоксикацией (III группа) выявлены нарушения концептуализации и дина-

мического праксиса. Суммарный результат теста по шкале FAB у этой категории пациентов не превышал в среднем $9,6 \pm 2,8$ балла, что примерно на 10 и 20% ниже, чем аналогичные показатели II и I групп, соответственно (табл. 6).

Тест Рейтана наиболее адекватно выполняли пациенты I группы – за $98,6 \pm 6$ секунд, тогда как больным II группы требовалось несколько больше времени для выполнения этого теста. Из-за неадекватного состояния пациенты с тяжелой гипераммониемией не смогли выполнить этот тест.

Таблица 6. Показатели когнитивных функций у пациентов с острыми отравлениями алкоголем при поступлении в клинику, $n=378$, $M \pm m$

Показатель	Норма	I группа, $n=106$	II группа, $n=171$	III группа, $n=101$
Шкала MMSE, баллы	28–30	$25,8 \pm 2,1$	$23,31 \pm 1,8$	$19,3 \pm 2,2^*$
Шкала FAB, баллы	16–18	$14,1 \pm 1,8$	$11,4 \pm 2,1$	$9,6 \pm 2,8^*$
Тест Рейтана, сек	до 100	$98,6 \pm 6$	$122,7 \pm 11$	не определялся

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с I группой.

В дальнейшем у 33 (32,7%) больных с тяжелой степенью гипераммониемии ($n=101$) отмечалось развитие алкогольного делирия, в то же время у пациентов II группы это осложнение имело место только у 11 (9,4%), а у больных с легкой степенью отравления ни в одном случае делирий не наблюдали.

Заключение

Корреляция между уровнем СА и клинической симптоматикой, лабораторными показателями, степенью угнетения когнитивных функций при хронической алкогольной интоксикации доказывает важную роль этого метаболита в ранней диагностике и оценке тяжести алкогольной интоксикации. При высоком и среднем уровне гипераммониемии происходят серьезные изменения гомеостаза организма, тяжелые нарушения когнитивных функций, что диктует необходимость включения в схему медикаментозной коррекции аммиак-связывающих гепатопротекторов.

Литература

1. Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Хожиев Х.Ш. Рациональная нейрометаболическая терапия при острых отравлениях алкоголем. Методические рекомендации. Ташкент, 2017; 19–20 [Akalaev R.N., Stopnickij A.A., Hozhiev H.Sh. Racional'naya nejrometabolicheskaya terapiya pri ostryh otravleniyah alkogolem. Metodicheskie rekomendacii. Tashkent, 2017; 19–20. In Russian].

2. Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Хожиев Х.Ш. Клиническая, лабораторная, инструментальная диагностика и интенсивная терапия острых отравлений алкоголем. Учебное пособие. Ташкент, 2019; 13–17 [Akalaev R.N., Stopnickij A.A., Hozhiev H.Sh. Klinicheskaya, laboratornaya, instrumental'naya diagnostika i intensivnaya terapiya ostryh otravlenij alkogolem. Uchebnoe posobie. Tashkent, 2019; 13–17. In Russian].

3. Лужников Е.А. Неотложная терапия острых отравлений и эндотоксикозов. Москва МИА, 2012; 304 [Luzhnikov E.A. Neotlozhnaya terapiya ostryh otravlenij i endotoksikozov. Moskva MIA, 2012; 304. In Russian].

4. Лужников Е.А., Сабаев А.В., Ливанов А.С., Бонитенко Е.Ю. Федеральные клинические рекомендации по лечению отравлений этанолом. Москва, 2013; 50 [Luzhnikov E.A., Sabaev A.V., Livanov A.S., Bonitenko E.YU. Federal'nye klinicheskie rekomendacii po lecheniyu otravlenij etanolom. Moskva, 2013; 50. In Russian].

5. Долго-Сабуров В.Б., Петров А.Н., Лисицкий Д.С., Беляев В.А. Центральные нейрхимические эффекты острого и хронического воздействия этанола. Механизмы толерантности и зависимости (обзор литературы). Medline.ru. 2011; 12:1423–1436 [Dolgo-Saburov V.B., Petrov A.N., Lisickij D.S., Belyaev V.A. Central'nye nejrohimitskie efekty ostrogo i hronicheskogo vozdeystviya etanola. Mekhanizmy tolerantnosti i zavisimosti (obzor literatury). Medline.ru. 2011; 12:1423–1436. In Russian].

6. Рослый И.М., Абрамов С.В., Ахметов Р.Р., Рынейская Е.С., Рыхлецкий П.З., Шуляк Ю.А. Биохимия и алкоголизм (II): биохимические показатели при тяжелом алкогольном синдроме. Вопросы наркологии. 2004; 3:69–78 [Roslyj I.M., Abramov S.V., Ahmetov R.R., Rynejskaya E.S., Ryhleckij P.Z., Shulyak Yu.A. Biohimiya i alkogolizm (II): biohimicheskie pokazateli pri tyazhelom alkogol'nom sindrome. Voprosy narkologii. 2004;3:69–78. In Russian].
7. Тарасова О.И., Мазурчик Н.В., Огурцов П.П. Диагностика состояния хронической алкогольной интоксикации, биологические маркёры злоупотребления алкоголем. Наркология. Национальное руководство. Москва, 2016; 856–861 [Tarasova O.I., Mazurchik N.V., Ogurcov P.P. Diagnostika sostoyaniya hronicheskoy alkogol'noj intoksikacii, biologicheskie markyory zloupotrebleniya alkogolem. Narkologiya. Nacional'noe rukovodstvo. Moskva, 2016; 856–861. In Russian].
8. Tabakoff B., Hoffman L. The neurobiology of alcohol consumption and alcoholism: an integrative history. Pharmacol Biochem Behav. 2013; 111:132–136.
9. Комкова И.И., Жаркова М.С., Маевская М.В. Новые направления в изучении алкогольной болезни печени. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктोल. 2011; 21(6):33–41 [Komkova I.I., Zharkova M.S., Maevskaya M.V. Novye napravleniya v izuchenii alkogol'noj bolezni pecheni. Ros zhurn gastroenterol gepatol koloproktol. 2011; 21(6):33–41. In Russian].
10. Рослый И.М., Абрамов С.В., Агаронов В.Р., Рожкова Е.С., Шуляк Ю.А. Биохимия и алкоголизм (IV): типовые клинико-биохимические синдромы при хронической алкогольной интоксикации. Вopr наркол. 2009; 5:46–56 [Roslyj I.M., Abramov S.V., Agaronov V.R., Rozhkova E.S., Shulyak Yu.A. Biohimiya i alkogolizm (IV): tipovye kliniko-biohimicheskie sindromy pri hronicheskoy alkogol'noj intoksikacii. Vopr narkol. 2009; 5:46–56. In Russian].
11. Никифоров И.А., Чернобровкина Т.В., Жовнерчук Е.В., Исаев Р.Н., Казанцев А.В., Жуйков В.Ю. и др. Поражение печени при алкоголизме (обзор литературы). Профилак мед. 2014; 17(3):57–58 [Nikiforov I.A., Chernobrovkina T.V., Zhovnerchuk E.V., Isaev R.N., Kazancev A.V., Zhujkov V.Yu. i dr. Porazhenie pecheni pri alkogolizme (obzor literatury). Profilak med. 2014; 17(3):57–58. In Russian].
12. Ливанов Г.А., Шикалова И.А., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В., Коваленко А.Л. Сравнительная оценка влияния ремаксола и адеметионина на клиническое течение и динамику показателей углеводного и белкового обмена у больных с острыми отравлениями этанолом на фоне алкогольных поражений печени. Экспер клин фармакол. 2015; 78(4):25–28 [Livanov G.A., Shikalova I.A., Lodyagin A.N., Batocyrenov B.V., Kovalenko A.L. Sravnitel'naya ocenka vliyaniya remaksola i ademetonina na klinicheskoe techenie i dinamiku pokazatelej uglevodnogo i belkovogo obmena u bol'nyh s ostrymi otravleniyami etanolom na fone alkogol'nyh porazhenij pecheni. Eksper klin farmakol. 2015; 78(4):25–28. In Russian].
13. Шилов В.В., Шикалова И.А., Васильев С.А., Батоцыренов Б.В., Андрианов А.Ю. Коррекция метаболических расстройств в лечении алкогольных поражений печени у больных с острыми отравлениями алкоголем. Клин мед. 2013; 91(2):47–48 [Shilov V.V., Shikalova I.A., Vasil'ev S.A., Batocyrenov B.V., Andrianov A.Yu. Korrekciya metabolicheskikh rasstrojstv v lechenii alkogol'nyh porazhenij pecheni u bol'nyh s ostrymi otravleniyami alkogolem. Klin med. 2013; 91(2):47–48. In Russian].
14. Катаманова Е.В., Рукавишников В.С., Лахман О.Л., Шевченко О.И., Денисова И.А. Когнитивные нарушения при токсическом поражении мозга. Журн неврол психиатр им. С.С. Корсакова. 2015; 115(2):11–15 [Katamanova E.V., Rukavishnikov V.S., Lahman O.L., Shevchenko O.I., Denisova I.A. Kognitivnye narusheniya pri toksicheskom porazhenii mozga. Zhurn nevrol psihiatr im. S.S. Korsakova. 2015; 115(2):11–15. In Russian].
15. Лазебник Л.Б., Голованова Е.В., Алексеенко С.А., Бугверов А.О., Плотникова Е.Ю., Долгушина А.И. и др. Российский консенсус «Гипераммониемии у взрослых». Экспер клин гастроэнтерол. 2019; 12(172):4–23 [Lazebnik L.B., Golovanova E.V., Alekseenko S.A., Bueverov A.O., Plotnikova E.Yu., Dolgushina A.I. i dr. Rossijskij konsensus «Giperammoniemii u vzroslyh». Eksper klin gastroenterol. 2019; 12(172):4–23. In Russian].
16. Лисицкий Д.С., Войцехович К.О., Мелехова А.С. Основные методы оценки нейротоксических последствий тяжелой формы острого отравления этанолом. Рос биомед журн. 2015; 16(1):138–149 [Lisickij D.S., Vojcekovich K.O., Melekhova A.S. Osnovnye metody ocenki nejrotoksicheskikh posledstvij tyazhelej formy ostrogo otravleniya etanolom. Ros biomed zhurn. 2015; 16(1):138–149. In Russian].

ЭРКИН АММИАК-АЛКОГОЛЛИ ИНТОКСИКАЦИЯДА ЖИГАР ВА МАРКАЗИЙ АСАБ ТИЗИМИНИНГ ТОКСИК ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ЭРТА МАРКЕРИ

Акалаев Р.Н.,^{1,2} Стопницкий А.А.,^{1,2} Саидова М.К.¹

¹Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон,

²Тиббий ходимларнинг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Мақсад. Алкоголли интоксикацияда жигар ва марказий асаб тизимининг токсик шикастланишини эрта диагностикасида эркин аммиак (ЭА)нинг қондаги концентрациясини ўлчаш самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. 2015–2021 йилларда РШТЎИМнинг токсикология бўлимида токсик гепатит билан асоратланган алкоголь билан ўткир заҳарланиш бўйича даволанган 378 беморда ЭА концентрацияси ўрганилган. Беморлар 30–55 ёшлар орасида бўлган. ЭА миқдори бўйича беморлар 3 гуруҳга бўлинган: I гуруҳ ($n=106$) – ЭА <100 мкмоль/л, II гуруҳ ($n=171$) – ЭА $=100–200$ мкмоль/л, III гуруҳ ($n=101$) – ЭА >200 мкмоль/л.

Натижалар. Барча беморларда алкогольни истеъмол қилиш натижасида гемостазнинг жиддий ўзгаришлари аниқланди. Аммо заҳарланган беморлар аҳволининг оғирлиги қондаги этанол миқдорига боғлиқ эмас эди: I гуруҳдагиларда алкоголь миқдори II ва III гуруҳдагиларга нисбатан тегишли равишда 1,5 ва 1,35 марта кам чиқди. I гуруҳдаги барча заҳарланганларда жигар ферментлари (АЛТ, АСТ, ЛДГ) ва билирубин миқдорининг салмоқли ошиши кузатилди, II гуруҳда ферментларнинг бироз кўтарилиши, билирубин миқдорининг эса ўзгармаганлиги аниқланди, III гуруҳда фақат АЛТ ва АСТ миқдорининг арзimas ошиши қайд қилинди. Сут кислотаси ва ЭА концентрациялари ўзаро боғлиқлиги аниқланди: I гуруҳда лактат миқдори меъёрдан 3,2 баробар, II ва III гуруҳларда эса, мос равишда, 2,0 ва 1,3 баробар юқори эди. Гипераммониемиянинг оғирлиги даражасига пропорционал равишда беморларнинг когнитив функцияси сусайиши кузатилди: III гуруҳда MMSE ва FAB шкаллари бўйича баллар II ва I гуруҳдагиларга нисбатан мос равишда 1,4 ва 1,1 ҳамда 1,5 ва 1,2 баробар камроқ эди. Рейтан синамасини (жигар энцефалопатиясининг маркери) энг яхши I гуруҳдаги беморлар бажара олди, III гуруҳдаги заҳарланганлар эса кучли мастлик ҳолатида бўлганлиги сабабли бу синамани бажаришга умуман қодир эмас эдилар.

Хулоса. ЭА миқдорини аниқлаш алкоголь мастлик ҳолатининг эрта маркери ва оғирлик даражасининг критерийлари бўлиб хизмат қилади. Гипераммониемияда аммиакни боғловчи гепатопротекторларни қўллаган ҳолда консерватив даво олиб бориш зарур.

Калит сўзлар: ўткир заҳарланиш, алкоголь, алкогольли гепатит, эркин аммиак, гипоксия, когнитив функция.

Сведения об авторах:

Акалаев Рустам Нурмухамедович – руководитель научно-клинического отдела токсикологии РНЦЭМП, заведующий кафедрой нефрологии, гемодиализа и трансплантации почки ЦРПКМР, д.м.н., профессор.
E-mail: dr.akalaev@mail.ru

Стопницкий Амир Александрович – докторант научно-клинического отдела токсикологии РНЦЭМП, врач-токсиколог, PhD.
E-mail: toxicologamir@mail.ru

Саидова Малика Камаловна – врач-токсиколог отделения токсикологии Бухарского филиала РНЦЭМП.

Поступила в редакцию: 22.04.2022

Information about authors:

Akalaev Rustam Nurmukhamedovich – head of the scientific and clinical department of toxicology of the RRCEM, Head of the department of nephrology, hemodialysis and kidney transplantation of the CDPQMW, DSc, professor.
E-mail: dr.akalaev@mail.ru

Stopnitsky Amir Alexandrovich – toxicologist, doctoral student of the scientific and clinical department of toxicology of the RRCEM, PhD.
E-mail: toxicologamir@mail.ru

Saidova Malika Kamalovna – toxicologist of the Department of toxicology of the Bukhara branch of the RRCEM.

Received: 22.04.2022

**К 65-ЛЕТИЮ АКАДЕМИКА РАН, ПРОФЕССОРА СЕРГЕЯ ФЕДОРОВИЧА БАГНЕНКО
TO THE 65TH ANNIVERSARY OF ACADEMICIAN OF RAS, PROFESSOR SERGEY FEDOROVICH BAGNENKO**

22 сентября 2022 года исполнилось 65 лет со дня рождения Со-председателя Евро-азиатского сообщества экстренной медицины, Почетного профессора Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Минздрава Республики Узбекистан, Главного внештатного специалиста по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Российской Федерации, ректора Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, Председателя Правления Российского общества скорой медицинской помощи, главного хирурга Министерства здравоохранения Российской Федерации по Северо-Западному федеральному округу, доктора медицинских наук, профессора, академика Российской академии наук Сергея Федоровича Багненко.

Сергей Федорович родился в семье служащих в г. Херсоне. Особая атмосфера приморского города и заложенные семьей основы гуманистического мировоззрения предопределили выбор жизненного пути способного любознательного юноши – после непродолжительного периода обучения в Одесском медицинском институте Сергей Федорович стал курсантом факультета подготовки врачей для Военно-морского флота Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и на все последующие годы связал свою жизнь с Ленинградом – Санкт-Петербургом.



Как и большинство сокурсников, осознанно выбравших специальность военно-морского врача и не разделявших учебу и получение навыков научных исследований, Сергей Федорович уже на младших курсах пришел в кружок военно-научного общества слушателей кафедры военно-морской и госпитальной хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Особая атмосфера благожелательности, высокий профессионализм и компетентность всегда отличали эту кафедру, у истоков создания которой стояли такие выдающиеся деятели отечественной медицины, как И.И. Джанелидзе, А.В. Мельников, Е.В. Смирнов. Видимо, не случайно, получив в качестве слушательской работы тему о путях улучшения результатов лечения печеночной недостаточности, все последующие годы Сергей Федорович посвятил изучению хирургической гепатологии.

В 1980 г., окончив Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова с золотой медалью, Сергей Федорович получил

назначение на Балтийский флот. Три года службы в качестве корабельного врача закалили его характер и позволили отточить организационные навыки. В 1983 г. в клиническую ординатуру на кафедру военно-морской и госпитальной хирургии пришел уже не только готовый к обучению молодой врач, но и человек, имеющий солидный опыт командной и организаторской работы. Не случайно по окончании ординатуры в 1985 г.,

в самый разгар боевых действий в Афганистане, молодому хирургу была доверена ответственная должность ведущего хирурга медицинской роты (в последующем – отдельного медицинского батальона) на самых «горячих» боевых направлениях – в Джелалабаде и в Баграме. И сегодня на кафедрах медицинских вузов страны в разделы военно-полевой хирургии и хирургии повреждений в учебные программы включены темы, касающиеся лечения сочетанных и множественных (в том числе минно-взрывных) повреждений, разработанные в свое время капитаном медицинской службы С.Ф. Багненко.

С момента окончания Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова прошло семь лет, полных знаковых событий, обогативших и закаливших характер Сергея Федоровича, и когда в 1987 г. профессор И.Г. Перегудов, начальник кафедры военно-морской и госпитальной хирургии Военно-медицинской академии им.

С.М. Кирова, принимал в адъюнктуру на свою кафедру адъюнкта – «афганца» и орденосца, он был уверен в правильности выбора. В адъюнктуре, которая завершилась защитой кандидатской диссертации на тему «Гипербарическая оксигенация в комплексном лечении острой печеночной недостаточности», и в последующие годы Сергей Федорович работал преимущественно на клинической базе кафедры в Городской больнице № 26, принимая активное участие в создании и становлении городского гепатохирургического центра, вникая в проблемы гражданского здравоохранения, развивая и оттачивая свое хирургическое мастерство, активно занимаясь научной работой. Этот период жизни завершился блестящей защитой диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему «Диагностика и хирургическое лечение хронического билиарного панкреатита» и приглашением возглавить Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе в 1998 г.

Годы работы Сергея Федоровича директором Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе (Институт) ознаменовались серьезными изменениями в системе оказания экстренной медицинской помощи, инициаторами и проводниками которых стали члены созданной Сергеем Федоровичем команды. На фоне уже имеющихся в Институте отделения сочетанной травмы, токсикологического отделения, панкреоцентра и других подразделений был сформирован ряд новых научных отделов: термических поражений, токсикологии, нейрохирургии, неврологии, сердечно-сосудистой хирургии, наркологии и психореабилитации. Кроме того,

впервые в Российской Федерации было создано стационарное научно-клиническое отделение скорой медицинской помощи.

В Институте продолжилось изучение вопросов лечения травматического шока, острой хирургической патологии органов брюшной полости, острых сердечно-сосудистых заболеваний и других традиционных медицинских направлений. Закономерным итогом этой многогранной деятельности стало избрание Сергея Федоровича сначала членом-корреспондентом (2005 г.), а затем академиком Российской академии медицинских наук (2011 г.). В 2007 г. он был назначен главным внештатным специалистом по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В настоящее время (после реорганизации Российской академии медицинских наук) С.Ф. Багненко является академиком Российской академии наук.

Внедрение в клиническую практику Института новой для нашей страны организационной технологии стационарного отделения скорой медицинской помощи позволило существенно улучшить показатели лечебной работы. Благодаря этому и многим другим инновациям Институт под руководством С.Ф. Багненко стал признанным методическим центром по организации и оказанию экстренной медицинской помощи в Российской Федерации.

Свидетельством успехов Сергея Федоровича в организации лечебной, научной и педагогической деятельности явилось выдвижение его в мае 2012 г. на должность ректора Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. Возглавив извест-

ный медицинский вуз нашей страны в непростое время реформирования отечественного здравоохранения и медицинского образования, при поддержке Ученого совета, Сергей Федорович уверенно развивает университет. Сегодня Петербургский «Первый мед» входит в число лучших вузов Российской Федерации, имеет уникальную клиническую базу, в его стенах трудятся известные российские ученые и преподаватели. Студенты университета, отдавая должное своим предшественникам и учителям, неизменно на протяжении многих лет становятся победителями и призерами всероссийских конкурсов и олимпиад. Благоустроенные студенческие общежития, сохраненная и развивающаяся загородная спортивная база, физкультурно-спортивный комплекс, ухоженная территория, бережно сохраняющиеся исторические и памятные места – во всем чувствуются внимание и забота ректора и действующей администрации. Заступив на высокий и ответственный пост ректора, Сергей Федорович успешно продолжает исполнять обязанности главного внештатного специалиста по скорой медицинской помощи Минздрава России, создав в университете учебную, клиническую и методическую базу скорой медицинской помощи в виде стационарного отделения скорой медицинской помощи университетской клиники и кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений. Для профессионального сообщества работников службы экстренной медицинской помощи стран СНГ яркими событиями жизни становятся проводимые под руководством Сергея Федоровича научно-практические конференции и заседания профильной комиссии по специальности

«Скорая медицинская помощь» Минздрава России. Под руководством С.Ф. Багненко успешно осуществляет свою деятельность Российское общество скорой медицинской помощи, неизменно полон редакторский портфель научного журнала «Скорая медицинская помощь».

Неоценимыми являются заслуги академика С.Ф. Багненко в становлении и развитии службы экстренной медицинской помощи (СЭМП) Республики Узбекистан. Многие из его идей и организационных принципов нашли отражение в организационной структуре догоспитального и госпитального этапов СЭМП, во внедрении замкнутого цикла оказания специализированной высокотехнологичной помощи больным с тяжелыми травмами и острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) и его областных филиалов. В первые же годы организации службы СЭМП Узбекистана в 2001–2002 годах десятки ее специалистов прошли стажировку в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, что позволило с самого начала нашей деятельности установить высокую планку специализированной экстренной медицинской помощи в учреждениях системы. Установившееся многолетнее много-

гранное сотрудничество между узбекскими и питерскими коллегами было продолжено и расширено с переходом Сергея Федоровича на должность ректора Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. С.Ф. Багненко и его сотрудники являются постоянными участниками научных форумов, семинаров и мастер-классов, организуемых в учреждениях СЭМП Узбекистана. Именно Сергею Федоровичу принадлежит идея создания Евроазиатского сообщества экстренной медицины, учредительный съезд которого состоялся 15 мая 2019 года в городе Ташкенте под его председательством. Это международное профессиональное сообщество объединяет медицинских работников 7 стран Евразии (России, Узбекистана, Турции, Индии, Казахстана, Китая и Кыргызстана), оказывающих экстренную медицинскую помощь более 60% всего населения мира. С.Ф. Багненко является первым обладателем звания Почетный профессор РНЦЭМП, членом международного редакционного совета журнала «Вестник экстренной медицины» Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана.

За выдающиеся заслуги в области высшего образования, науки и здравоохранения России,

большой личный вклад в развитие отечественной хирургии и неотложной медицины, самоотверженность и профессионализм, проявленные при исполнении профессионального долга академик С.Ф. Багненко награжден орденом «За службу Родине в Вооруженных силах» III степени, орденом Пирогова (2020 г.), медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени, медалью «В память 300-летия Санкт-Петербурга», знаком «Отличник здравоохранения» и «Милосердие», медалью «За заслуги перед отечественным здравоохранением», медалью «За содружество во имя спасения». С.Ф. Багненко – лауреат премии Правительства Российской Федерации в области образования (2013 г.) и двух премий Правительства Российской Федерации в области науки и техники (2010, 2015 гг.).

Правление Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана, редакция коллегия журнала «Вестник экстренной медицины», многочисленные узбекские соратники, ученики, друзья и коллеги сердечно поздравляют Сергея Федоровича с юбилеем и желают ему новых творческих успехов, реализации планов и проектов, а также счастья, крепкого здоровья и долголетия!

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:
ШОШИЛИНЧ ТИББИЁТДА ИННОВАЦИЯЛАР»
XVII Республика илмий-амалий анжумани
МАТЕРИАЛЛАРИ ТЎПЛАМИ
2022 йил 14 октябрь
Наманган ш.

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
XVII Республиканской научно-практической конференции:
Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи
«ИННОВАЦИИ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ»
14 октября 2022 года
г. Наманган



ЎЗБЕКИСТОН ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ
ЁРДАМ ВРАЧЛАРИ АССОЦИАЦИЯСИ



ТАШКЕНТ – 2022

1. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ, РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ПАТОЛОГИЯХ, ТРАВМАХ И ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

ASPIRATION IN THE COMATOSE POISONED PATIENT: WHO AND HOW TO TREAT?

Bruno Mégarbane

Department of Medical and Toxicological Critical Care, Lariboisière Hospital, Paris-Cité University, INSERM UMRS1144, Paris, France. Bruno. megarbane@lrb.aphp.fr

Background: Aspiration pneumonia is common in the poisoned patient. The objective of this presentation is to review the updated mechanisms, risk factors, and management of aspiration in poisoning.

Methods: Overview of the recent studies and data published in the medical literature.

Results: Risk factors of aspiration include impairment of swallowing and alteration in consciousness. Defense mechanisms to prevent aspiration include strong cough reflex, active mucociliary clearance mechanism, and effective immune system. Aspiration results from altered swallowing due to CNS dysfunction such as coma. Oropharyngeal or gastric contents can enter the lung. Impaired cough reflex increases the likelihood that aspirated material reach the lung. In the poisoned patients, onset of aspiration pneumonitis is associated with prolonged hospital stay and increased mortality rate. There is a significant association between aspiration pneumonia onset and delayed intubation until arrival at the emergency department. Intubation of unconscious patient on scene before transport is recommended to avoid aspiration pneumonia and prolonged hospital stay. Intubation decision is usually based on the Glasgow coma score (GCS) ≥ 8 . However, there is no good correlation between GCS and loss of gag reflex. Additionally, difficult intubation is frequent in the pre-hospital setting (11%), averaging 20% in poisonings. Choosing the best sedative drugs for anesthesia induction is also highly difficult. Observations have shown that intracuff pressures of endotracheal tubes almost systematically require correction when intubation is performed in the emergency department and the risk of laryngeal injuries in the poisoned patients in relation to tracheal intubation is elevated (80%). Drug-dependent mechanisms of respiratory toxicity vary, can be independent from aspiration and should be taken into account in the decision of intubation. Serum C-reactive protein (CRP) >75 mg/L is associated with aerobic bacterial content of aspiration pneumonia. A shift in causative organisms away from anaerobes to traditional community-acquired pneumonia bacteria has been reported in the recent years. Therefore, various antibiotics have been proposed; co-amoxicillin or third-generation cephalosporin + metronidazole for 5–7 days is sufficient in most ca-

ses. Recent studies support that among ventilated comatose patients, those without clinical, laboratory, or radiologic evidence of bacterial aspiration pneumonia do not require antibiotics. In those with suspected bacterial aspiration pneumonia, stopping empirical antibiotic therapy when routine telescopic plugged catheter sampling recover no microorganisms is nearly always effective. Serum procalcitonin (PCT) to guide therapy vs. clinical, biological and radiological criteria does not modify exposure to antibiotics in comatose intubated patients.

Conclusion: Aspiration pneumonia is associated with severity, prolonged hospital stay, and possibly increased mortality. Diagnosis and decision of antibiotic treatment can be challenging. CRP but not PCT evaluation seems useful. Bacterial sampling is essential for the decision to stop empirical antibiotics. Co-amoxicillin or C3G+metronidazole for 5–7 days is sufficient in most cases. Clinical research in the interplay between lung microbiome and host immune system may open new avenues to improve treatment and prevention.

SIMULATION TRAINING AS A FACTOR IN IMPROVING THE SKILLS OF AMBULANCE PERSONNEL

Kim Heeun¹, Kh.E. Anvarov², D.G. Buribaev³, V.Sh. Abdurashidov¹, S.A. Ibragimov¹

KOFIH Uzbekistan Office
Republican Research Centre of Emergency
Medicine Tashkent City Ambulance Station

Introduction.

Improving the quality of training of ambulance professionals, as well as advanced training, which is an urgent problem, has a direct impact on the level of care for emergency patients. In this aspect, not only the level of knowledge gained during training in specialized educational institutions can play a direct role, but the additional professional education received by specialists throughout the entire period of activity also plays an important role.

Within the framework of cooperation with the Korea Foundation for International Healthcare (KOFIH), a simulation center was organized in the Tashkent City Ambulance Station to conduct training for feldshers and ambulance doctors.

Purpose and objectives of the study.

The purpose of this study is to determine the effectiveness of simulation training for ambulance personnel of the Tashkent city on the basis of a survey conducted among trainees.

Materials and methods.

Evaluation of the effectiveness of simulation training in a short-term training scheme (period 36–40 academic hours) is based on feedback received from trained ambulance professionals. The instrument of sociological research in this case was a questionnaire survey of trainees. The main tool for feedback (survey) was a questionnaire, which was a document containing a structurally organized set of questions, each of which is related to the objectives of the study.

In the period from 2019 to the present, 9 trainings were conducted by emergency doctors from Inje University, in which 166 ambulance doctors of the city of Tashkent took part, as well as 39 trainings conducted by trained instructors, in which 705 ambulance workers took part (80 paramedics of the Tashkent region and 635 ambulance workers in the city of Tashkent).

At the end of each of the conducted trainings, a survey was conducted among the participants in this educational process.

The results of the survey were the following:

- regarding the trainings conducted, 86% of respondents rated «very good»
 - 88% of trainees expressed the opinion that this training exceeded their expectations
 - however, only 57% agreed that a sufficient amount of time was allocated for training, while 35% disagreed with this statement.
 - satisfaction with the process of conducting trainings was expressed by 78% of respondents
 - 78% of students agreed with the opinion that the information content of educational materials (lectures, simulation practice, etc.) helped to understand the content of this curriculum
 - 90% of the ambulance staff agreed that the content of the trainings was compiled in accordance with the purpose of this training
 - the degree of agreement that the level of this training is absolutely suitable for the trainees was expressed by 91%
 - assessment of the degree of encouragement of participants for involvement and interaction in this process was rated positively in 93% of cases
 - 94% of respondents expressed the assertion that the subject of this training was directly related to the activities of emergency medical care.
 - regarding the content, lectures and practical training, as well as the ease of its perception, 94% of the participants expressed complete satisfaction
 - at the same time, 92% of respondents expressed satisfaction with the content of these trainings
- 92% of ambulance staff expressed confidence that the knowledge and skills gained helped in practical activities
- 93% of respondents expressed confidence that the acquired skills could be applied in their own professional activities in the future

– in general, 94% of students expressed satisfaction with the result of this training

To the question – “Are there any suggestions for improvement or wishes for the general procedure for conducting trainings?”

A large majority expressed the opinion that the period of this training is very short, which in turn requires an increase in the time allotted for this training by two weeks.

Conclusion.

The use of advanced, high-tech, training equipment, the use of modern teaching methods, the preparation of high-quality and informative training content, as well as the individualization of the education program, thanks to which it is possible to conduct simulation training, is undoubtedly an effective factor in improving the qualifications of the ambulance workers in the Tashkent city. Based on the above, the importance of simulation training in additional professional education and ensuring the quality of training of ambulance personnel is obvious. The results of the survey indicate the fact that educational technologies in the system of continuous professional development provide high-quality training for specialists providing care to patients in an emergency, which in turn reduces the risk of erroneous actions and leads to an increase in the efficiency of emergency medical care.

Author – correspondent – **Vyacheslav Abdurashidov M.D.**

Health specialist in EMS Uzbekistan Office Afrosiyob street, Tashkent, Uzbekistan M. +998-90-953-98-53 E. vyacheslav@kofih.uz **We would like to express our deepest gratitude to the organizers of the 17th Republican Scientific Conference, Actual issues of emergency medicine: «Innovation in emergency medicine».**

ҲАРБӢЙ МОБИЛЬ ИННОВАЦИОН ТИББӢЙ МАРКАЗ

Абдусаматов Д.М., Фозилов Н.Х., Мирзаев Д.А.

**Ўзбекистон Республикаси Қурулли Кучлари
Ҳарбий тиббиёт академияси
Тошкент шаҳри, Ўзбекистон**

Дунёда ҳарбий сиёсий вазиятнинг беқарорлиги, ҳарбий можаролар, локал урушлардаги қурбонлар ва ярадорлар, охириги йиллардаги кўп сонли табиий ва техноген офатларнинг тез-тез такрорланиши тиббий таъминот тизимини ўзгарувчан шароитга мослаштиришни тақозо этмоқда.

Юқоридаги ҳолатлар тиббий таъминотда вужудга келиши мумкин бўлган муаммоларга аввалдан тайёрланиш зарурлигини, қутилаётган санитар йўқотишларни баҳолаш ва тиббий ёрдамни сифатли ташкиллаштиришни, малакали ва ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни жанг майдонида ва фавқулодда вазиятлар содир бўлган ҳудудга

яқинлаштиришни талаб қилади. Буларнинг ечими этиб Ўзбекистон Республикаси Мудофаа вазирлиги томонидан ҳарбий мобил инновацион тиббий марказ барпо этилди ва унинг асосий вазифаси ҳарбий ҳаракатлар вақтида ҳамда фавқулодда вазиятларда оғир ярадорларнинг ҳаётга хавф солувчи асоратларини бартараф этиш (жарроҳлик, терапевтик, анестезиологик, диагностик ёрдам), ҳар қандай об-ҳаво шароитида уларни тезкор эвакуацияга тайёрлашдир.

Мақсад: Камаз-43118 шассисидаги ҳарбий мобил инновацион тиббий марказ тиббий ва техник жиҳатларининг талабга жавоб беришини баҳолаш.

Натижалар: ҳарбий мобил инновацион тиббий марказ 8 соатгача автоном ишлашини таъминлаш учун гель батареялари билан таъминланган ва замонавий портатив тиббий жиҳозлар билан жиҳозланган. Девор ва шифт қопламалари дезинфекция воситаларига чидамли гигиеник панеллардан, поллар остонасиз чидамли материалдан қурилган бўлиб, санитар меъёрлар ва қоидалар талабидаги тозалов ўтказишга имкон беради. Ярадор ва беморларнинг эвакуациясини қулай тарзда амалга ошириш учун эшик кенг қилиб ясалган. Модул ширмалар орқали шартли равишда уч функционал зонага бўлинган (битта столли операцион зона, иккита функционал каравотли жадал терапия зонаси, хўжалик зонаси).

Бригада фаолиятини сифатли таъминлаш мақсадида боғлов ва бошқа керакли материалларни сақлаш учун модул деворида шкаф, кислород тармоғи, раковина, электр тармоғи, ёнғин гидранти мавжуд. Ҳарбий мобил инновацион тиббий марказ ҳаракатланаётган вақтида модул салоҳиятидаги врачлар бригадасига қулайлик яратиш ҳамда тиббий жиҳозларни сифатли сақлаш мақсадида барча дори воситалари, боғлов материаллари, жарроҳлик асбоблари, портатив тиббий аппаратлар вазифасига кўра қутилар ва шкафларга жойлаштирилган.

Марказнинг замонавий ахборот-коммуникацион технологиялар билан таъминланганлиги, жарроҳлик амалиёти вақтида Марказий ҳарбий клиник госпитал ва бошқа госпиталлар мутахассислари билан онлайн тарзда видеоконференцалоқа ўрнатишга имкон беради. Марказдаги кондиционер, ҳаво филтрация тизими, музхона, электр тармоғи, иссиқ ва совуқ сув тизими ярадор ва беморларни иқлимнинг ҳар қандай шароитида қабул қилишга ва тиббий ёрдам кўрсатишга имкон беради. Ҳарбий мобил инновацион тиббий марказнинг ўзига хослиги, унинг автономлик, динамиклик, манёврлик ва мобиллиги ҳисобланади.

Ҳарбий мобил инновацион тиббий марказ зоналаридан стериллик учун суртма олинди, манфий натижадан сўнг қорин бўшлиғи аъзоларида жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Операцияга жалб этилган жарроҳлик бригада шахсий таркиби белгиланган вазифани тўлиқ бажарди. Беш кишилик

мутахассислар бригадаси 1 соатда 6–10 тагача ярадор (бемор)га тиббий ёрдам кўрсатиш имкониятига эга. Ҳисоб-таҳлилий текширишлар шуни кўрсатдики, агар бир суткада 100–120 ярадор (бемор)га тўлиқ ҳажмда биринчи врачлик ёрдами ва шошилиш тиббий ёрдам кўрсатилса, бригада врачларини рационал тартибда тақсимлаш мақсадга мувофиқ. Бунга кўра саралаш-эвакуация майдончасида марказ бошлиғи (1-врач), ўрта тиббиёт ходими (фельдшер), марказда жарроҳ (1 та) ва анестезиолог-реаниматолог (1 та), ўрта тиббиёт ходими (операцион ҳамшира – 1 та) фаолият олиб бориши талаб этилади. Қўшимча техник таъминотни санитар йўриқчи, ҳайдовчи-электромеханик, ҳайдовчи-радиотелефонист таъминлайди. Юқоридаги таҳлиллар ўқув машқларидаги ҳулосалардан келиб чиққан.

Хулоса: ҳарбий мобил инновацион тиббий марказни фавқулодда ходиса ўчоғига максимал яқин жойга жойлаштириш (фавқулодда ходиса ўчоғидан максимал узоқлиги 5–10 км), ярадор ва беморларга шошилиш тиббий ёрдамни ўз вақтида ва давомли кўрсатиш, тиббиёт ходимларини рационал тақсимлаш, малакали тиббий ёрдамни жароҳат олгандан сўнг қисқа вақт оралиғида кўрсатиш, шу билан бирга ярадорларнинг ҳаётини ўртача 98% сақлаб қолиш, натижада жанговар руҳни кўтариш имкониятини яратади.

КОМПЛЕКСНАЯ ГЕПАТОПРОТЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТОКСИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Р.Н. Акалаев^{1,2}, А.А. Стопницкий^{1,2}, М.К. Саидова¹

¹Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,

²Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

В результате длительного и частого злоупотребления алкогольными напитками происходит развитие токсического поражения печени, которое в первую очередь проявляется нарушением ее детоксицирующей функции печени и резким повышением уровня свободного аммиака, при этом высокая концентрация уровня данного метаболита является одним из важнейших факторов развития алкогольной энцефалопатии. Также вследствие гипераммониемии происходит повышение сродства гемоглобина к кислороду и соответственно – нарастание тканевой гипоксии. Поэтому для эффективного лечения токсического поражения печени и, соответственно, алкогольной энцефалопатии необходимо включать в комплексную интенсивную терапию метаболические препараты, обладающие антигипоксантами, гепатопротекторными и аммиаксвязывающими свойствами.

Цель исследования: изучить эффективность применения комплексной гепатопротекции в лечении токсических гепатитов алкогольной этиологии.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 218 больных с острыми отравлениями алкоголем, осложнившимися токсическим гепатитом, находившихся на лечении в отделении токсикологии РНЦЭМП в 2018–2022 гг. Возраст – от 46,4±5,5 года. Пациентов разделили на 2 группы: I группа (основная) – 110 больных, поступивших в 2021–2022 гг., которые, помимо традиционной терапии, дополнительно получали введение антигипоксанта-гепатопротектора ремакса по 400,0 мл 1 раз в сутки в течение 5 дней и аммиаксвязывающего препарата L-орнитина – L-аспартат по 10 мл в сутки, также в течение 5 дней. II группа (сравнения) – 108 пациентов, поступивших в 2018–2020 гг., получивших традиционную терапию. Всем больным проведено комплексное обследование. Изучали уровень ферментов печени (АлТ, АсТ), билирубина, свободного аммиака при поступлении и в динамике на 5-е сутки. В качестве маркера гипоксии в основной и контрольной группах исследовался лактат крови при поступлении и в динамике через 24, 48 часов. Также проводили оценку тяжести нарушений интеллекта с использованием шкалы MMSE по 10 позициям – на 3-е, 5-е сутки.

Результат исследования. Уровень алкоголя крови в обеих группах составил 2,1±0,7 г/л. Показатели ферментов I группы составили АлТ – 201,2±33 у/л, АсТ – 185,7±30 у/л, билирубина – 28,3±4,2 ммоль/л, свободного аммиака – 293,2±18,5 ммоль/л. Во II группе отмечалась аналогичная картина – уровень АлТ составил 207,9±±38,3 у/л, АсТ-178,5±39 у/л, билирубина – 25,2±±3,7 ммоль/л, свободного аммиака – 274,6±32,5.

В динамике на фоне комплексной гепатопротективной терапии у больных основной группы мы наблюдали снижение АлТ, АсТ, билирубина, свободного аммиака в 2,3, 2,5, 1,8, 2,7 раза по отношению к исходным данным, в то время как в группе сравнения уровень аналогичных показателей был ниже исходных только в 1,1, 1,3, 1,2, 1,2 раза соответственно. При поступлении больных уровень лактата в крови составлял 5,2±1,6 ммоль/л в I группе и 4,9±1,6 – во II группе. На фоне комплексной гепатопротективной терапии уже через 24 часа отмечалось существенное снижение лактата в среднем до 2,2±0,6 ммоль/л, а через 48 часов его содержание практически приблизилось к норме – 1,7±0,2 ммоль/л. Во II группе показатели лактата составили 3,4±0,7 через 24 часа и 2,5±0,9 ммоль/л через 48 часов, что превышает показатели I группы в 1,5 и 1,4 раза соответственно. Согласно проведенному скринингу уровня интеллекта по шкале MMSE, у пациентов I группы на 3-и сутки отмечались легкие когнитивные нарушения – 22±1,4 балла, а на

5-е суммарный балл составил в среднем 28±1,6 балла. Что касается пациентов группы сравнения, то показатели шкалы MMSE по всем позициям на 3-и и 5-е сутки были в 1,4 и 1,5 раза ниже, чем в основной группе.

Анализ прямых критериев эффективности показал, что у больных I группы судорожный синдром не отмечался, а алкогольный делирий развился только у 5 больных (4,5%), в то время как у исследуемых II группы данные осложнения развились у 8 (7,4%) и 14 (12,9%) пациентов соответственно.

Вывод. Применение комплексной рациональной гепатопротективной терапии значительно улучшает функциональное состояние печени при острой алкогольной интоксикации осложненной токсическим гепатитом, что, соответственно, купирует когнитивные расстройства и снижает риск развития постинтоксикационных осложнений.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Р.Н. Акалаев^{1,2}, А.А. Стопницкий^{1,2}

¹Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,

²Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность разработанного комплекса нутритивной коррекции у больных отравлением уксусной кислотой.

Материал и методы. В данное исследование вошло 112 пациентов с острым отравлением уксусной кислотой тяжелой степени, поступивших в отделение токсикологической реанимации РНЦЭМП в 2012–2022 гг. Возраст – от 17 до 55 лет, в среднем – 26,4±4,2 года. Уровень свободного гемоглобина в крови – от 7,4 до 30,4 г/л. У всех больных отмечался химический ожог пищевода и желудка III степени. Пациентов разделили на 2 группы: I группа – 62 больных, поступивших в 2016–2022 гг. II группа – 50 пациентов, поступивших в 2012–2015 гг. Больные основной (I) группы получали разработанный нами усовершенствованный алгоритм нутритивной поддержки, включающий в себя введение многоатомного спирта реосорбилакта, который обладает энергетической ценностью 240 ккал/л – в течение 5–7 дней с момента поступления, инфузии аминокислот (инфезол, аминол) через день – в течение 10–14 дней. Для коррекции энтерального питания, начиная с 3–4 суток после отравления, использовали белково-углеводную смесь «Атлант» с энергетической ценностью 450 ккал/100 г, из расчета 1,5 г сухого вещества на 1 кг массы тела 3 раза в сутки – в течение 20–27 дней. Таким образом, суточный суммарный ка-

лораж парентерального и энтерального питания составлял в среднем $38,5 \pm 6,4$ ккал/кг массы тела. Пациенты группы сравнения (II) получали нутритивное энтеральное питание в виде диеты № 1а по Певзнеру, средняя энергетическая ценность которой составляла $16,8 \pm 5,4$ ккал/кг. Всем пациентам проводили следующие исследования: 1. Изучение энергетической потребности больного по формуле Харриса-Бенедикта. 2. Определение уровня общего белка, альбуминов, на 3, 7, 12–13. 3. Эндоскопическое исследование пищевода и желудка на 1–2-е сутки и в динамике на 27–30 и 60 суток. 4. Рентгенографию органов грудной клетки – на 5–6 и 14–16 суток.

Результаты исследования. На 3–4 сутки энергетическая потребность в обеих группах составляла $37,2 \pm 9,1$ ккал/час, уровень общего белка составил $53,2 \pm 4,1$ г/л в I группе и $47,6 \pm 3,3$ во II, а альбумина – $23,6 \pm 2,2$ и $21,4 \pm 2,7$ соответственно. В динамике у пациентов основной группы на фоне адекватной нутритивной поддержки на 7 и 12 сутки отмечалось повышение уровня сывороточного белка до $65,1 \pm 3,6$ и $69,6 \pm 2,8$ г/л, а альбумина – $33,3 \pm 2,2$ и $38,2 \pm 2,7$ соответственно. В группе сравнения (II) показатели общего белка и альбумина на 7 сутки отставали от основной группы в 1,3 и 1,5 раза, а на 12–13 сутки – в 1,5 и 1,4 раза соответственно. Количество лимфоцитов в I группе на 7 сутки составило $1285,2 \pm 86,2$, а на 12–13 сутки – $1691,7 \pm 63,3$. Статистика поздних осложнений показала, что в основной группе только у 6 (9,6%) отмечалось появление позднего пищеводно-желудочного кровотечения (ППЖК), а рубцовая стриктура развилась у 14 (22,5%) пациентов. Среди пострадавших II группы ППЖК развилось у 24 (48%), а рубцовая стриктура – у 38 (76%) больных, что превышает показатели основной группы в 5 и 3,4 раза соответственно. Рентгенологически на 5–6 сутки количество пациентов без признаков пневмонии в процентном отношении в I группе было в 2,1 раза больше, а больных с тяжелой полисегментарной и долево́й пневмонией – в 2,4 раза меньше, чем во II группе. На 14–16 сутки признаки воспалительного процесса в легких сохранялись у 33,4% пациентов I группы, что в 1,7 раза ниже аналогичного показателя во второй. Летальность в I группе составила 9,3%, во II – 17,9%. Продолжительность дней – $14,9 \pm 1,8$ у больных основной группы и $23,3 \pm 1,4$ – у группы сравнения.

Вывод. Ранняя адекватная нутритивная поддержка, включающая парентеральное и энтеральное питание, значительно повышает эффективность результатов лечения, что позволяет рекомендовать ее как обязательную составляющую в комплексе интенсивной терапии при острых отравлениях уксусной кислотой.

НАРКОТИК ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИ ИСТЕЪМОЛ ҚИЛИШ ОҚИБАТИДА СУИЦИДАЛ ТЕНДЕНЦИЯЛАРНИНГ РИВОЖЛАНИШИ

Акалаева А.А.¹, Хонбабаева Р.Х.¹,
Стопницкий А.А.^{1,2}, Алиходжаев Р.С.³,
Шоумаров Г.Б.⁴, Акалаев Р.Н.^{2,1}

Республика шошилишч тиббий
ёрдам илмий маркази¹
Тиббиёт ходимларининг касбий
малакасини ошириш маркази²,
Республика ихтисослаштирилган наркология
илмий-амалий тиббиёт марказининг
Тошкент филиали³
Тошкент давлат педагогика университети⁴

Мавзунинг долзарблиги. Сўнгги йилларда синтетик дори воситалари жамиятда тобора оммалашиб бормоқда, жумладан, Pregabalin, Zaleplonum, Tropikamide дизайнерлик наркотик дори воситалари деб аталувчи таблеткаларни сўнгги йилларда ҳаддан ташқари кўп миқдорда истеъмол қилиш натижасида, мазкур омма орасида ўз жонига қасд қилиш ҳолатлари кўпая бормоқда.

Тадқиқот мақсади ва усуллари. Турли психотроп дори воситалари билан ўз жонига қасд қилишга уриниб, РШТЁИМ токсикология бўлимига мурожаат қилган 32 та бемор (29 эркак, 3 аёл) ўрганиб чиқилди. Барча кузатувдаги беморлар дезинтоксикацион муолажалар қабул қилганининг 2–3-кунида мулоқотга яроқли ва психотерапевт билан ишлашга тайёрлиги аниқланди. Беморларнинг ёши 19 дан 37 ёшгачани ташкил этди. Тадқиқот индивидуал суҳбат, расм чизиш тестлари, пиктограмма ва метафорик ассоциатив хариталар (Мак) воситасида амалга оширилди.

Натижалар. Текширув асносида қуйидаги натижалар қайд этилди: беморларнинг 86% қисми оилали ва фарзандлари мавжудлиги аниқланди, лекин базис оила (туғилиб ўсган)да ва ундаги муносабатлар низоли эканлиги маълум бўлди (78%). Беморларнинг атиги 22% тўлақонли ижобий муносабатларга қурилган оилани ташкил қилган. Беморларнинг 19% ида оила аъзолари, яъни отасида сурункали алкоголизм мавжудлиги аниқланган. 32 нафар беморнинг 3 таси олий маълумотли, 11 таси турли соҳа вакиллари, жумладан ҳайдовчи, 3 нафар бемор автосервис устахоналарида ишловчи, 15 нафари турли майда савдо вакиллари эканлиги маълум бўлган.

Беморлардан олинган маълумотларга қараганда психофаол дори воситаларини қўллаш муддати 3 ойдан 2,5 йилгачани ташкил этган. Психофаол дори воситаларини ҳаддан зиёд кўп истеъмол қилиш сабабларини, ўта банд бўлган иш жадвали, ўзига бўлган ишончсизлик, жиззакилик ва одамлар орасида бўлганда кузатиладиган қўрқув билан боғлашганлиги маълум бўлди. Беморларнинг

93% психофаол моддаларга қарам бўлиб қолиш сабабларига қарз, кредит, муаммоли ва низоли оилавий муносабатларни рўқач қилишган. Ўз жонига қасд қилишга уринган психофаол дори воситаларига қарам бўлган беморларнинг уйқу сифати текширилганда, 29 беморда уйқусизлик ёки юзаки уйқу, кундузги уйқу ва кечки иш тартиби, уйқунинг ўртача давомийлиги 3–4 соатни ташкил этганлик шикоятлари мавжудлиги аниқланган.

Психофаол дори воситалари оғиз орқали ва интраназал тарзда беморлар томонидан қўлланилган. Психофаол дори воситаларига қарам беморларни коморбид шахс бузилишларини аниқлаш натижасида 31% диссоциал, 21% истерик, 26% қарам, 12% ҳиссий жиҳатдан беқарор шахс эканликлари маълум бўлган. Етакчи симптом комплекс бўлиб астеновегетатив ва диссомник бузилишлар сабаб бўлган. Чизма тасвири тестлар ва Макни баҳолаш беморларда умидсизлик ва негативизм, ўзини паст баҳолаш ҳолати билан ифодаланган. Психофаол дори воситаларини 3 ойдан кам бўлган муддатда қабул қилган 17 нафар беморда фаол антисуицидал тенденциялар мавжудлиги кузатилган.

Хулоса. 1. Психофаол дори воситаларига қарамлик ривожланишида асосий ижтимоий-психологик хавф омилига дисфункционал ота-она оила си сабаб бўлади. 2. Психофаол дори воситаларига қарамликнинг шаклланишида нотўғри кун ва бепартиб тузилган иш тартиби асосий сабаблардан саналади. 3. Психофаол моддаларга қарам бўлган беморларнинг ижтимоий-психологик мослашуви ва паст савия даражаси ўз жонига қасд қилиш эҳтимолини оширади.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАВИГАЦИОННЫХ ШАБЛОНОВ В ОБУЧЕНИИ ХИРУРГА ТЕХНИКЕ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИИ SCARF

А.А. Акулаев, А.А. Повалий

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский
государственный университет»

Актуальность. Большинство хирургов до сих пор просто тренируются в операционной. При этом освоение определенных хирургических навыков на начальном этапе обучения может подвергать пациентов определённому риску. В настоящем исследовании было проведено исследование методики предоперационного планирования с последующим созданием шаблона-направителя для выполнения scarf-остеотомии при устранении деформации Hallux Valgus в процессе освоения хирургической техники.

Цель исследования. Апробировать методику предоперационного планирования с последующим созданием шаблона-направителя для выполне-

ния scarf-остеотомии при устранении деформации Hallux Valgus в процессе освоения хирургической техники.

Материалы и методы. В исследование было включено 255 пациентов, которые были разделены на 3 группы. 1-я группа была представлена пациентами, которые проходили лечение до этапа обучения хирурга, но под присмотром опытного хирурга. Во 2-ю группу были включены результаты лечения пациентов, которым проводилась операция scarf с применением трехмерной технологии. Эта группа была этапом обучением хирурга, которое реализовано на модели и проведено в реальных условиях с использованием шаблона-направителя. И 3-я группа, самая многочисленная, должна была отразить результаты лечения пациентов техникой scarf после этапа обучения, в этой группе планировалось посмотреть, насколько эффективно закреплялись навыки выполнения остеотомии scarf. Всем пациентам проводилось анкетирование с использованием AOFAS (100 баллов), VASFA (100 баллов) и MOXFQ (100 баллов) до операции, через 24 месяца после операции. К концу 24-го месяца после операции оценивались рентгенографические показатели деформации стопы: HVIPA, HVA, IMA, DMAA.

Результаты. В первой клинической группе результат анкетирования по шкале AOFAS составил $76,94 \pm 8,72$, VAS FA – $77,56 \pm 9,32$, MOXFQ – $35,21 \pm 13,07$. Во второй клинической группе результат анкетирования по шкале AOFAS составил $88,15 \pm 10,71$, VAS FA – $87,06 \pm 6,65$, MOXFQ – $31,06 \pm 11,16$. В третьей клинической группе результат анкетирования по шкале AOFAS составил $82,74 \pm 11,88$, VAS FA – $82,57 \pm 12,74$, MOXFQ – $37,44 \pm 13,92$.

При сравнении групп по показателю AOFAS была выявлена статистически значимая разница (p-уровень 0,00015173). Была обнаружена разница между первой и второй группами (p-уровень 0,00004572174), первой и третьей группами (0,001859359). При сравнении групп по показателю VAS FA была выявлена статистически значимая разница (p-уровень 0,00056967). Была обнаружена разница между первой и второй группами (p-уровень 0,00004572174), первой и третьей группами (0,001859359). В первой клинической группе угол межфалангового отклонения первого пальца HVIPA составил $8,80 \pm 4,13$, угол HVA составил $9,26 \pm 2,29$, IMA составил $9,92 \pm 2,45$, DMAA составил $6,27 \pm 2,75$. Во второй клинической группе угол межфалангового отклонения первого пальца HVIPA составил $9,67 \pm 5,30$, угол HVA составил $6,55 \pm 3,12$, IMA составил $8,01 \pm 1,67$, DMAA составил $6,31 \pm 3,12$. В третьей клинической группе угол межфалангового отклонения первого пальца HVIPA составил $8,69 \pm 4,26$, угол HVA составил $6,41 \pm 4,44$, IMA составил $8,74 \pm 2,72$, DMAA составил

6,22±2,68. Была обнаружена статистически значимая разница при сравнении между группами по HVA (p-уровень 0,0027636) и IMA (p-уровень 0,0017602).

Выводы. Для хирурга, выполняющего операцию на этапе обучения, фактор применения трехмерных технологий имеет значение при устранении легких и средних деформаций переднего отдела стопы Hallux valgus остеотомией scarf.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ПЕРИОД ТОКСЕМИИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ ВЗРОСЛЫХ

*Г.И. Алаутдинова, Х.Н. Мухитдинова,
У.А. Абдуллаев, Ф.С. Назарова*

Центр профессионального развития
медицинских работников,
РНЦЭМП

Актуальность. Термические повреждения первично вызывают коагуляционный некроз и гибель клеток с тромбозом сосудов в зонах наиболее глубокого поражения. Если такому пострадавшему быстро не начата соответствующая инфузионная терапия, развивается ожоговый шок, и поврежденные, но жизнеспособные ткани в ожоговой ране подвергаются некрозу, увеличивая площадь глубокого поражения. В поврежденных тканях повышается сосудистая и капиллярная проницаемость, приводящая к отеку. На образование и развитие отека влияют также гипопроteinемия и повышение осмотического давления в поврежденных тканях. В результате прямого термического воздействия на эритроциты развивается гемолиз.

Цель работы: изучить особенности инфузионной терапии в период токсемии ожоговой болезни взрослых.

Материал и методы исследования. Изучены результаты мониторинга суточного объема введенной жидкости, инфузионной терапии и выделительной активности почек 25 пациентов, поступивших в отделение комбустиологии Республиканского научного центра экстренной медицины в связи с ожоговой травмой. Мониторинг изучаемых параметров проводилось в трех возрастных группах: 1 группа – 12 пациентов в возрасте 20–40 лет, 2 группа – 7 больных в возрасте 41–60 лет, 3 группа – 6 больных – 61–78 лет.

Результаты и их обсуждение. В 1 группе при среднем объеме внутривенно инфузии 76±7 мл/кг в сутки выявлена обратная корреляционная связь объема инфузионной терапии с изменением температуры тела (–0,8), во 2 группе – (–0,8), что отражало эффективность дезинтоксикационной терапии парентеральным введением. Однако дальнейшее увеличение водной нагрузки было

чревато снижением САД (–0,7), среднего АД (–0,6), уменьшением МОК (–0,6), УО (–0,5). При этом одновременно появлялись связи, расцениваемые как положительные. Так, увеличение внутривенной инфузионной терапии в 1 группе обусловило бы снижение ПМК (–0,8), уменьшение тахикардии (–0,7), уменьшение ОВТ (–0,7). Таким образом, преимущественное возмещение парентеральным способом в 1 группе оказывалось наиболее оптимальным, вызывая корригирующее действие на функцию гемодинамики, вегетативный тонус, потребность миокарда в кислороде. Во 2 группе выявленная обратная корреляционная связь объема внутривенной инфузии, динамики температуры тела (–0,8) и частоты дыхания (0,7) подтверждает дезинтоксикационный эффект парентерального введения жидкости в период токсемии. Однако при этом выявлено стимулирующее влияние на уровень ДАД (0,6), среднего АД (0,6), ОПСС (0,7), что свидетельствует о возникновении признаков возможной перегрузки системы кровообращения при увеличении объема внутривенного введения более 65±9 мл/кг в сутки.

В 3 группе увеличение парентерального введения при площади ожоговой поверхности более 40,8±5,8%, 3Б степени – 21,7±6,7%, ИФ – 86,7±12,8 ед. может повысить среднее АД (0,5), САД (0,6), уменьшить выделительную функцию почек (–0,6), что характеризует стрессовую направленность перестройки гемодинамики. Полученные данные свидетельствуют о том, что в 3 группе, возможно, предпочтительнее ограничение общей водной нагрузки и уменьшение внутривенной инфузионной терапии, что позволяет предположить целесообразность медикаментозной коррекции.

Вывод. Средний суточный объем инфузионной терапии составил при ИФ 119,4±38,4 ед. в 1 группе 76±7 мл/кг в сутки, во 2 группе при ИФ 92,5±20,8 мл/кг в сутки эффективным было введение 64±9 мл/кг, в 3 группе при ИФ 86,7±12,8 ед. оказалось достаточным введение 48±11 мл/кг в сутки. В колебательном характере изменения внутривенной инфузии прослеживаются в 4–5-суточные периоды, вероятно, обусловленные текущими факторами, определяющими необходимость увеличения или уменьшения инфузионной терапии. На протяжении периода токсемии почасовая выделительная активность почек была наиболее выраженной у больных 1 группы, что соответствовало большому объему водной нагрузки и тяжести ожоговой травмы. Во 2 группе выявлен доклинический признак перегрузки малого круга кровообращения при увеличении объема инфузионной терапии на более 64±9 мл/кг в сутки.

ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ОТ ОЖОГОВ

А.А. Алексеев^{1,2}, А.Э. Бобровников^{1,2},
В.В. Богданов¹

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ, Москва, Россия,

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, Москва, Россия

Результат лечения пострадавших от ожогов зависит от своевременного и адекватного использования методов местного и общего лечения, реанимации и интенсивной терапии, анестезиологического обеспечения и реабилитации. Совершенствование традиционных и внедрение инновационных технологий в клиническую практику позволяет значительно улучшить результаты лечения пациентов. В то же время инновация – это не всякое новшество, а только такое, которое серьёзно повышает эффективность действующей системы. Поэтому для включения инновационных технологий в клинические рекомендации необходимо подтверждение их клинической эффективности в комплексном лечении пострадавших от ожогов.

Цель: оценка результатов оказания специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с ожогами с использованием инновационных технологий лечения.

Материалы и методы. Проведен аудит историй болезни пациентов с ожогами, находившихся на лечении в Ожоговом центре Института хирургии им. А.В. Вишневского. Все пациенты были разделены на две группы: у пациентов первой группы проводилось стандартное местное и общее лечение ожогов и ожоговой болезни, а у пациентов второй группы активно применялись различные инновационные технологии. Для объективизации оценки результатов лечения в зависимости от общей площади ожогов все пациенты были разделены на три подгруппы: до 30% п.т., 30–49% п.т., 50% п.т. и более.

Результаты. Внедрение инновационных технологий лечения пострадавших с ожогами в широкую клиническую практику позволило уменьшить частоту осложнений ожоговой болезни, снизить летальность и улучшить результаты оказания специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи пострадавшим с ожогами более 30% п.т. В то же время частота эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта у пациентов

с ожогами более 30% п.т. и сепсиса у пациентов с ожогами более 50% п.т. остается высокой.

Выводы. Включение в клинические рекомендации инновационных методов общего и местного лечения позволяет улучшить результаты оказания специализированной, высокотехнологичной помощи пострадавшим от ожогов. В то же время требуется продолжение дальнейших исследований по совершенствованию технологий лечения тяжелообожженных.

ДИСТРАКЦИОННЫЙ МЕТОД В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

А.М. Аллаёров, Н.З. Назарова

Ташкентская медицинская академия,
Узбекистан

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с посттравматическими дефектами средних и дистальных фаланг пальцев.

Задачи: 1. Изучить возможность применения distractionного остеосинтеза при дефектах фаланг пальцев кисти на уровне дистальной и средней фаланг. 2. Оценить эффективность различных технологий distractionного остеосинтеза, применяемых при данной травме.

Материалы и методы. Представлен опыт лечения 45 больных с дефектами дистальных отделов пальцев кисти, которым выполнялись операции в МПК ТМА отделении суставов и хирургия кисти. Возраст пациентов от 17 до 60 лет. Дефекты пальцев кисти были следствием повреждений циркулярной пилой, фрезерным станком, сдавления, отморожений. У 15 пациентов имели место застарелые повреждения нескольких пальцев.

Критерии включения. Лица мужского и женского пола в возрасте от 17 до 60 лет без тяжелой сопутствующей патологии, давность травмы – не менее двух месяцев, дефекты пальцев кистей – на уровне средних и дистальных фаланг. Проводилась клиническая и лучевая диагностика застарелых повреждений пальцев кисти.

Во всех случаях использовался distractionный остеосинтез аппаратами внешней фиксации со сквозным проведением и двусторонней фиксацией концов спиц во внешней опоре. Первым этапом проводилась distraction культи в режиме 1 мм в сутки, при последствиях отморожений 0,5 мм в сутки. В зависимости от величины первичного дефекта тактика ведения пациента была различной. В случаях дефекта до 120% от первоначальной длины фаланги проводилась distraction по традиционной технологии. При укорочении свыше 120% первым этапом выполнялась ускоренная distraction, а вторым этапом – промежуточная костная аутопластика трансплантатом из гребня подвздошной

или лучевой кости. При короткой культе средней фаланги после удлинения мягких тканей на уровне сустава выполнялись субхондральная остеотомия культи с перемещением мягких тканей и хрящевой пластинки к суставной поверхности и замещение образовавшегося дефекта кости промежуточным кортикально-губчатым трансплантатом из гребня подвздошной кости. Фиксация трансплантата выполнялась аппаратом внешней фиксации и тонкими спицами в среднем в течение 8–10 недель.

Статистическая обработка результатов лечения проводилась по критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Оценка ближайших и отдаленных результатов лечения (в сроки 6 месяцев, 1 год и более после операции) осуществлялась по шкале оценки DASH, а также рентгенометрической оценке изменения формы и длины фаланг с помощью миллиметровой линейки.

Положительный результат достигнут во всех случаях в виде удлинения фаланги, восстановления внешнего косметического вида пальца, существенно улучшилась функция захватов восстановленным пальцем за счет сохранности движений близлежащего смежного сустава и эстетический вид пальца. Замечено также частичное восстановление ногтевой пластинки, даже при изначальном её дефекте.

Выводы: 1. Дистракционный остеосинтез эффективен в устранении посттравматических дефектов дистальных и средних фаланг пальцев кисти. 2. При дефектах дистальных отделов пальцев менее 120% можно использовать традиционную технологию остеосинтеза аппаратами внешней фиксации, а при дефектах более 120% предпочтительно использовать двухэтапное оперативное лечение с промежуточной костной аутопластикой.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЁЛЫХ, СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ, ОСЛОЖНИВШИХСЯ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИЕЙ

*Ш.М. Атаханов, Н.Б. Ходжиматов,
М.У. Имомбердиев*

Андижанский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Цель: оценка эффективности применения мембранного плазмафереза у пострадавших с тяжелыми переломами, осложнившимися жировыми эмболиями.

Материал и методы. Нами была проанализированы результаты лечения 78 больных, госпитализированных в Андижанский филиал РНЦЭМП и районные субфилиалы ЭМП в 2012–2020 гг. в возрасте от 12 до 67 лет, мужчин было 56 (71,8%), женщин – 22 (28,2%). В основном наблюдались осложнения жировой эмболии с переломом бедренной кости – 48 (61,6%), малоберцовой кости – 21 (26,9%), со-

четание переломов трубчатых костей (бедренных и малоберцовых) с костями тазового кольца – 9 (11,5%). Всех больных по тяжести течения разделили на две группы: тяжёлые и крайне тяжёлые. Наряду с проведением традиционных методов лечения у тяжёлых больных проводили от 2 до 3 сеансов мембранного плазмафереза, а у крайне тяжёлых больных – от 3 до 5 сеансов. Группу сравнения составили 35 больных, поступивших в 2004–2012 гг., получивших традиционные методы лечения, без процедуры мембранного плазмафереза. Мембранный плазмаферез проводили с заменой плазмы пациента, с учётом общего белка больного, на кристалло-коллоидные растворы, свежзамороженную донорскую плазму и альбумин, со средним объемом плазмаэкстракции от 600 до 800 мл за каждую процедуру. При этом следует отметить, что более удовлетворительные результаты были получены у больных, которым процедура плазмафереза проведена на более ранних стадиях травматической болезни. Плазмаферез выполнялся непрерывным методом с использованием аппарата «Nemofenix» и фльтра ПФМ-01-ТТ, «Роса».

Критериями оценки тяжести состояния и эффективности проведённого лечения являлись:

повышение парциального давления кислорода в крови;

улучшение нарушения функции внешнего дыхания, снижение сроков пребывания на ИВЛ;

снижение жировых глобул, улучшение микроциркуляции;

снижение уровня средних молекул;

улучшение функции почек, профилактика полиорганной недостаточности.

Результаты. У всех госпитализированных больных на момент начала интенсивной терапии отмечались осложнения жировой эмболии наряду с признаками посттравматической коагулопатии, которые проявлялись клиниками нарушения внешнего дыхания, падением сатурации кислорода в крови до критических цифр – 30–40%, нарушением сознания, углублением коматозного состояния, петехиальными кровоизлияниями на теле пострадавшего, а также повышением уровня средних молекул до 0,582 в основной группе и 0,494 в группе сравнения. Динамическое наблюдение за основной группой пострадавших позволяет отметить безусловный клинический эффект от применения мембранного плазмафереза.

У всех больных, получивших сеансы мембранного плазмафереза, отмечалось снижение уровня средних молекул в среднем в 2,4–2,7 раза за сеанс, который уже после второго сеанса (на 4–5 сутки) приблизился к норме. Пребывание крайне тяжёлых больных на ИВЛ составило $7,2 \pm 2,3$ суток, повышение сатурации кислорода в крови – в среднем 3,6–3,9 раза за сеанс, после второго сеанса сатурация почти нормализовалась. Петехиальные крово-

излияния исчезали после 2-3 сеансов на 7–9 сутки. Что касается стабильно тяжёлых больных, то у них пребывание на ИВЛ составило 1–1,5 суток или не было взятия на ИВЛ. В группе сравнения у крайне тяжёлых больных уровень средних молекул на 4–5 сутки оставался практически на прежнем уровне – $0,472 \pm 74$, пребывание на ИВЛ составило $12,2 \pm 2,7$ суток, повышение сатурации кислорода в крови – в среднем в 1,3–1,5 раза, для чего потребовалось более продолжительное время держать пациентов на ИВЛ с кислородом. Петехиальные кровоизлияния исчезали на 12–13 сутки. Летальность в группе больных, получавших сеансы мембранного плазмафереза, составила 2,6%, в группе сравнения – 9,2%, пребывание на ОРИТ в I группе – $7,7 \pm 2,1$ суток, во II группе – $13,1 \pm 1,8$ суток.

Вывод. Анализ лечения тяжёлых сочетанных переломов, осложнённых жировыми эмболиями, подтверждает эффективность мембранного плазмафереза как метода выбора при данных тяжёлых травмах, так как его применение позволяет значительно сократить восстановление нарушения внешнего дыхания и функции ЦНС, пребывание на ИВЛ, снижение койко-дней в ОРИТ, резко снизить летальность и сроки стационарного лечения.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОГО ТРАКТА

*Р.Н. Ахмедов, М.М. Рашидов, Ш.Ж. Исакулов,
А.Х. Калимбетов, М.М. Уралов*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи
Ташкент, Узбекистан**

Этиологическими факторами инфекции мочевыводящих путей (ИМП) выступают в основном грамотрицательные микроорганизмы (эшерихии, клебсиеллы, энтеробактеры, протеи, псевдомонады), реже – грамположительная микрофлора. Нерациональная антибиотикотерапия приводит к селекции особо вирулентных госпитальных штаммов, борьба с которыми весьма затруднительна.

Проанализированы результаты мониторинга микрофлоры мочи у 317 больных с наиболее часто встречающимися ургентными урологическими заболеваниями.

У 6 больных посев мочи оказался стерильным. За весь период наблюдения выделено 13 видов микроорганизмов. Из 311 положительных образцов в 20,6% случаев обнаружены ассоциации из 2–3 видов микроорганизмов, в 79,4% – монокультура. Анализ видового состава микроорганизмов, выявленных при бактериурии, показал, что из 324 изоляторов 247 (76,2%) относились к грамотрицательным бактериям, 77 (23,8%) – к грамположительным коккам. Среди них часто высевались *Pseudomonas aeruginosa* – 22,2%, *Klebsiella pneumoniae* – 8,3%, *Escherichia coli* – 14,5%, бактерии рода *Proteus* –

10,9%, реже – НФГОб (6,4%). *Enterobacter aerogenes* – 6,1%, в единичном случае – *M. morgani* (0,3%). Грамположительная флора была представлена в основном *Staphylococcus epidermidis* (19,3%), реже встречались *Staphylococcus aureus* (2,6%), *Staphylococcus saprophiticus* (1,3%), *Str. viridans* (1,3%), *Str. pyogenes* (0,9%).

Два возбудителя – *Pseudomonas aeruginosa* и *Klebsiella pneumoniae* – поочередно занимали лидирующее место в гнойно-воспалительных заболеваниях мочевыводящих путей за наблюдаемый период. При исследовании чувствительности выделенных возбудителей антибиотиков оказалось, что все виды выделенных микроорганизмов практически были устойчивы к пенициллинам и стрептомицину. К цефалоспорином I поколения (цефазолин) оказалась устойчива 1/3 высеянных микроорганизмов, к цефтриаксону – лишь *Pseudomonas aeruginosa* и *Staphylococcus aureus*.

К цефалоспорином III (цефеперазон и цефтазидим) оказалась чувствительна вся высеянная микрофлора. К гентамицину были нечувствительны лишь *Staphylococcus epidermidis* и НФГОб, а к макролидам, напротив, были чувствительны только *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus* и НФГОб.

Абактал оказался эффективным в отношении трех наиболее часто высеваемых микроорганизмов: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli*. Только *Klebsiella pneumoniae* оказалась устойчивой к абакталу.

Полученные нами результаты подтверждают данные литературы о возрастающей роли одного из представителей условно-патогенных энтеробактерий *Klebsiella pneumoniae* в возникновении ИМП, устойчивого к 5 и более антибиотикам, используемого для лечения ИМП.

Таким образом, основными возбудителями гнойно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей остаются грамотрицательные микроорганизмы, обладающие множественной устойчивостью к большинству применяемых антибактериальных препаратов. Препаратами выбора для эффективной терапии урологических инфекций служат цефалоспорины III поколения.

РОЛЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ПОЧКИ

*Р.Н. Ахмедов, М.М. Рашидов, О.Ж. Ашуров,
А.Х. Калимбетов, М.М. Уралов*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи
Ташкент, Узбекистан**

Наше сообщение основано на анализе 196 больных с изолированными и сочетанными травмами верхних мочевыводящих путей. В данной груп-

пе больных преобладали лица мужского пола – 143 (73%). Среди пострадавших часто встречались наиболее трудоспособные лица от 18 до 50 лет – 129 (65,8%). В основном больные обращались в первые 6 часов от момента получения травмы – 145 (73,9%) больных, а в период от 6 до 24 часов – 42 (21,4%) больных, свыше 24 часов – 25 (12,7%) больных. Анализ причин и обстоятельств повреждения показал, что основное число повреждений при результате ДТП – 122 (62,2%), травматический шок наблюдали у 138 (70,4%) пострадавших.

Службой 03 доставлены 38 (19,4%) больных, а остальных пострадавших доставили виновники ДТП или родственники.

Наиболее часто встречаемые клинические проявления при травме почек гематурия отмечена до 90%, боль в поясничной области пораженной стороны – в 75%, наличие припухлости в поясничной области – в 40% случаев. Все больные в приемном отделении РНЦЭМП при первичном осмотре в шоковой палате осматривались необходимыми смежными специалистами. В дальнейшем, согласно выработанному алгоритму диагностики, проводились необходимые исследования. Оценивалось состояние гемодинамики, производилось УЗИ почек и органов брюшной полости. При подозрении на наличие субкапсулярной, забрюшинной гематомы, ограничение подвижности почек, «размытость» контуров почек в 73 (37,2%) случаях производилась внутривенная урография. У 47 (23,9%) выделительная функция обеих почек не была нарушена. В остальных 26 (13,3%) случаях выявлено в той или иной степени повреждение почек. Наряду с этим в 27 (13,8%) случаях произведено МСКТ забрюшинного пространства внутривенным контрастированием.

Таким образом, своевременная диагностика на догоспитальном этапе при изолированных и сочетанных травмах почки, согласно алгоритму диагностики, дала возможность своевременно и правильно выработать тактику подхода к лечению, в связи с этим удалось намного уменьшить число осложнений и летальных исходов.

РОЛЬ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОСТОМИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Р.Н. Ахмедов, М.М. Рашидов, Ш.Ж. Исакулов,
А.Х. Калимбетов, М.М. Уралов*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи
Ташкент, Узбекистан**

Материалы и методы. Для сравнительной оценки результатов инструментально эндоскопических исследований (ИЭМ) при лечении ОСВО нами проанализированы данные о выполнении 85

вмешательств, в том числе 38 (44,7%) перкутанных нефростомий (ПК) и 47 (55,2%) ретроградных катетеризаций почек (РКП). Указанные манипуляции выполнены 79 больным, госпитализированным в экстренном порядке. Возраст пациентов колебался от 18 до 76 лет, мужчин было 46, женщин – 39. При отнесении ситуации к экстренной учитывали данные анамнеза, клиничко-лабораторных и инструментальных методов обследования. Последние включали ультразвуковое исследование (УЗИ), обзорную и экскреторную уротелескопию, ретро- и антеградную пиелографию. Наличие обструкции верхнего мочевого тракта устанавливалось при расширении мочеточника и/или лоуловостей почки, что определялось УЗИ с дополнением рентгенологических данных. Аналогичным путем подтверждалось наличие конкрементов верхних мочевых путей. После выполнения деблокирующих манипуляций адекватность дренирования оценивалась по визуально определяемому функционированию мочеточникового катетера или нефростомического дренажа, а также по данным УЗИ. Данные о пациентах распределились следующим образом: в 17 (35,4%) случаях, от общего числа всех попыток РКП, на продвижении катетера встретилось непреодолимое препятствие. Данные о месторасположении препятствия зарегистрированы в 14 наблюдениях. При 3 попытках РКП (21,4%) препятствие локализовалось непосредственно в устье мочеточника, при 2 (14,3%) – в юкставерикальном отделе, при 6 (42,9%) – в нижней трети мочеточника на расстоянии 10–13 см от устья. После неудачной попытки «введения катетера» у 1 пациента была предпринята повторная попытка РКП, которая также была безуспешной из-за непреодолимого препятствия, в результате чего больной был подвергнут традиционной операции. Для восстановления оттока мочи у остальных пациентов была выполнена РСН-нефростомия. В итоге помещение катетера в мочеточник увенчалось успехом у 31 (65,9%) пациента. Из 31 больного с удачно установленным в мочеточник дренажом у 12 пациентов (25,0% от всего числа процедур) катетер выпал или сместился, в то время как стойкого купирования неотложной ситуации еще не было достигнуто. Выпадение (смещение) катетера в день манипуляции отмечено у 5 больных, на 2-й день у 3, на 3-й день – у 2 и на 4-й день – у 2 пациентов. Больных с проходным мочеточником и достаточно длительным нахождением катетера в мочеточнике в итоге оказалось 19 человек (39,6% от всего числа процедур). Однако у 9 (18,8%) из них дренирование было неадекватным. При этом сохранялось расширение коллекторной системы почки (по данным УЗИ), моча по катетеру не выделялась или отток ее не был достаточным.

В результате количество пациентов с относительно беспрепятственным введением катетера,

достаточно длительным его нахождением в моче-точнике при адекватном дренировании мочевого тракта уменьшилось до 5 человек. Несмотря на достигнутые благоприятствующие условия оттока мочи, у 3 (6,2%) больных было сохранение неотложной ситуации (лихорадка с ознобом на фоне болевого синдрома, пиурии и/или бактериурии). Более того, у 2 других пациентов (4,2% от всех наблюдений) было ухудшение состояния, что явилось необходимостью для выполнения традиционной операции по поводу апостематозного пиелонефрита. В конечном итоге неотложность была стойко купирована 15 пациентами (10,6% от всех попыток КП), что может быть расценено как показание эффективности КП в качестве меры временного дренирования при ОСВО. У 2 пациентов (5,3%) впоследствии произошло смещение нефростомического дренажа. Данная ситуация была успешно разрешена в одном случае предислокацией дренажа и налаживанием его функции, в другом – путем выполнения ренекфростомии. Несмотря на правильное установление нефростомической трубки, у 9 пациентов (23,7%) отмечалось неадекватное дренирование, что в 1 наблюдении было вызвано тампонадой дренажа свернувшейся кровью. В 5 случаях проблема была разрешена «консервативным» налаживанием функции либо заменой дренажа. В оставшихся 4 наблюдениях пришлось прибегнуть к ренекфростомии. При правильном расположении нефростомической трубки в мочевом тракте и адекватном дренировании у 1 пациентки неотложность состояния сохранялась в течение 4 суток, после чего была купирована.

Заключение. В заключение можем сказать, что в структуре неотложных угрожающих ситуаций при ОСВО доля изолированных проявлений обструкции несколько преобладает над сочетанными проявлениями. По организационным характеристикам ретроградная катетеризация почек менее сложна и ресурсоемка, по сравнению с перкутанной нефростомией. Однако такие результаты, как успешность установления дренажа, надежность ее фиксации и в целом эффективность манипуляции по устранению неотложной ситуации, свидетельствуют в пользу перкутанной нефростомии, что позволяет считать ее предпочтительной при суправезикальной обструкции.

ЖИРОВАЯ ЭМБОЛИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

**Ж.А. Баратов, А.Б. Баратов,
Х.И. Юсупов, Д.Х. Хонкелдиев**

Джизакский филиал РНЦЭМП

Целью данной работы является изучение причин возникновения данного осложнения, анализ вариантов течения и результатов лечения, возможных мер профилактики.

Материалы и методы. Материалом послужили больные с травмой, поступившие в Джизакский филиал РНЦЭМП в 2020 году. За этот период в стационар поступило 872 больных с травмой. Из них мужчин было 568 (65%), женщин – 304 (35%). Пострадавшие с политравмой составили 84 человека. Из них мужчин – 62 (73%), женщин – 12 (14%), детей – 10 (11%). 45 пострадавших получили повреждения в результате ДТП, 12 – в результате падения с высоты, придавленных тяжёлым предметом (синдром сдавления) – 5, производственная травма – у 8, железнодорожная травма – у 2. Сочетанная травма с повреждением внутренних органов наблюдалась у 12 пострадавших, сочетанная травма с черепно-мозговой травмой – у 25 больных. Проблема лечения пострадавших остаётся до сих пор глобальной и даёт много осложнений, процент которых зависит от тяжести повреждения. Из целого ряда возникших осложнений в 6 случаях был диагностирован синдром жировой эмболии. Жировая эмболия у 10 больных развилась подостро, после так называемого «светлого промежутка». Причем в 5 случаях это осложнение проявилось в лёгочной форме, в остальных случаях – в смешанной форме, с нарушением сознания от сопора до комы. Основным клиническим признаком у всех больных была острая дыхательная недостаточность, обусловленная респираторным дистресс-синдромом, которая проявлялась нарастающим тахипноэ, неадекватным дыханием, требующим вспомогательной или искусственной вентиляции лёгких. У всех больных отмечалось снижение сатурации крови, требовалась оксигенотерапия. В 1–2 сутки у 7 пострадавших наблюдались петехиальные высыпания по боковым поверхностям грудной клетки, на плечах, слизистой оболочке глаз. Стойкое, трудно купируемое повышение температуры тела (до 40) мы наблюдали у 8 больных. Нарушение сердечной деятельности проявлялось стойкой немотивированной тахикардией, тахикардией, склонностью к гипертензии. При рентгенографии грудной клетки у половины больных в лёгких наблюдалась картина «снежной бури», а именно разбросанные мелкие очаги затемнения. У этой группы пострадавших прослеживается определенная закономерность: они поступили с тяжёлой степенью шока, наблюдалась гипотензия (систолическое давление 70 мм рт.ст. и ниже) на фоне тяжёлой травмы. Лечение больных было комплексным, с обеспечением адекватной доставки кислорода к тканям, что достигалось оксигенотерапией в легких случаях и продленной ИВЛ при тяжёлом течении жировой эмболии. Наряду с этими мероприятиями проводились инфузионная терапия системных расстройств микроциркуляции, ноотропная и метаболическая терапия, коррекция системы коагуляции и фибринолиза крови, защита тканей от свободных кислородных радикалов

и ферментов, восстановление физиологического состояния дезэмульгированного жира в крови, дезинтоксикационная терапия, ранняя оперативная стабилизация переломов. Применение данной методики лечения больных с политравмой, осложнённой жировой эмболией, позволило улучшить результаты лечения этого осложнения.

Считаем уместным отметить, что борьбу за жизнь пострадавших при политравме необходимо начинать на месте трагедии. И чем быстрее и «качественнее» будет доставлен больной в стационар, тем больше шансов сохранить ему жизнь и избежать больших осложнений.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКОЙ АВИАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРИОД 2019–2021 ГОДОВ

*А.С. Баянбаев, А.Ш. Жумадилов,
Г.Х. Нурутдинова, А. Орынбасарулы*

Национальный координационный центр экстренной медицины, Нур-Султан, Казахстан

Целью исследования является изучение совершенствования оказания медицинских услуг службы скорой медицинской помощи и медицинской авиации в Республике Казахстан за период 2019–2021 годов.

Методы. Использовались результаты мониторинга и свода статистических отчетов службы скорой медицинской помощи и медицинской авиации за 2019–2021 годы, проводилось сравнение динамики изменения основных показателей деятельности, оказывающих влияние на качество скорой медицинской помощи и медицинской авиации в Республике Казахстан – укомплектованность кадрами; обеспеченность автотранспортом; оснащённость медицинским оборудованием; успешная реанимация; среднее время доезда.

Результаты. За период 2019–2021 годов отмечается увеличение в динамике по оказанию медицинской помощи. В 2021 году всего оказана медицинская помощь 3950 пациентам и выполнено 4960 медицинских услуг, в 2020 году – меньше на 117 пациентов, всего оказана медицинская помощь 3833 пациентам, выполнено 4637 медицинских услуг, а в 2019 году – значительно меньше – на 729 пациентов, всего оказана медицинская помощь 3104 пациентам, выполнено 3566 медицинских услуг.

Выводы. Областным службам скорой медицинской помощи продолжить дифференцировать заявки с целью принятия системных мер по улучшению доступности медицинских услуг населению отдаленных местностей.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТРАДАВШИХ, ПОЛУЧИВШИХ ОЖОГИ ВО ВРЕМЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ПИЩИ

Д.О. Вагнер, Е.В. Зиновьев

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Россия

Введение. Наиболее частой причиной ожогов у взрослых является поражение пламенем, которому сопутствуют ингаляционная травма и отравление токсическими продуктами горения, что значительно увеличивает тяжесть состояния пострадавших. Одной из причин получения такой травмы может быть возгорание одежды от газовой плиты во время приготовления пищи. В настоящее время стала всё больше распространяться одежда из синтетических материалов, и предпочтение при домашней работе многие отдают именно ей. В связи с этим при попадании пламени от плиты такая одежда легко воспламеняется, а при горении выделяет угарный газ и другие токсические продукты термического разложения. Данная травма значительно чаще встречается у лиц пожилого возраста, что обусловлено прогрессирующими ограничениями подвижности и замедлением ответной реакции. В результате такие ожоги сопровождаются обширными по площади поражениями, а возрастное снижение защитной функции кожи приводит к преимущественно глубокому характеру поражения кожного покрова. На сегодняшний день в отделе термических поражений НИИ СП им. И.И. Джанелидзе накоплен обширный опыт лечения пострадавших с такими травмами.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование, критерием включения в которое были ожоги кожи более 10% поверхности тела, полученные в результате возгорания одежды от газовой плиты в период с января 2017 г. по ноябрь 2019 г. Критериями исключения были досудочная летальность и клинически значимая, конкурирующая ожогам патология. Полученные данные обработаны в программе IBM SPSS 20.0 методами описательной и непараметрической статистики.

Результаты. По результатам сплошного анализа критериям исследования соответствовали истории болезни 47 пострадавших, у которых были изучены обстоятельства и основные характеристики термической травмы, а также особенности течения ожоговой болезни. Частота получения ожогов при описанных обстоятельствах была значительно выше у женщин (63,8%), чем у мужчин (36,2%). Это обусловлено не только тем, что женщины чаще мужчин занимаются приготовлением пищи, но и различиями в домашней одежде. Так, 23 из 30 женщин и 12 из 17 мужчин в момент получения травмы были одеты в халаты из синтетических

материалов, которые обладают гораздо большей горючестью, чем изделия из натуральных тканей. Возраст пострадавших находился в диапазоне от 28 до 93 лет, медиана возраста составила 67 (55; 80) лет. Распределение пациентов по возрастным группам выглядело следующим образом: молодые – 12,8%, средний возраст – 17%, пожилой возраст – 31,9%, старческий возраст – 34%, долгожители – 4,3%. Отдельное внимание следует обратить на то, что 12 из 16 пострадавших молодого и среднего возраста в момент получения травмы находились в состоянии алкогольного опьянения или эпилептического приступа, то есть их дееспособность была значительно снижена. Локализация поражения по сегментам тела выглядела следующим образом: у 26% пациентов было обожжено лицо, у 57% – шея, у 96% – передняя поверхность туловища, у 40% – задняя поверхность туловища, у 68% – подмышечная область, у 83% – верхние конечности и у 15% – нижние конечности.

Значение медианы общей площади ожога у вошедших в исследование пациентов составило 31% поверхности тела (16; 37), глубокого ожога – 13% (8; 25). Сопутствующая ожогам ингаляционная травма диагностирована у 23% пострадавших, отравление угарным газом – у 40%. В ходе лечения у 23 из 47 вошедших в исследование пострадавших развились явления дыхательной недостаточности, что потребовало проведения искусственной вентиляции легких. Для обеспечения продленной ИВЛ трахеостома была наложена у 19% пациентов. Течение ожоговой болезни осложнилось развитием сепсиса (септического шока) у 36% пострадавших. Общая летальность в группе исследования составила 40%.

Заключение. Таким образом, обширные ожоги, полученные в результате воспламенения одежды от газовой плиты, наиболее часто встречаются у женщин пожилого и старческого возраста, либо у лиц с существенно сниженной дееспособностью. Ожоговые раны чаще всего локализуются на передней поверхности туловища, подмышечных областях и верхних конечностях. Данные ожоги, как правило, являются обширными, что неизбежно приводит к развитию ожоговой болезни. Учитывая свойственную пациентам данной возрастной группы высокую коморбидность, течение ожоговой болезни не менее чем в трети случаев осложняется развитием ожогового сепсиса и синдрома полиорганной дисфункции, что приводит к экстремально высокой летальности – до 40%. Профилактика данных жизнеугрожающих ожогов является крайне простой и эффективной – использование во время приготовления пищи одежду из натуральных материалов, которые обладают низкой горючестью.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОДА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*Э.Ю. Валиев, Б.Р. Каримов,
Д.А. Исмаилов, И.Х. Махкамов*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент

Цель исследования: улучшение результатов лечения повреждений ОДА у больных с политравмой путем разработки и внедрения малоинвазивных методов остеосинтеза на раннем госпитальном этапе.

Материал и методы. За 2019–2021 гг. в РНЦЭМП был проведен анализ лечения 585 пациентов с сочетанными, множественными, комбинированными повреждениями и политравмой, повреждения выявлялись с помощью современных высокотехнологических неинвазивных и инвазивных методов диагностики. Среди них преобладали лица мужского пола – 402 (68,8%) чел., молодого трудоспособного возраста (21–50 лет) – 394 (67,4%). Среди причин травм превалировал дорожно-транспортный травматизм – 388 (66,4%) чел., кататравма (падение с высоты) была отмечена у 115 (19,7%) пострадавших.

Наиболее частым сочетанием было сочетанная черепно-мозговая травма и повреждение ОДА – 42,5%, затем идут множественные переломы конечностей – 16,3% и политравма – 15,0%.

У 42 (7,3%) больных сочетались различной степени тяжести абдоминальные повреждения и ОДА, у 31 (5,2%) – органов грудной клетки и ОДА, у 88 (15,0%) было сочетание торако-абдоминальных повреждений и ОДА.

В качестве оценочной шкалы тяжести травмы использована шкала ISS (Injure Severity Score), согласно которой тяжелое и крайне тяжелое, жизнеугрожающее состояние на момент поступления в стационар (ISS 16–25 бал и выше) было отмечено у 401 (68,7%) пострадавших.

Результаты и обсуждение. В остром и раннем периодах травматической болезни выбор оперативных методов лечения определяли состоянием пострадавших, локализацией и характером переломов. Оперативные вмешательства выполняли последовательно, после устранения доминирующей патологии, ориентируясь на динамику состояния пострадавших. Наибольшее количество оперативных вмешательств выполнено при повреждениях бедра, костей голени и таза. Тактика лечения наиболее часто встречающихся повреждений ОДА при сочетанной травме и политравме проводилась на основании разработанной нами тактики.

22 больным с политравмой было проведено двухэтапное лечение повреждений ОДА с применением малоинвазивных технологий на основе

разработанного стержневого аппарата внешней фиксации. Среди них преобладали лица мужского пола – 16 чел., все молодого трудоспособного возраста (21–50 лет). Среди причин травм превалировал дорожно-транспортный травматизм – 18 чел., кататравма (падение с высоты) была отмечена у 4 пострадавших.

Сочетание повреждений внутренних органов с повреждениями ОДА отмечалось у 14 больных, у 6 больных – сочетание повреждений ОДА + органов грудной клетки + ЧМТ, у 6 больных – сочетание повреждений ОДА + органов брюшной полости + ЧМТ и у 2 больных – сочетание торакоабдоминальной травмы + ОДА + ЧМТ, у 4 больных – сочетание повреждений ОДА и ЧМТ. У 14 больных наблюдались переломы бедренной кости (у 2 больных – переломы обеих бедренных костей) и у 6 больных – переломы костей голени, сочетание переломов бедренной кости и костей голени были у 2 больных, таким образом, переломы длинных костей – у 22, переломы костей таза были отмечены у 8 больных, сочетание переломов костей таза и длинных костей – у 4 больных. Шкала ISS, которая показывает тяжелое и крайне тяжелое состояние больных, составила от 25 до 35 баллов.

12 больным были выполнены оперативные вмешательства по поводу повреждений внутренних органов: 3 больным выполнена торакоскопия, 2 больным – торакотомия по поводу повреждения легких, 6 больным – лапароскопия по поводу повреждений органов брюшной полости, 3 больным – резекционная трепанация черепа по поводу внутричерепной гематомы.

Учитывая тяжелое и крайне тяжелое состояние больных и нестабильную гемодинамику после выполнения оперативных вмешательств по поводу доминирующих патологии, переломы длинных костей первым этапом были стабилизированы наложением разработанного аппарата внешней фиксации. В 9 случаях были стабилизированы переломы бедренных костей, в 7 случаях – сочетание переломов бедренной кости и костей голени, в 5 случаях – переломы костей таза. После респираторной и гемодинамической стабилизации больных (в среднем через 12 дней) больным был выполнен второй этап оперативного лечения – окончательный остеосинтез. В 17 случаях был применен интрамедуллярный блокируемый остеосинтез, в 5 случаях – экстремедуллярный остеосинтез пластинами, в одном случае аппарат заменен на аппарат Илизарова, ввиду нагноения послеоперационной раны с тяжелым открытым переломом дистального отдела бедренной кости, в одном случае – открытый остеосинтез костей таза, в 4 случаях – аппарат внешней фиксации по поводу переломов таза ввиду удовлетворительной репозиции и фиксации АНФ демонтирован после достижения консолидации переломов.

Осложнения: практически у всех 20 больных наблюдалась постгеморрагическая анемия, которая корректирована гемотрансфузией и введением ферропрепаратов.

У 6 больных отмечалось развитие посттравматической пневмонии, после проведения соответствующих лечебных мероприятий состояние их – с улучшением, пневмония разрешилась.

У 2 больных отмечалось нагноение послеоперационной раны (после открытого – у 1 больного и закрытого перелома – у 1 больного), проводилась рациональная антибактериальная терапия, процесс с купированием.

Летальность составила 4 больных. У 3 больных – после тяжелой черепно-мозговой травмы, у другого отмечалось развитие осложнения в виде кровотечения из острых язв желудка на фоне полиорганной недостаточности.

Заключение. Активная хирургическая тактика в раннем периоде травматической болезни у больных с политравмой с использованием современных малоинвазивных методов (лапароскопии, видеоторакокопии) и применение атравматичных методов стабилизации повреждений ОДА на основе предложенного стержневого аппарата наружной фиксации позволяют снизить развитие осложнений, летальные исходы и получить положительные результаты лечения.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

**Э.Ю. Валиев, Ж.Ю. Жаббаров,
Б.Р. Каримов, А.Дж. Исмоилов, Ш.Р. Шукуров**

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент**

Материал и методы. Работа основана на результатах лечения 233 больных с повреждениями бедренной кости при сочетанной травме, находившихся на лечении в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи и его Бухарском филиале в период 2017–2020 гг. Среди пациентов преобладали лица мужского пола – 152 (65,4%), женщин было 81 (34,6%). Больные были в возрасте от 18 до 60 лет. Большинство – лица наиболее трудоспособного возраста до 45 лет. В результате дорожно-транспортного происшествия травму получили 143 (61,4%) пострадавших, 40 (17,2%) – при падении с высоты (кататравма), причиной травмы у остальных 50 (21,4%) пострадавших послужили другие обстоятельства.

Определение тяжести состояния имело большое значение при выборе тактики лечения всех повреждений при сочетанной травме. Наряду с гемодинамическими и лабораторными параметрами

нами при оценке тяжести травмы были использованы анатомические критерии, в частности шкала Injury Severity Score (ISS). У 179 больных в 76,8% случаях в момент госпитализации состояние позволяло выполнить стабилизирующие операции повреждений ОДА.

Особую группу по тактике и методам лечения составили больные с переломами проксимального отдела бедренной кости – 39 (15,4%) чел. У 202 больных, в 88,7% случаях, при лечении переломов бедренной кости был применен хирургический метод – остеосинтез. По срокам проведения остеосинтеза бедер больные были разбиты на две группы: первая группа – 104 (51,5%), выполнен ранний остеосинтез до 3-х суток, вторая группа – 98 (48,5%), оперативное вмешательство выполнено в более поздние сроки – поздний остеосинтез.

Результат и обсуждение. Оперативное вмешательство выполняли после устранения доминирующей патологии, сразу же после хирургических вмешательств на органах брюшной и грудной полости, черепа или после стабилизации гемодинамики. Мы разработали тактику лечения повреждений бедра, которая базировалась на тяжести состояния и тяжести повреждения. Принципиальным является то, что все переломы бедер должны стабилизироваться в раннем периоде травматической болезни, при наличии объективных условий, до развития осложнений.

Способ фиксации зависит от тяжести состояния пострадавших: при стабильном или условно стабильном состоянии пострадавших (IIS – 11–16 баллов; шок I–II степени), использовали погружной интра-, экстрamedулярный остеосинтез; при декомпенсированном (IIS – 17–36 баллов; шок III–IV степени) – наименее травматичный метод внеочагового чрескостного остеосинтеза. Последний метод зачастую применяли в сокращенном варианте, т.е. основной задачей была фиксация повреждения в состоянии умеренной distraction, без репозиции.

У большинства больных применяли метод закрытой репозиции с интрамедулярным остеосинтезом штифтами, накостный остеосинтез пластинами использовали в основном при закрытых переломах бедра на уровне нижней трети, а чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации производили при сложных оскольчатых переломах бедра на уровне нижней трети и при обширных повреждениях мягких тканей.

Заключение. Восстановление анатомии и функции бедра коленного и тазобедренного суставов без оперативного лечения переломов у большинства пострадавших с сочетанной травмой невозможно. Принципиальным положением является то, что все переломы бедер должны стабилизироваться в раннем периоде травматической болезни

(при наличии объективных условий), до развития осложнений.

Аргументами в пользу такой тактики явились:

- профилактика респираторного дистресс-синдрома, жировой эмболии, тромбоэмболии, сепсиса;
- компенсаторные механизмы пострадавших находятся в наиболее оптимальном состоянии, до развития типичных проявлений травматической болезни;
- возможность создания условий для ранней мобилизации, что облегчит процесс ухода на этапе выведения пострадавших из критического состояния;
- возможность осуществления полноценной экскурсии грудной клетки и диафрагмального дыхания;
- снижение болевого синдрома и уменьшение потребления анальгетиков;
- отсутствие обсеменения кожных покровов госпитальными микробами.

Аргументов против раннего остеосинтеза гораздо меньше:

- при отсутствии полной стабилизации состояния пострадавших;
- трудности в планировании операции из-за высокого риска возможных осложнений;
- недостаточное материально-техническое и профессиональное обеспечение во время дежурства.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ

**Э.Ю. Валиев, Б.Р. Каримов,
А.Дж. Исмоилов, З.Р. Хасанов**

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Материал и методы. За 20 лет в РНЦЭМП было пролечено 91 585 больных с различными по тяжести травмами, повреждения выявляли с помощью современных высокотехнологических неинвазивных и инвазивных методов диагностики, из них 17 345 (18,9%) составили пациенты с сочетанными, множественными, комбинированными повреждениями и политравмой, нами проведен анализ именно этой группы больных. Среди них преобладали лица мужского пола – 11933 (68,8%), молодого трудоспособного возраста (21–50 лет) – 11690 (67,4%). Среди причин травм превалировал дорожно-транспортный травматизм – 11517 (66,4%) чел., кататравма (падение с высоты) была отмечена у 3416 (19,7%) пострадавших.

Для учета сочетаний повреждений в пределах различных анатомо-функциональных зон нами

больные были разделены на 7 групп (Соколов В.А., 2006). Наиболее частым сочетанием была сочетанная черепно-мозговая травма и повреждение ОДА – 42,5%, затем идут множественные переломы конечностей – 16,3% и политравма – 15,0%.

У пострадавших выявлено 34863 повреждения ОДА: на одного больного приходилось в среднем 2,01 повреждения ОДА. Наибольшее количество повреждений приходилось на крупные сегменты конечностей: переломы костей голени – 8611 (24,7%), бедра – 6135 (17,6%), таза – 4253 (12,2%). Простые виды повреждений типа А отмечены у 19524 (56,0%), сложные, типа В и С – у 15339 (44,0%) пострадавших.

Тяжесть травмы при сочетанных повреждениях имела ведущее значение при определении тактики лечения. Наряду с гемодинамическими и лабораторными параметрами нами в качестве оценочной шкалы тяжести травмы использована шкала ISS, согласно которой тяжелое и крайне тяжелое, угрожающее жизни состояние на момент поступления в стационар (16–25 баллов и выше) было отмечено у 11917 (68,7%) пострадавших.

Результаты. При поступлении больного с политравмой лечебно-диагностический процесс организует ответственный хирург. Объем оказания лечебно-диагностических мероприятий строго регламентирован разработанными в клинике стандартами и алгоритмами.

Наиболее острыми и спорными при лечении сочетанных повреждений являются вопросыказания к оперативному лечению повреждений, объем, сроки и условия его проведения. Идеальной является ситуация, когда все повреждения восстановлены при поступлении. Однако, как правило, не всегда это можно сделать из-за тяжести состояния пациента. Если в отношении абдоминальных, торакальных и черепно-мозговых травм, где промедление может привести к гибели пострадавшего, тактика определена, то в лечении травм ОДА остается множество нерешенных проблем.

Опыт ведения больных с сочетанной травмой позволил нам выделить группы операций, выполняемых в остром периоде травматической болезни: неотложные; срочные (второй очереди); отсроченные.

Нами проанализировано лечение 11170 (64,4%) пострадавших: первая, основная группа пациентов, – 4379 (39,2%) чел., которым операция – остеосинтез переломов (одного, нескольких или всех) – произведена в срочном порядке, в первые 3 суток после травмы; вторая группа контроля – 2848 (25,5%) чел., которых в остром периоде лечили консервативными методами, а операцию остеосинтеза выполняли в отсроченном порядке, и третья группа контроля – 3932 (35,2%) чел., которым лечение костей конечностей проводили только консервативными методами.

Критериями эффективности ближайших результатов служили объем, время и качество оказания специализированной помощи больным; изучены показатели летальности, всевозможных осложнений, сроки пребывания больных в стационаре, качество оказания травматологического пособия во всех группах больных с учетом доминирующей патологии.

При изучении отдаленных результатов учитывали степень восстановления функции и трудоспособности больных, время консолидации переломов, сроки временной нетрудоспособности и инвалидности.

В основной группе А средние сроки госпитализации составили 13,2 дня, в контрольных – 17,2 и 8,7 дня соответственно. Среднее пребывание больных с сочетанной травмой в Центре составило 12,4 дня. Качество оказания травматологического пособия мы оценивали как хорошее и неудовлетворительное.

При раннем остеосинтезе множественных и сочетанных переломов число хороших ближайших результатов было несколько выше, а неудовлетворительных – ниже, чем в группе больных, оперативные вмешательства которым были проведены в поздние сроки (74,6 и 66,1%; 25,4 и 33,9% соответственно). Это тем более важно, что ранний остеосинтез чаще производился наиболее тяжелому контингенту больных, в том числе при открытых переломах. При консервативном лечении переломов хорошие и неудовлетворительные результаты составили 66,9% и 33,1% соответственно.

Отдаленные результаты лечения были изучены у 76,9% больных во всех трех группах. Основными критериями оценки считали степень восстановления функции и трудоспособности больных. Кроме того, учитывали время консолидации переломов, необходимость повторных восстановительных или корригирующих операций, сроки временной нетрудоспособности и инвалидности, наличие постоянной инвалидности, обусловленной повреждениями опорно-двигательного аппарата.

В основной группе положительные исходы лечения были несколько выше, чем в контрольных – 80,7 и 78% соответственно, а неудовлетворительные – значительно ниже: 17,3 и 22%.

Нами также была изучена летальность, которая была одним из наиболее значимых показателей, характеризующих эффективность проводимого лечения. Госпитальная летальность составила 9% от всех больных с сочетанной травмой. Этот показатель повышался с увеличением возраста пострадавших, а также при травмах, полученных в результате ДТП и падении с высоты, при наличии черепно-мозговой травмы и повреждениях внутренних органов, особенно при их сочетании. Выявлена прямая зависимость уровня летальности от степени тяжести травматического шока

и черепно-мозговой травмы при поступлении. Большинство 56,9% пострадавших с сочетанной травмой погибли в первые 3-е суток после поступления в стационар. Смертельные исходы, как правило, связаны с тяжестью полученной травмы, в более поздние сроки летальность происходила из-за различного рода осложнений.

Осложнения были зарегистрированы у 25,3% в группе раннего остеосинтеза, в группе позднего остеосинтеза – 39,0%, в группе консервативного лечения – 35,7%. Ведущими из них были гнойно-септические местные и общие осложнения – 53,1%, далее – осложнения в результате нарушения реологических свойств крови в сочетании с микроциркуляторными и трофическими расстройствами – 37,5%. Нами было отмечена прямая зависимость частоты развития осложнений от тактики и сроков оказания травматологического пособия.

Таким образом, залогом успешного лечения больных с сочетанной травмой ОДА на госпитальном этапе является раннее выявление всех повреждений при сокращении сроков и этапов обследования пострадавших, соблюдение лечебно-диагностических алгоритмов и протоколов оказания помощи больным при поступлении, что уменьшает число диагностических ошибок. При определении объема, очередности, характера и сроков выполнения лечебных мероприятий должны учитываться тяжесть состояния пострадавших и доминирующее на момент поступления повреждение. Активная хирургическая тактика в раннем периоде травматической болезни с использованием современных малоинвазивных методов (лапароскопии, видеоторакокопии) и применение атравматичных методов стабилизации повреждений ОДА позволили снизить развитие осложнений, летальные исходы и получить положительные результаты лечения. Внедрение этих принципов возможно только при совершенствовании организационного, материально-технического и кадрового обеспечения.

РОЛЬ РАННЕГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

**Э.Ю. Валиев¹, О.Э. Валиев²,
Ф.Р. Мирджалилов¹, З.Р. Хасанов¹**

**¹Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,**

**²Специализированный научно-практический
центр травматологии и ортопедии**

Цель исследования: изучить результаты применения раннего эндопротезирования тазобедренного сустава у лиц старшей возрастной группы при переломах шейки бедренной кости.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 227 больных с переломами шейки бедренной кости пожилого и старческого возраста, согласно классификации ВОЗ. Все больные проходили лечение в отделениях взрослой ортопедии СНПЦТиО и взрослой травматологии РНЦЭМП в период с 2010 по 2020 г.

Для изучения эффективности тактики и методов этапного лечения, оценки ближайших и отдаленных функциональных результатов лечения были сформированы две группы наблюдений: основная группа – 110 больных, которым выполнено 114 операций первичного эндопротезирования тазобедренного сустава в раннем периоде травмы (до 7 сут.), с использованием разработанных в клинике лечебно-диагностических алгоритмов на всех этапах лечения; контрольная группа – 117 больных, которым также было выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава в поздние сроки (10 сут. и более) и традиционное ведение.

Среди больных преобладали лица женского пола – 146 (64,4%), возраст больных варьировал от 60 лет до 91 года. Наибольшее количество оперированных больных в обеих группах наблюдалась в возрасте от 60 до 80 лет – 183 (80,6%).

Основной причиной травмы у больных основной группы было падение на улице (уличная травма) – 79 (72,2%) больных. Преобладали больные с субкапитальными переломами в обеих группах – 148 (65,2%), затем идут трансцервикальные – 53 (23,3%) и имевшие базальный характер перелома – 26 (11,5%).

В основной и контрольной группах преобладали больные с субкапитальными переломами шейки бедренной кости – 80 (72,7%) и 68 (58,1%) соответственно.

На 227 больных имели место 443 выявленных соматических расстройств, в среднем на одного больного приходилось 1,95 заболеваний.

Результаты и обсуждение. При ретроспективном анализе историй болезней больных с переломами шейки бедренной кости старшей возрастной группы отмечена прямая зависимость выбора тактики и методов лечения в зависимости от возраста, соматического статуса, степени индексов коморбидности, уровня физической активности, уровня операционного риска по ASA, а также в зависимости от типа переломов.

Все обследованные пациенты были прооперированы, во всех случаях было выполнено тотальное эндопротезирование, при этом у 70,2% – бесцементное, у 28,2% – цементное и у 1,6% – комбинированное.

С целью планирования оперативного вмешательства, а именно выбора метода фиксации компонентов эндопротеза, нами была разработана программа для ЭВМ – «Программа выбора метода фиксации эндопротеза у больных с переломами шейки бедренной кости», патент DGU 08242.

Нами была разработана компьютерная программа для ЭВМ: «Программа по профилактике тромбоэмболических осложнений у больных с переломом шейки бедренной кости», патент DGU 07336.

С целью повышения качества проведения реабилитационных мероприятий нами была разработана программа для ЭВМ: «Программа для диагностики биоэлектрической активности мышц бедра и выбора тактики электронейростимуляции у больных с переломами шейки бедренной кости до и после эндопротезирования», получен патент DGU 05920.

При оценке результатов лечения больных в сравнительном аспекте были изучены ближайшие и отдаленные результаты.

Ранние ближайшие результаты лечения больных с переломами шейки бедренных костей были изучены у всех 227 больных (110 – основной и 117 – контрольной групп). Были разработаны критерии оценки ранних ближайших результатов лечения больных пожилого и старческого возраста после эндопротезирования тазобедренного сустава.

С учетом разработанных критериев ближайших результатов в обеих сравниваемых группах в большинстве своем у 204 больных – в 89,5% случаев нами были получены благоприятные (хорошие – 49,3% и удовлетворительные – 40,5%) анатомо-функциональные результаты. Следует отметить, что положительные исходы в основной группе были несколько выше – 93,2%. При этом неудовлетворительные исходы отмечены в два раза меньше, чем в группе сравнения – 6,8% и 14,1% соответственно.

Отдаленный результат оценивали в сроки от 1 года до 6 лет с момента операции. Оценка отдаленных результатов проводили по критериям, выбранным из шкалы Harris W.H. В отдаленном периоде наблюдений в обеих группах отличные результаты были отмечены лишь у 16 (10,4%), хорошие – у 50 (32,4%) и удовлетворительные – у 68 (44,2%) больных. Неудовлетворительные результаты отмечены у 20 (13,0%) больных. Причем отмечено, что при сравнении основной и контрольной групп положительные исходы были несколько выше в основной группе – 88,3% и 85,0% соответственно.

Нами так же изучены показатели результатов лечения в зависимости от исходного уровня состояния костной ткани у рассматриваемых групп больных.

Отмечена прямая зависимость результатов лечения от исходного уровня состояния костной ткани больных. У группы больных с нормальной степенью выраженности остеопороза хорошие результаты преобладали (40,0%) над другими (остеопения – 33,9%, остеопороз – 30,9%).

Правильность выбора тактики в отдаленном периоде от метода фиксации элементов эндопротеза была подтверждена данными проведенного анали-

за. Отмечена прямая зависимость результата лечения при использовании дополнительных средств, усиливающих стабильность фиксации эндопротеза.

Хорошие результаты лечения в отдаленном периоде были получены при использовании цемента с целью фиксации элементов эндопротеза – 60,9%, по отношению к использованию методов бесцементной – 39,1% и комбинированной фиксации – 32,8%.

Таким образом, можем утверждать, что в настоящее время наиболее эффективным и перспективным методом лечения переломов шейки бедренной кости у пострадавших старшей возрастной группы является раннее эндопротезирование тазобедренного сустава, о чем свидетельствуют полученные положительные результаты в процессе проведения научного исследования.

НАШ ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННЫМИ КОСТНО-СОСУДИСТЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Э.Ю. Валиев, Ш.М. Муминов, А.Дж. Исмаилов

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования: провести анализ оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с сочетанными костно-сосудистыми повреждениями нижних конечностей в условиях РНЦЭМП.

Материал и методы. За период с 2001 по 2021 год в отделениях взрослой, детской травматологии и хирургии сосудов с микрохирургией РНЦЭМП был пролечен 151 больной с открытыми и закрытыми сочетанными костно-сосудистыми травмами нижних конечностей. Под термином «костно-сосудистые повреждения» мы подразумевали все открытые и закрытые повреждения, при которых имели место повреждения костей (переломы, вывихи) и повреждения сосудов различного характера. Взрослых мужчин было 113 (74%), женщин – 30 (19,9%), детей обоего пола до 18 лет – 15 (9,9%). 127 (84,1%) больных были доставлены в течение ближайших 1-6 часов после травмы, то есть в сроки, благоприятные для проведения операций. Часть пострадавших – 7 (4,6%) – в срок от 6 до 24 часов, 17 (11,3%) – позднее 1 суток после травмы. Самостоятельно было доставлено 52 (34,4%) больных, по линии СМП – 55 (36,4%), переводом из других клиник – 44 (29,1%).

Результаты и обсуждения. С целью стандартизации методов диагностики и тактики оперативного лечения в данной работе больные с костно-сосудистыми травмами условно были поделены на 4 основные группы: полные ампутации; неполные

ампутации; открытые переломы (вывихи) с нарушением кровообращения; закрытые переломы (вывихи) с нарушением кровообращения.

Были разработаны алгоритмы диагностики и лечения для каждой из представленных групп, за основу которых были взяты уровни и механизмы повреждения. Таким образом, когда имеет место нарушение кровообращения сегмента, наиболее оптимальным является проведение предварительной фиксации (спицами или штифтами) костных отломков, необходимое для проведения этапа реваскуляризации с последующей иммобилизацией конечности наложением аппарата внешней фиксации после закрытия ран.

В плане реваскуляризации предпочтение отдавалось анастомозам конец в конец, как наиболее быстрым, позволяющим максимально сократить время ишемии. В то же время не всегда, даже несмотря на укорочение костных отломков, удавалось сблизить в достаточной степени концы сосудов, что требовало применения аутовенозных вставок. Отношение к данной методике также неоднозначно. С одной стороны, применение свободных трансплантатов в условиях микробного загрязнения раны, да еще с выполнением двух сосудистых анастомозов, чревато высоким риском тромбоза или аррозивного кровотечения. С другой стороны, хотя это и увеличивало длительность операции, но после восстановления адекватного кровотока ни в одном случае не наступило необратимых трофических нарушений в сегменте и не наблюдалось синдрома включения.

Тем не менее, в 14 (9,3%) случаях ввиду значительного разрушения поврежденных сегментов, наличия обширных мягкотканых дефектов была произведена первичная ампутация с формированием культи. Еще в 7 (5,1%) случаях, несмотря на выполнение тщательной ПХО и восстановления адекватного кровотока в поврежденном сегменте, вследствие развития инфекционных осложнений была выполнена реампутация.

Заключение. Показаниями к выполнению первичных реконструктивных операций при открытых сочетанных костно-сосудистых повреждениях конечностей с нарушением кровообращения являются, прежде всего, стабильное общее состояние больного, а также сохранность поврежденного сегмента. Проведение подобного рода операций возможно только в условиях стабильной гемодинамики на фоне применения адекватного обезболивания и массивной инфузионной терапии. При наличии сочетанной травмы при выборе тактики лечения необходимо учитывать доминирующую патологию, приоритет отдается в первую очередь опасным для жизни повреждениям со стороны внутренних органов и ЧМТ. Надежный остеосинтез и восстановление адекватного кровообращения являются главными условиями для сохранения по-

врежденного сегмента конечности и гладкого послеоперационного течения.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОЖГОВОЙ РАНЕ НА 12-Е СУТКИ ПОСЛЕ РАННЕЙ НЕКРЭКТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КУЛЬТИВИРОВАННЫХ АЛЛОФИБРОБЛАСТОВ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Т.А. Вервекина, А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов, У.Р. Камилов, А.Д. Фаязов, А.С. Чарышникова, Н.А. Цисерова

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз, Центр переводовых технологий при Министерстве инновационного развития РУз

Введение. По данным ВОЗ, ожоги, по частоте возникновения экстремальных ситуаций, занимают третье место среди травм, а в некоторых странах, например в Японии, – второе место, уступая лишь транспортной травме. Ежегодно в мире ожоги тяжелой степени являются причиной смерти около 180 000 человек. Несмертельные ожоги ежегодно регистрируются у 11 миллионов человек и являются ведущей причиной заболеваемости при ожогах, включая длительную госпитализацию и инвалидизацию пациентов. Снижение уровня летальности и улучшение качества жизни пациентов с данной патологией невозможно без углубления теоретических знаний, основанных на изучении морфологических изменений органов и систем в эксперименте.

Цель. Оценить морфологические изменения кожи в различных зонах поражения при использовании культивированных клеток в местном лечении ожоговых ран в эксперименте.

Экспериментальные исследования выполнялись в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Международные рекомендации по проведению медико-биологических исследований с использованием животных» (2000 г.). При этом под изофлурановым наркозом производилось удаление шерстяного покрова путем нанесения крема для депиляции. После этого наносится термический ожог путем прикладывания стеклянной мензурки, наполненной кипятком и находящейся в водяной бане, на предварительно депилированную кожу на спине животного. Диаметр дна мензурки – 3,5 см, экспозиция – 10–12 секунд. На 7–9 сутки после травмы под эфирным наркозом производилось иссечение некротических тканей острым путем, после чего производилось обкалывание раневой поверхности с введением взвеси клеточной культуры. Глубина обкалывания – 3–4 мм, объем вводимой взвеси – 0,3 мл, плотность – 1 инъекция на 0,5 см².

На 12-е сутки под общей анестезией производилось иссечение мягких тканей на раневой поверх-

ности в виде квадрата с площадью 3×3 мм. Острым путем иссекали раневую поверхность с частичным охватом подкожно-жировой клетчатки. Взятый материал фиксировали путем помещения во флаконы с 10% раствором формалина для проведения морфологического исследования.

Результаты исследования. Центральные участки представлены зонами некроза и тканевым детритом с воспалительным инфильтратом, образованным преимущественно нейтрофильными и сегментоядерными лейкоцитами. Под тканевым детритом определялась фиброзная ткань с полями незрелой и зрелой грануляционной ткани, обилием фибробластов, обширными зонами новообразованных сосудов. Тканевой детрит и фиброзная ткань разделены широкой полосою отека с лейкоцитарной инфильтрацией. Под фиброзной тканью расположены сохранившие структуры элементов дермы с утолщением волокон, умеренным межуточным отеком и очаговой воспалительной инфильтрацией нейтрофильными и сегментоядерными лейкоцитами, а также очагами лимфо- и плазмочитов в периваскулярном пространстве. Гиподерма представлена жировой тканью с признаками отека и умеренной воспалительной инфильтрацией. Фрагменты периферической зоны забирались для исследования с захватом как пораженной, так и прилежащей, макроскопически неизменной, кожей. В полученном материале при микроскопическом исследовании визуализировались участки некротизированной и сохранившей структуру слоев кожи, с присутствием элементов эпидермиса, дермы с придатками кожи, гиподермы, мышечной ткани. В зоне некроза определялся тканевой детрит с инфильтрацией нейтрофильными и сегментоядерными лейкоцитами, зоны кровоизлияний и гемосидерина. Под тканевым детритом расположена дерма, образованная грубыми волокнами с выраженным межуточным отеком, единичными волосными фолликулами и очаговой лимфо-плазмочитарной инфильтрацией в глубоких отделах. Гиподерма представлена жировой тканью с признаками отека и незначительной мононуклеарной воспалительной инфильтрацией. В эпидермисе пограничной зоны имели место отёк, разрушение базального слоя, признаки вакуольной дистрофии в шиповатом слое. На поверхности эпидермиса – тканевой детрит.

Вывод. Наличие в зоне поражения зрелой грануляционной ткани с обилием фибробластов указывает на прогрессирование фазы пролиферации с развитием репаративных процессов в более ранние сроки от момента некрэктомии и дает основание для прогнозирования положительной динамики в лечении пациентов с ожогами.

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОТРАВЛЕНИЯ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ

П.П. Гавриков, Б.Б. Яцинюк, А.А. Соколова

**КУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Бюро судебно-медицинской экспертизы»**

В научных изданиях Е.А. Лужникова (2014), Ю.Н. Остапенко и соавт. (2014), руководствах и пособиях Е.Ю. Бонитенко (2013), Р. Хоффмана с соавт. (2010) представлены эпидемиология, клинические проявления заболевания, судебно-медицинская и судебно-гистологическая экспертиза, химико-токсикологическая диагностика и танатогенез токсического действия метанола. Введенный в действие приказ Минздрава РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» позволяет оценить качество оказания помощи при нозологических формах заболеваний.

Целью исследования являются анализ временных этапов оказания помощи пациенту А. с отравлением метанолом, действия специалистов в медицинских организациях ХМАО-Югры. Для оценки оказания помощи пациенту А. использовали приказ Минздрава РФ от 10.05.2017 № 203н, подпункт 3.18.6 (24 пункта критериев) «Критерии качества специализированной помощи взрослым при токсическом действии алкоголя». Пациент А. был одним из пострадавших ($n=16$), у которых 08–09.01.22. в одном из населенных пунктов (пгт Кондинское) ХМАО-Югры диагностировано отравление метиловым спиртом. Получены анамнестические данные – пострадавший А. в течение 3-х дней употреблял алкоголь – водку «Царская охота» (без акцизных знаков). 09.01.22 наблюдалась слабость. При поступлении в участковую больницу (УБ) (09.01.22, 21:21) констатировано угнетение уровня сознания до оглушения, психомоторное возбуждение, гипотензия, респираторная недостаточность. Прием вызова КУ «Центр медицины катастроф» – 09.01.22 в 22:30, медицинская эвакуация начата 10.01.22, в 01:35 – поступление в многопрофильную медицинскую организацию (ММО) БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница» (г. Ханты-Мансийск) 10.01.22, в 03:15 – осмотр анестезиологом-реаниматологом и токсикологом при поступлении. Таким образом, временной период от поступления в УБ до начала оказания специализированной помощи в ММО составил около 6 часов. Из них маршрутизация авиатранспортом (вертолет Ми-8) составила 2 часа 20 минут. При поступлении в ММО установлен предварительный диагноз: Т51.1 (токсическое действие мета-

нола) + СПОН (недостаточность функций ЦНС; острая респираторная недостаточность; сердечно-сосудистая недостаточность; нарушения КШБ и ВЭР (рН – 6,9, HCO_3^- – 6,1 ммоль/л, сBase – 25,4 ммоль/л, лактат – 11,9 ммоль/л). Дезинтоксикационная и антидотная терапия (этиловый алкоголь) начата в течение 1-го часа. Данные токсико-химического исследования (ТХИ) – обнаружен метиловый спирт: в крови – 1,7 ‰, в моче – 2,5 ‰ (получение результата через 1 час 30 мин от момента поступления). Начало острого гемодиализа – через 2 часа 30 мин. Контроль концентрации токсиканта после диализа: в крови – 0,2 ‰, в моче – 0,4 ‰. Через 28 часов после поступления в ММО, при проведении ТХИ, в крови метиловый спирт не обнаружен, в моче его концентрация составила 0,04 ‰. Биохимические исследования уточнили уровень показателей (общий белок – 57,5 г/л; альбумины – 30,8 г/л; креатинин плазмы – 158,0 мкмоль/л; мочевины крови – 2,0 ммоль/л; Mg^{2+} – 0,52; Ca^{2+} – 1,18; K^+ – 5,1; Na^+ – 137, Cl^- – 96,4 (ммоль/л); ЛДГ – 428 Ед/л; АСТ и АЛТ – 256 и 149 Ед/л; гамма-ГТ – 157 МЕ/л; СРБ – 16,2 мг/л). Консультации: офтальмолога, невролога, нефролога. Консилиум состоялся 10.01.2022, в 10:15, обоснован и установлен клинический диагноз. 11.01.22 оценен уровень маркера поражения почек – липокалин-2, uNGAL (16,7 нг/мл). На фоне проводимой терапии СПОН возникло осложнение – ОНМК по геморрагическому типу в таламических областях с 2-х сторон с прорывом в желудочковую систему. Период госпитализации (09.01.22–22.04.2022) составил 103 дня. Сформирован диагноз: Токсическое действие метилового спирта (в крови – 1,7 промилле; в моче – 2,5 промилле) – тяжелой степени. Экзотоксический шок. Токсическая энцефалопатия тяжелой степени (G92) сочетанного генеза (токсическая, последствия двустороннего паренхиматозного кровоизлияния). Тетраплегия. Синдром малого сознания. Вегетативное состояние. Острая респираторная недостаточность (J96.0). Нарушения КЩБ и ВЭБ (E87). Токсическая гепатопатия (T51.1). Внегоспитальная полисегментарная деструктивная пневмония (аспирационная + септическая) у лица с иммуносупрессией (тяжелое течение) (J18). Дренирующийся абсцесс нижней доли правого легкого (высев *Pseudomonas aeruginosa* от 20.01.22). Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован ПЦР (+) от 17.02.2022 (U07.1). Сепсис (в крови определен *Proteus mirabilis* от 28.03.2022). Бактериурия (*Proteus mirabilis* 10^5 от 25.03.22.). Кандидурия (*Candida albicans* от 24.02.22., 14.03.22.). Трахестомы. Канюленоситель. Декубитальная язва крестцовой области, формирующий твердый струп (L89.3).

Анализ оказания помощи на этапах, оценка клинических проявлений, установление предварительного и клинического диагнозов у пациента

А. с отравлением метанолом позволили оценить качество оказания помощи в соответствии с подпунктом 3.18.6. Установленные приказом № 203н критерии качества – временные: осмотры специалистов, назначение опций терапии, лабораторных исследований и исследований, подтверждающих токсическое действие вещества; действия специалистов – интерпретация и анализ полученных результатов исследований, оценка тяжести – позволяют констатировать соблюдение 24 пунктов. Возникшее осложнение – ОНМК, с исходом в вегетативное состояние – предполагает дальнейший уход и лечение пациента А. в медицинской организации по месту жительства с оформлением инвалидности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

Ф.А. Даминов, З.Ю. Тожиев, О.Н. Норкулов

Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный
медицинский университет

В ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП за 2015–2021 гг. было пролечено 57 пациентов от 60 до 90 лет с глубокими ожогами III Б ст. 0,5–20% поверхности тела. Пациентов пожилого возраста (от 60 до 75 лет) было 38, старческого возраста (от 76 до 90 лет) – 19, из них 38 мужчин и 19 женщин. Средний возраст оперируемых пациентов – 68,4 года.

Им было проведено 70 операций, из них: до 5% поверхности тела проведено 32 операции, с ожогом 6–10% – 23 операции, с ожогом 11–20% – 15 операций. Средняя площадь поражения составила 9,7% п.т. Хирургическая некрэктомия (ХН) выполнялась у 29 человек (средняя площадь поражения – 14,3% п.т.), тангенциальное иссечение (ТИГР) – у 21 пациента (средняя площадь поражения – 8,6% п.т.). В группе сравнения – консервативной подготовки ран к аутодермопластике – было 15 пациентов со средней площадью 2,1% п.т. АДП проводилась одномоментно и этапно. Главное условие для одномоментной аутодермопластики – уверенность в радикальности иссечения некротизированных тканей. В группе ХН одномоментная пластика проводилась у 58% пациентов, в группе ТИГР – у 31% больного.

При сравнении эффективности методов лечения лучший средний срок эпителизации ран наблюдался в группе, в которой проводилась хирургическая некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой – $24,1 \pm 1,5$.

При обширных ожогах (более 7% поверхности тела) лучшие результаты показала этапная отсро-

ченная аутодермопластика, где средний срок эпителизации ран составил $31,6 \pm 1,5$.

Средняя летальность среди пациентов пожилого и старческого возраста в группах ХН и ТИГР суммарно составила 4,45%, что сравнительно ниже, чем в группе сравнения с консервативной подготовкой, где показатель равен 5,85%.

Выводы. Проведя анализ сравнительного лечения таких больных, мы пришли к выводу, что некрэктомия с одномоментной АДП дает лучшие клинические прогнозы восстановления кожных покровов для ограниченных ожогов с площадью до 7% п.т. Для лечения же обширных ожогов предпочтительнее некрэктомия с этапно отсроченной АДП. Таким образом, раннее хирургическое лечение позволяет уменьшить сроки восстановления кожных покровов, частоту осложнений и летальность.

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ БАКЛОФЕНОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

В.Т. Долгих, А.Р. Асанов

**НИИ общей реаниматологии им. В.А. Неговского
ФНКЦ РР, Москва, Российская Федерация**

В последние годы наблюдается повышение уровня отравлений миорелаксантами. В нашем исследовании препаратом выбора стал баклофен. Его невысокая цена и доступность привлекла людей, ищущих одурманивающий эффект. Хотя препарат является рецептурным, не все аптеки строго выполняют грамотную процедуру его продажи, а врачи порой легкомысленны в его назначении и часто не сопровождают своего пациента до полного выздоровления. Помимо этого баклофен, для усиления «эйфории», запивается алкогольсодержащими напитками, тем самым вызывая необратимые кардиотоксические эффекты, нередко с летальным исходом.

Цель исследования: выявить функционально-метаболические нарушения сердца под влиянием баклофена. Однако для ее достижения были приняты решения: первое – создать больше групп и второе – улучшить дачу экспериментальных препаратов, тем самым добиться как можно точных результатов.

Материал и методы. Эксперимент проводился на белых крысах-самцах линии Wistar sp. массой до 350 г. За 12 часов до эксперимента животные не получали корм, но имели свободный доступ к воде. При эксперименте руководствовались ГОСТом 33216–2014 – «Руководство по содержанию и уходу за лабораторными животными». Животные не получали дополнительной ингаляционной седации севофлюраном перед дачей препаратов, которые вводились специальным зондом в полость желудка.

Животных разделили на четыре группы: контрольная, в которой животные получали 0,9%

натрия хлорида из расчета 6 мл/кг массы тела; группа, получавшая баклофен в дозе 145 мг/кг с физиологическим раствором натрия хлорида; алкогольная группа, где животные получали внутривенно этиловый спирт 40%; смешанная группа, где животные получали раствор баклофена в 40% этиловом спирте. Далее, в зависимости от уровня сознания, на определенное время всех животных подключали к потоку севофлюрана, (в среднем на 4% с потоком кислорода 2 л/мин) в индукционной камере. На протяжении всего эксперимента животные дышали через маску наркозного аппарата. С целью инвазивного измерения АД, забора проб артериальной крови катетеризировали сонную артерию (катетер РЕ-50). Режим гепаринизации катетеров: введение 0,2 мл р-ра нефракционированного гепарина (50 ЕД/мл) после установки и в дальнейшем – по необходимости. Затем животное переносили на подогреваемую платформу многофункционального монитора MouseMonitor S (INDUS Instruments, США). Целевая центральная температура тела животного – $36,0-37,0^{\circ}\text{C}$).

Результаты исследования. Баклофен в токсических дозах через два часа после энтерального введения вызывает изменения на организменном, органном, клеточном и молекулярном уровнях: нарушает функцию автоматизма и проводимости, вызывает брадикардию, нарушает водно-электролитный баланс организма и кислотно-основное состояние. Морфологически в сердечной мышце выявляются нарушения микроциркуляции в виде стаза, сладжа, периваскулярного отека и кровоизлияний, а также контрактур, глыбчатого распада кардиомиоцитов, их волнообразной деформации и гиперхромного окрашивания ядер; те же, но с более выраженной картиной, изменения возникают у смеси баклофена с алкоголем.

Заключение. Исключив из эксперимента первичную седацию для дачи препарата в пользу специализированного зонда и создав больше экспериментальных групп, мы добились более «чистых» результатов, что позволило достоверно изучить влияние баклофена на сердечно-сосудистую систему.

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ОТКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА

Н.Н. Заднепровский, П.А. Иванов

**ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
Москва, Россия**

Актуальность. Частота повреждений таза может достигать 18% у пострадавших с политравмой и 4% у пострадавших с изолированной травмой. Хи-

хрустчатое восстановление анатомии костей таза и вертлужной впадины является важным критерием для дальнейшего функционального исхода у таких пациентов. Однако прецизионная репозиция плоских костей таза – не всегда выполнимая задача. Прикладывание больших репозиционных усилий к плоским губчатым костям таза с тонким кортикальным слоем может приводить к раскалыванию отломков, «вырыванию» якорных винтов в репозиционных щипцах, что может создавать значительные трудности во время операции. Использование разработанного нами нового способа репозиции – «заборчик» (Palisade technique) – помогает в решении этих проблем.

Цель. Обзор существующих и демонстрация нового способа репозиции переломов плоских костей таза.

Материалы и методы. Проведен анализ 52 пострадавших с переломами таза, пролеченных в отделении сочетанной и множественной травмы НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в период 2018–2021 гг. Пролечено 32 пациента с переломами вертлужной впадины и 20 пациентов с разрывами крестцово-подвздошных сочленений. У 48 пациентов мы применяли стандартные способы репозиции плоских костей таза при помощи асимметричных щипцов King Tong, больших прямых тазовых щипцов, щипцов Farabeuf, Jungbluth, Matta и Weber.

У троих пациентов применили новый способ репозиции с использованием изогнутых малых и средних тазовых щипцов Matta и 3,5 мм кортикальных винтов. В одном случае для репозиции задней колонны вертлужной впадины мы выполнили задний доступ Kocher-Langenbeck. Во втором случае для репозиции боковой стенки вертлужной впадины использовали передний доступ Letournel. В третьем случае для репозиции разрыва КПС использовали боковой доступ Smith-Peterson с остеотомией передне-верхней ости крыла таза.

Для окончательного остеосинтеза применяли комбиаксиальные тазовые пластины Synthes и широкоугольные пластины Stryker, низкопрофильные 1/3 трубчатые пластины, 6,5 и 7,3 мм канюлированные винты и 3,5 мм самонарезающие кортикальные винты. У всех пациентов качество репозиции оценивали по критериям Matta по рентгенологическим снимкам в прямой и косых проекциях.

Результаты. В группе с применением стандартных способов репозиции у 9 (18,6%) пациентов достигли «отличное», у 30 пациентов (62,5%) – «хорошее» и у 9 пациентов (18,6%) – «неудовлетворительное» качество репозиции. Во всех случаях, где мы применили разработанный способ, в одном случае достигли «хорошее» и в двух – «отличное» качество репозиции.

Кроме того, субъективно отмечали более комфортные условия для расположения фиксаторов во

время остеосинтеза, меньшие усилия для выполнения репозиционных маневров.

Заключение. Сложность репозиции переломов костей таза обусловлена многими причинами: особенностью анатомии и губчатым характером костной ткани таза, близостью важных сосудисто-нервных образований в зоне операции, относительно малой площадью костной поверхности в секторе оперативных манипуляций, большими репозиционными усилиями, прикладываемыми к отломкам и т. п. Даже при использовании специальных репозиционных тазовых инструментов не всегда удается достичь цели, что стимулирует хирургов к поиску новых репозиционных техник. Предлагаемый нами способ «заборчик» позволяет выполнять эффективную репозицию плоских костей таза костными щипцами Matta из стандартного набора для тазовой хирургии и 3,5 мм кортикальными винтами.

ДИСЛОКАЦИЯ ЯИЧЕК ПРИ ТРАВМАХ ПЕРЕДНЕГО ПОЛУКОЛЬЦА ТАЗА У МОТОЦИКЛИСТОВ

Н.Н. Заднепровский, П.А. Иванов

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
Москва, Россия

Актуальность. Травматическая дислокация яичек (ТДЯ) – редкое осложнение прямого травматического воздействия в область переднего отдела таза, которая характерна для мотоциклистов после ДТП. Часто ТДЯ не диагностируется сразу после травмы, а выявляется случайно в более поздние сроки. Своевременная диагностика и раннее лечение этой патологии способствуют сохранению половой функции у пострадавших. Поздняя диагностика может приводить к развитию осложнений: ишемии и атрофии яичек, нарушению сперматогенеза и бесплодию. Основными задачами у данной категории пациентов являются: диагностический поиск сопутствующей дислокации яичек, оценка их кровоснабжения и методы вправления.

Цель работы: улучшение результатов лечения у пациентов с травмой переднего отдела таза, осложненной дислокацией яичек.

Материалы. За период с 2019 по 2020 год в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского на лечении находились 69 пациентов мужского пола с тяжелой сочетанной травмой, в составе которой присутствовали переломы костей переднего отдела таза. Из них у 3 мотоциклистов (4,3%) переломы переднего отдела таза сопровождалась дислокацией яичек. Среди них один пострадавший получил повреждения таза – тип В1, и двое – тип В2. Двоим пациентам при поступлении требовалась вазопрессорная поддержка для коррекции нестабильной гемодинамики. Для диагностики дислокации яичек применяли физи-

кальное обследование, КТ с захватом мошонки и УЗИ. Состояние паренхимы яичек и кровотоков оценивали по УЗИ. Всем пациентам с ТДЯ удалось провести закрытое вправление яичек. Всем пациентам с переломами лонных костей выполнили закрытый остеосинтез лонных костей таза блокируемыми штифтами. Лечение пациентов осуществляли совместно с урологом.

Результаты. У одного пациента ТДЯ диагностировали сразу при первичном осмотре, у двоих – только на 5–10 день от момента поступления, по результатам КТ. Во всех случаях смещенные яички локализовались на уровне паха; у одного пациента диагностировали ТДЯ с обеих сторон. У двоих пациентов констатировали сохранение удовлетворительного кровотока придатков и семенных канатиков; у одного пациента наблюдали обеднение сосудистого рисунка как до, так и после вправления вывиха. Пострадавшие не нуждались в орхипексии. Послеоперационный период закрытого остеосинтеза лонных костей штифтами протекал без осложнений.

Выводы. Дислокация яичек – редкое осложнение травмы переднего отдела таза и мошонки, чаще встречающееся у мотоциклистов при ударе промежностью о бак и сочетающееся с переломами лонных костей таза. Из-за сочетанности травмы дислокация яичка может быть распознана с запозданием, что повышает риски его травмирования при операциях на переднем отделе таза, а также способствует развитию атрофии гонад. УЗИ, КТ и МРТ являются главными диагностическими методами для выявления данной патологии. Закрытое низведение яичек должно осуществляться как можно раньше, до формирования плотной гематомы в мошонке. Предпочтение отдается ручному вправлению, а в случае его неэффективности показано выполнение орхипексии, которая, при выраженных местных изменениях мягких тканей мошонки, может быть отсрочена на 1–1,5 месяца.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ СВЯЗИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КОАГУЛОГРАММЫ И ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ КРОВОПОТЕРИ У ПОСТРАДАВШИХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

Е.В. Зиновьев, Д.О. Вагнер, А.Е. Чухарев

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Введение. Коагулопатия относится к часто регистрируемым осложнениям ожоговой болезни. Прогрессирующая тромбоцитопения в сочетании с нарастающим МНО может послужить поводом для отказа от раннего хирургического лечения в пользу

активно-выжидательной тактики, что может быть не всегда оправданным.

Материалы и методы. В исследование были включены 40 пострадавших с глубокими ожогами II–III ст. (МКБ-10), поступивших в отдел термических поражений НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в период с мая 2021 г. по март 2022 г. Средний возраст пострадавших составил 55 лет. Всем пострадавшим выполнялась ранняя хирургическая некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой на 1–6 сутки госпитализации. Фактический объем кровопотери вычисляли с помощью авторской методики:

$$V = m * k1 * 0,001 * \frac{\text{preHb} + \text{TrHb} - p \left(\text{ostHb} * \sqrt{\frac{\text{preHct}}{\text{postHct}}} \right)}{\text{preHb}}$$

V – объем интраоперационной кровопотери в мл;

m – масса тела в кг;

k1 – коэффициент, определяющий вычисление ОЦК по правилу Гилчера (у атлетичных мужчин – 75 мл на 1 кг веса, нормостеничных – 70 мл, астеничных – 65 мл, мужчин с ожирением – 60 мл; атлетичных женщин – 70 мл, нормостеничных – 65 мл, астеничных – 60 мл, женщин с ожирением – 55 мл);

preHb – концентрация гемоглобина в крови за 6–12 часов до операции, в г/л;

TrHb – гемоглобин перелитой трансфузионной среды, вычисляемый по формуле:

$$\text{TrHb} = \frac{V_{\text{tr}} * 340 * k2}{m * 0,001 * k1 * \sqrt{\frac{\text{preHct}}{\text{postHct}}}}$$

postHb – концентрация гемоглобина в крови через 24 часа после операции, в г/л;

Vtr – объем трансфузии в л;

k2 – гематокрит трансфузионной среды (0,7 для Ег-массы, 0,6 для Ег-взвеси и 0,5 для РОЭ);

preHct – гематокрит крови за 6–12 часов до операции, в %;

postHct – гематокрит крови через 24 часа после операции, в %.

Полученный фактический объем кровопотери пересчитывали в относительный, то есть на 1% поверхности тела иссеченного струпа. За 12 часов до запланированной некрэктомии у всех пациентов выполняли забор венозной крови, в которой определяли количество тромбоцитов, МНО и АЧТВ. Полученные данные с помощью коэффициента корреляции Кендалла в программах Microsoft Office Excel 2007 и IBM SPSS Statistics 20.0 сопоставляли с относительным объемом кровопотери.

Результаты. Так как распределение данных относительной кровопотери и показателей коагулограммы отличалось от нормального, то для проведения статистического анализа было принято решение использовать непараметрический коэффициент корреляции Кендалла (τ). Сравнение МНО с объемом кровопотери не показало значимой связи между ними ($r=-0,68, p=0,545, n=40$). Для значения АЧТВ и концентрации тромбоцитов получены аналогичные данные ($r=-0,83, p=0,460, n=40$) и ($r=-0,28, p=0,799, n=40$) соответственно.

Выводы. В ходе нашего исследования нам не удалось подтвердить влияние изменений показателей коагулограммы (в частности, гипокоагуляции) на относительный объем кровопотери, развивающейся при хирургическом лечении пострадавших с глубокими ожогами. Исходя из полученных данных, мы пришли к выводу, что развитие гипокоагуляции не всегда должно рассматриваться как противопоказание к выбору раннего хирургического лечения.

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Е.В. Зиновьев, О.О. Заворотний, Д.В. Костяков

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Показатель роста летальности пациентов с обширными ожогами, несмотря на усовершенствование высокотехнологичной медицинской помощи, в частности хирургии, в Российской Федерации остается на высоком уровне и в 2022 году составил 7,7%. Эти данные демонстрируют необходимость определять вероятность летального исхода на ранних этапах госпитализации с целью своевременной коррекции инфузионной терапии и хирургического лечения. Существующие методы прогноза течения ожоговой болезни, такие как индекс Frank, правило Ваух и пробит-анализ Матвеевко, обладают высокой точностью в отношении прогнозирования благоприятного течения заболевания. Однако в проведенном сравнительном анализе на проспективной независимой выборке из 330 пациентов выявлена низкая точность представленных моделей в прогнозе летального исхода, которая не превышала 60%. Эта особенность объясняется тем, что в современных методах прогноза учитываются основные характеристики ожогов (площадь в % п.т., глубина) и возраст пациента, при этом исключаются из внимания дальнейшие патогенетические изменения, как локально в ране, так и системные, которые и определяют исход травмы.

Разработанная нами модель прогнозирования течения и исхода ожоговой болезни на основе логи-

стической регрессии с пошаговым исключением позволила выявить наиболее достоверные параметры лабораторного и инструментального исследования, а также показатели эффективности инфузионной терапии, которые в совокупности в полученной формуле определяют неблагоприятное течение ожоговой болезни с высокой точностью. При ретроспективном анализе (282 пациента) данный метод показал высокую эффективность для прогноза благоприятного течения/летального исхода при ожоговой болезни, равной 93% и 87% соответственно.

Сравнительный анализ с существующими методами прогноза, такими как индекс Frank, правило Ваух и пробит-анализ Матвеевко на независимой выборке из 330 пациентов с ожоговой болезнью показал, что новая формула обладает высокой точностью, равной 91%, для выздоровления и 85% – при летальном исходе. Полученные данные свидетельствуют о достоверной эффективности разработанной модели.

При разработке практических рекомендаций было выявлено, что при использовании новой модели прогнозирования, помимо прогноза исхода ожоговой болезни, характерного для предшественников, целесообразно оценивать возможность коррекции хирургической тактики лечения (ранней некрэктомии) и инфузионной терапии. В связи с тем, что формула включает в себя показатели объема инфузии, энтеральной регидратации и диуреза, а также площадь глубокого ожога в % п.т., при изменении данных параметров возможно прогнозировать эффективность проводимых лечебных мероприятий как в ранние сроки, так и в отсроченном периоде, отражающиеся на результатах прогноза.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

А.У. Кодиров, Ж.Ж. Тухтаев, М.М. Мамадалиев

Андижанский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Переломы дистального конца плечевой кости в силу своего анатомического расположения и физиологических особенностей локтевого сустава дают значительное количество неблагоприятных исходов и осложнений. Осложнения, возникающие при переломах данной локализации, могут привести не только к длительному нарушению функции конечности, но и к стойкой инвалидности больного.

К наиболее тяжелым осложнениям следует отнести сосудистые расстройства, неврологические нарушения, ограничение движений, вплоть до анкилоза и варусной деформации конечности.

Причиной осложнений могут быть тяжелая травма, тактические ошибки при выборе метода лечения, а также травматические хирургические приемы в лечении данных переломов.

При выборе методов лечения переломов дистального конца плечевой кости, соблюдая принципы доказательной медицины, надо остановиться на малоинвазивных методах, обеспечивающих стабильность остеосинтеза и ориентирование на раннее восстановление функции конечности, что является основным условием регенерации костной ткани.

На наш взгляд, из существующих методик лечения наиболее подходящей является методика внеочагового остеосинтеза по Г.А. Илизарову.

Мы располагаем опытом лечения переломов дистального конца плечевой кости по данной методике у 47 больных. Возраст больных колебался от 18 до 70 лет.

Методика заключается в следующем: Заранее подбирается размер аппарата, монтируется нужная конструкция и стерилизуется. Под общим обезболиванием поврежденная конечность фиксируется на специальном устройстве в физиологическом положении. Под контролем ЭОП осуществляется репозиция костных отломков, проводится спица в локтевой отросток. Двумя перекрестными спицами фиксируется кольцо в плечевом сегменте. С помощью спицы через дистальный отломок или упорную площадку устраняется боковое смещение, после чего в аппарате создается стабильность. Продолжительность фиксации в аппарате – 3–4 недели.

После снятия аппарата проводится реабилитационное лечение, направленное на восстановление функции локтевого сустава.

У всех больных, оперированных изложенной методикой, получены хорошие и удовлетворительные анатомо-функциональные результаты.

Таким образом, для предупреждения осложнений, возникающих в процессе лечения переломов дистального конца плечевой кости, наиболее малоинвазивным и эффективным способом является внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез по Г.А. Илизарову.

АНАЛИЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ТОКСИЧЕСКИЙ ЭПИДЕРМАЛЬНЫЙ НЕКРОЛИЗ» В ОЖГОВЫЙ ЦЕНТР ГБУ «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ» В ПЕРИОД С 2017 ПО 2021 ГОД

*А.С. Коуров¹, Е.В. Зиновьев¹, Д.О. Вагнер^{1,2},
И.В. Кучурка², О.С. Грабко²*

¹ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
г. Санкт-Петербург,

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Минздрава России

Актуальность. Токсический эпидермальный некролиз (ТЭН) является достаточно редким заболеванием, которое характеризуется отслойкой эпидермиса на значительной площади кожного покрова с нередким вовлечением в патологический процесс слизистых оболочек. Успешный результат лечения данного заболевания связан с ранним активным выявлением, правильной маршрутизацией и селективным подбором терапии хронических заболеваний.

Цель: выявить влияние возраста пациентов на исход заболевания.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, поступивших на лечение в ожоговый центр ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» в период с 2017 по 2021 г. с диагнозом «токсический эпидермальный некролиз».

Статистический анализ полученных данных выполняли с помощью программного обеспечения Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты исследований и их обсуждение. Всего за анализируемый период поступило 66 пациентов, из которых 19 (28%) мужчин и 47 (71,2%) женщин. Средний возраст пациентов мужского пола составил $64,3 \pm 4,9$ года, женского – $57,1 \pm 2,9$ года. Среди всех наблюдений количество летальных исходов отмечалось 23 (34,8%): мужчин – 7 (10,6%), женщин – 16 (24,2%). Среди путей маршрутизации пациентов с данным заболеванием отмечались: стационар психиатрического профиля – 4 (6,1%), ОРИТ ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» – 2 (3,1%), СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» (СПб ГБУЗ «ГорКВД») – 29 (43,9%), стационар соматического профиля – 16 (24,2%), стационар инфекционного профиля – 13 (19,7%), СПб ГБУЗ «Диагностический

центр № 7» (глазной) и бригадой СМП после первичного обращения – по 1 (1,5%) наблюдению. В результате выяснения анамнеза заболевания в 15 (22,7%) случаях отмечалось использование антибактериальных препаратов, в 2 (3,1%) случаях выявлено применение венопротективного препарата (Детралекс), в 2 (3,1%) случаях зафиксировано лечение с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов, в 9 (13,6%) случаях пациенты имели злокачественные новообразования, в 3 (4,5%) случаях применялась терапия антагонистами рецепторов ангиотензина II, в 5 (7,6%) случаях отмечался курсовой прием противосудорожного препарата «Ламиктал», в 2 (3,1%) случаях пациенты имели болезнь, вызванную вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), в 2 (3,1%) случаях пациенты отмечали лечение противосудорожным препаратом «Вальпроевая кислота», в 1 (1,5%) случае – использование кожного антисептика для рук, в 1 (1,5%) случае – применение противогрибкового препарата и в 24 (36,4%) случаях не выявлено причинно-следственной связи.

С целью выявления влияния возраста заболевших на летальный исход заболевания использовали непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Среди всех наблюдений возраст заболевших достоверно ($p=0,013$) влиял на летальный исход. Среди пациентов женского пола также отмечено статистически значимое ($p=0,025$) влияние возраста на смертность; напротив, среди заболевших мужского пола статистически значимой разницы ($p=0,21$) не выявлено.

Выводы. Возраст пациентов с диагнозом «Токсический эпидермальный некролиз» оказывает влияние на исход заболевания. С увеличением возраста пациентов отмечалась более частая смертность, что обусловлено наличием хронических декомпенсированных заболеваний.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

*А.Н. Кудрявцев, А.Г. Чижов, А.А. Клеузович,
А.В. Корнеев, М.Р. Чуйко*

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ, Москва, Россия

Современная тактика лечения при ожогах разработана во многом благодаря успехам в изучении патогенеза ожоговой болезни и её осложнений. Изучение функционально-морфологических изменений со стороны внутренних органов и систем пациентов с термической травмой позволило предложить патогенетически обоснованные ме-

тоды хирургической тактики и комплексной интенсивной терапии, включающей своевременную системную антибактериальную, адекватную поддерживающую, усовершенствованную органо-заместительную и широкое использование инновационных экстракорпоральных методов очищения крови. В настоящий момент в нашем арсенале экстракорпоральных технологий имеется большой выбор современных методик: фильтрационных, сорбционных, плазмообменных. Для наилучшего клинического эффекта каждый из методов имеет свое место в структуре патогенеза ожоговой болезни.

Цель: определить оптимальный патогенетически обоснованный метод экстракорпорального очищения крови в зависимости от периода течения ожоговой болезни.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ методов и результатов лечения ожоговой болезни с использованием различных технологий экстракорпорального очищения крови и их комбинаций за период времени с января 2014 г. по декабрь 2019 г. Все пациенты были переведены в Ожоговый центр НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского для проведения высокотехнологической медицинской помощи из других стационаров РФ, в исследование вошли 295 взрослых пациентов с ожогами > 50% общей площади поверхности тела или у которых глубокие ожоги составляли более > 30%, возраст – от 18 до 75 лет. Всем пациентам на различных стадиях ожоговой болезни в комплекс интенсивной терапии по показаниям были включены различные методы экстракорпорального очищения крови.

Результаты. В среднем за год выполнялись процедуры по экстракорпоральному очищению крови у 51 ± 6 пострадавших. Основными мотивами для начала процедуры экстракорпоральной детоксикации являлись, в порядке убывания, сепсис (36,8%), острая почечная недостаточность (23,5%), электролитный дисбаланс (20,6%), гипергидратация (19,1%). При разделении по стадиям ожоговой болезни в стадии ожогового шока проводились экстракорпоральные методы лечения 3 пациентам, ожоговой токсемии – 68 пострадавшим, в период септикотоксемии – 224 больным. Основным методом в структуре экстракорпоральной детоксикации у данной группы больных являлась продленная вено-венозная гемофильтрация (138–16,8%), продленная вено-венозная гемодиализация (91–0,8%), селективная липополисахаридная гемосорбция (34–11,6%), комбинированная гемосорбция цитокинов и ЛПС с гемодиализацией (17–5,8%), селективная плазмосепарация (15–5%). В 70,4% случаев стабилизацию экстракорпорального контура осуществляли инфузией прямых антикоагулянтов под контролем активированного времени

свёртывания (АСТ), в 29,6% случаев проводилась локальная цитратно-кальциевая антикоагуляция.

При ретроспективном анализе клинико-лабораторных данных в большинстве случаев отмечались следующие изменения: нормализация кислотно-щелочного состояния и электролитного состава, стабилизация показателей гемодинамики, достоверное снижение дозировок норадреналина, улучшение оксигенирующей функции легких, выход пациентов из гипотермии или купирование стойкой фебрильной лихорадки с выходом температурных показателей на субфебрильный уровень, эффективно удалялись продукты азотистого метаболизма, уменьшалась гиперосмолярность. Перечисленные изменения отразились на показателях интегральной оценки полиорганной недостаточности. В течение первых суток было получено достоверное снижение баллов по шкале SOFA с 6,5 до 2,0. 28-дневная летальность в этой группе пострадавших от последствия ожоговой травмы составила 14,5%.

Выводы. Интоксикация различными по своему происхождению субстанциями при ожоговой болезни является одним из ведущих патогенетических механизмов развития полиорганной дисфункции. Деградация естественных путей выделения определяется механизмом ожоговой травмы и неадекватным или несвоевременным лечением.

Удаление пиковых уровней про- и противовоспалительных медиаторов, эндотоксинов и стабилизация внутренних констант организма при проведении инновационных экстракорпоральных технологий в различные стадии ожоговой болезни позволяют стабилизировать состояние пациентов, а в некоторых случаях предотвращают дальнейшее прогрессирование нарушений в функциях органов и тканей. Применение методик экстракорпоральной детоксикации приводит к снижению летальности у ожоговых больных при осложнённом течении ожоговой болезни.

О РОЛИ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ

А.Н. Лодягин, А.А. Медведев, Л.Е. Андрианова

**Государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский
научно-исследовательский институт
скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»**

По данным ВОЗ, более 15–20% среди всех пациентов, поступающих в стационары по экстренным показаниям, составляют пациенты с острыми отравлениями (Борисевич С.Н., 2012). Важнейшим направлением диагностики острых отравлений, позволяющей также правильно выбрать метод

детоксикации и антидотной терапии, является идентификация токсичного вещества (Илларионова Е.А., Сыроватский С.П., 2014).

В связи с актуальностью проблем, связанных с диагностикой острых отравлений, были изучены методики и результаты исследований по выявлению острых отравлений в химико-токсикологической лаборатории ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. Химико-токсикологическая лаборатория является подразделением отдела клинической токсикологии, работающим в круглосуточном режиме. В данном подразделении проводятся исследования с целью диагностики отравлений, а также для контроля эффективности детоксикационной терапии. Следует отметить, что сотрудниками лаборатории проводятся экспресс-анализы по определению психотропных веществ, наркотических средств, этанола и его суррогатов для всех отделений ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе и других медицинских организаций города.

При проведении аналитической диагностики наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств и психотропных и других токсических веществ исследование проводится в два этапа: предварительное иммунохроматографическое исследование и подтверждающее исследование с использованием хромато-масс-спектрометрического оборудования.

В 2020 году в лаборатории было выполнено 119769 химико-токсикологических исследований. Среди всех химико-токсикологических исследований исследования на наличие наркотических и психотропных веществ составили 71,8% (85 976 исследований). Положительный результат был получен в 19307 исследованиях (22,5%).

Среди этих исследований наибольший удельный вес положительных результатов выявлен в исследованиях на наличие ГОМК (гамма-оксимасляной кислоты) – 42,6%, метадона – 37,7% и PVP (альфа-PVP производного N-метилэфедрона) – 35,3%.

Менее значительной оказалась доля положительных результатов в исследованиях на наличие ТГК (11-нор-дельта 9-тетрагидроканнабиноловой кислоты) – 12,9%, амфетамина (10,3%) и метамfetamina (7,7%).

При выполнении исследований на выявление опиатов положительные результаты были получены в 1,9% случаев.

Эти данные необходимо учитывать при планировании работы химико-токсикологической лаборатории, а именно – учитывать трудозатраты сотрудников, расход реактивов и нагрузку на оборудование лаборатории.

Чтобы справиться с данным объемом исследований, в лаборатории организовано два поста: один круглосуточный пост в составе врача клинической лабораторной диагностики и фельдшера-лаборан-

та и один дневной в составе врача клинической лабораторной диагностики и фельдшера-лаборанта. Основываясь на полученных статистических данных за предыдущий год, производится закупка реактивов и расходных материалов на следующий год. Кроме того, оценивается нагрузка на аналитическое оборудование лаборатории (газовые хромато-масс-спектрометры GCMS 2010 Ultra, GCMS 2020 и жидкостной хромато-масс-спектрометр LCMS 8050) и прогнозируется необходимое техническое обслуживание, в том числе с привлечением сервис-инженеров.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Н.Н. Лукогорская¹, В.В. Хоминец²,
И.М. Барсукова^{1,3}, М.Н. Степанова¹

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Российская Федерация,
²Министерство здравоохранения Рязанской области, г. Рязань, Российская Федерация,
^{1,3}Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Российская Федерация

Ультразвуковая диагностика (УЗД) как часть функциональной диагностики (ФД) – неотъемлемая составляющая неотложной медицины, поскольку широко применяется с целью раннего выявления патологии, дифференциальной диагностики различных заболеваний и контроля эффективности лечебно-диагностических мероприятий, является важной частью основных направлений клинической медицины – терапии, хирургии, педиатрии, а также узких специальностей – кардиологии, гастроэнтерологии, пульмонологии, неврологии, нейрохирургии, ангиологии, акушерства и других. Особенно возрастает ее роль в период пандемии. УЗИ выполняют врачи УЗД. Однако ею владеют и иные профильные специалисты.

Целью исследования было изучить объемы УЗ-исследований в Российской Федерации за период 2014–2021 гг., использованы материалы федеральной государственной статистики – ФСН № 30, 2014–2021. Применялись статистические и аналитические методы.

Результаты исследования. Согласно данным официальной статистики, в стране ежегодно выполняется более 137,5 млн (138 915 628±9 332 200) УЗ-исследований. Их число имеет значительные колебания, связанные, в первую очередь, с пандемией коронавирусной инфекции: 151,7 млн исследований в 2019 г. и 122,0 млн в 2020 г. (в период разгара пандемии коронавирусной инфекции) – снижение числа исследований на 3,0 млн (19,6%).

Около треть указанных объемов УЗИ (26,7%) приходится на УЗИ органов брюшной полости, включая гепатобилиарную систему, селезенку, мезентериальные лимфоузлы (39 685 575,9±3 338 908) с существенным снижением числа исследований в 2020 году (на 5,7%; до 32,6 млн). На втором месте по частоте проведения – УЗИ почек, надпочечников, забрюшинного пространства и мочевого пузыря (16,3%; 23 430 186±1 775 700) и УЗИ женских половых органов (16,1%; 23 382 633,1±1 594 047), со снижением их числа до 22,5 млн (на 14,5%) и 22,2 млн (на 39,1%) в 2020 году соответственно. На третьем месте – УЗИ сердечно-сосудистой системы (13,8%; 20 910 819±3 162 383) со снижением числа до 16,3 млн в 2020 г. (на 155,5%).

Наиболее существенным было снижение объемов УЗ-исследований, связанных с плановой формой оказания медицинской помощи, что обусловлено было как снижением плановой госпитализации, так и объемов плановой медицинской помощи в период пандемии. Такими УЗИ в 2020 г. были (в порядке убывания): эндосонографические исследования (–212,9%), УЗИ предстательной железы (–210,5%), УЗИ сердечно-сосудистой системы (–155,5%), интраоперационные исследования (–78,3%), УЗИ костно-мышечной системы (–77,3%), УЗИ глаза (–48,4%) и др. Эти явления наблюдались в период значительных карантинных мероприятий, особого санитарно-эпидемиологического режима (изоляции, ограничения контактов пациентов и персонала, высокой заболеваемости населения и медработников).

При этом нельзя не отметить рост УЗИ органов грудной клетки (кроме сердца): вилочковой железы, легких, плевральной полости, внутригрудных лимфоузлов на 96,6% (2014–2021), что также обусловлено особенностями патологии ковидного периода – поражением легких и поиском эффективных и доступных методов диагностики.

Заключение. Таким образом, роль УЗД в неотложной медицине значительна, она возрастает в период пандемии. Новый профессиональный стандарт врача скорой медицинской помощи (СМП) содержит требования к специалисту СМП оказывать СМП как вне медицинской организации, так и в стационарных условиях (Пр. Министерства труда и соц. защиты РФ от 14.03.2018 № 133н). Закрепление в перечне навыков УЗД требует переоценки профессиональных компетенций врача СМП, что соответствует общемировому тренду развития специальности (Kayden S. et al., 2015; Cameron P. et al., 2015). Возможности такого специалиста в лечении пациентов с нарушенными витальными функциями открывает перспективы его самостоятельной работы как в режиме повседневной деятельности, так и в ЧС (Полушин Ю.С., 2019).

Врачи СМП стационарного этапа при регулярном использовании УЗД в объеме скрининговых

исследований допускали минимальное количество неправильных заключений (не более 3,9%) (Теплов В.М., 2022). Эти профессиональные компетенции также позволяют обеспечить эффективный прием пациентов при перепрофилировании стационарного отделения СМП в инфекционное для пациентов с новой коронавирусной инфекцией.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ УКУСАХ КАРАКУРТА

А.Ф. Махмудов, Д.М. Юсупова

Ферганский филиал РНЦЭМП

Каракурт (лат. *Latrodectus tredecimguttatus*), или степной паук, – из рода черных вдов. Так называют пауки, съедающие после спаривания своих самцов. Каракурт имеет среднюю величину: самка – 10–20 мм, самец – 4–7 мм. Тело – черное, на брюшке – красные пятна, иногда с белым окаймлением вокруг каждого пятна. Полностью половозрелые особи приобретают черный цвет, с характерным блеском. Яд каракурта содержит нейротоксины белковой природы (геалуронидаза, кининаза, холинэстераза). Яд поражает мембраны двигательных окончаний нейронов в нейромышечных синапсах, а также вызывает выделение ацетилхолина и норадренина (адреналина).

В момент укуса чаще всего ощущается мгновенная жгучая боль, уже через 15–30 минут распространяющаяся по всему телу. Иногда больные не чувствуют боль на месте укуса. Обычно больные жалуются на невыносимые боли в области живота, поясницы грудной клетки. Характерно резкое напряжение мышц брюшного пресса. Среди симптомов общего отравления: одышка, сердцебиение, учащение пульса, головокружение, головная боль, тремор, рвота, потливость, бледность или гиперемия лица.

Неотложная помощь должна начинаться сразу после укуса. П.И. Мариковский предложил прижигание укушенного места воспламеняющейся головкой спички, но обязательно не позднее двух минут после укуса. От нагревания не успевший всосаться яд разрушается, так как паук прокусывает кожу своими челюстями на глубину всего 0,5 мм. В любом случае, необходимо обеспечить оказание медицинской помощи.

В токсикологическом отделении Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицины за 2017–2020 годы пролечились 53 больных с укусами каракуртов. Возраст больных – от 2 до 75 лет. Среди них женщин было 23 (45%), мужчин – 30 (55%). Для лечения почти у всех (49) больных применяли против яда каракурта сыворотку Ташкентского ООО «UZBIOPHARM». Сыворотка выпускается по 250 АЕ. Во избежание анафилактического шока сыворотку вводили дробно: вначале – 0,1 мл подкожно, при отсутствии реакции

через 10–15 минут вводили 0,25 мл, через 15–20 минут – всю остальную дозу внутримышечно или при тяжелых случаях внутривенно капельно на физиологическом растворе. Перед введением первой дозы сыворотки пострадавшему делали инъекции преднизолона и антигистаминного препарата. В зависимости от тяжести состояния больных они получали от одной до четырех доз сыворотки. У 7 больных добились успеха без применения сыворотки, так как они поступили без выраженных симптомов отравления вследствие того, что их укусила паука в раннем (май) или в позднем месяце (сентябрь) миграции каракуртов. Кроме сыворотки против яда каракурта пострадавшие получали спазмолитики, наркотические анальгетики, препараты кальция и магния и инфузионную терапию. Благодаря своевременно оказанной помощи и рациональному использованию сыворотки против яда каракурта нам удалось достичь стопроцентного выздоровления пострадавших от укуса каракурта.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОСТРЫХ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЗА 2019–2021 ГОДЫ ПО ФРНЦЭМП

А.Ф. Махмудов, А. Исмаилов, Д.М. Юсупова

Ферганский филиал РНЦЭМП

Острые медикаментозные отравления занимают одно из ведущих мест в структуре отравлений. По уровню летальности суициды при самоотравлениях находятся на втором-третьем месте, уступая самоповешениям. Если в США и в странах ЕС преобладает тенденция к увеличению суицидальных отравлений синтетическими наркотиками и каннабиноидами, то в Узбекистане и в частности по Фергане суицидальные попытки совершаются приемом различных групп лекарств: психотропных препаратов, димедрола и др. Доля лекарственных препаратов составляет более 65% от всех случаев.

Нами проведен ретроспективный анализ годовых отчетов отделения токсикологии и реанимации ФРНЦЭМП за 2019–2021 годы. Число больных с медикаментозными отравлениями составило за 2019 год 582 (52%) больных из общего числа отравлений 1102, в 2020 году общее количество отравлений составило 1008 больных, из них количество больных с острыми медикаментозными отравлениями составило 552 (54%), за 2021 год – 466 (47,9%) больных медикаментозными отравлениями из общего числа отравлений 987.

Причины отравлений самые разные: если в детском возрасте это носит часто ошибочный или случайный характер, то у подростков и взрослых это нерешенные социально-материальные проблемы, сложные отношения в семье, в коллективе и т.д. При реализации суицидальных тенденций преобладает прием медикаментов.

Мы разделили всех больных по типу, какими медикаментами отравились, на несколько групп: 1-я группа – больные, принимавшие психотропные препараты; 2-я группа – принимавшие димедрол; 3-я группа – больные, принимавшие 2 и более препаратов, т.е. комбинированные отравления; 4-я группа – отравления другими препаратами (спазмолитики, антибиотики, витамины и др.).

Основное количество медикаментозных отравлений совершается женщинами. За три года было всего 1481 медикаментозное отравление. Из них женщин было 1382 (93%), мужчин – 99 (7%). За три года количество медикаментозных отравлений немного уменьшилось, но всё же занимает первое место среди отравлений. Препараты для совершения суицидальных попыток больные обычно покупали в аптеках без рецепта или нашли у себя в домашних аптечках. Очень большой процент отравлений составляют отравления таблетками димедрола. В 2019 году – 161 случай (30%), в 2020 году – 130 случаев (23%), в 2021 году – 143 случая (36%). Если учесть, что при некоторых комбинированных отравлениях тоже присутствуют таблетки димедрола, то этот процент будет еще больше. Как показал опрос врачей различных специальностей, таблетки димедрола как антигистаминное средство никто не назначает. Сейчас синтезирована масса новых антигистаминных препаратов нового поколения. Народ их в основном принимает как снотворное средство.

Вывод. Запретить на законодательном уровне, как во всех цивилизованных странах, продавать в аптечной сети без рецепта препараты, которые могут применяться в суицидальных целях, особенно психотропные и сильнодействующие препараты.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ НАРУШЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ш.М. Муминов, О.Н. Низов, Т.Р. Минаев, А.Б. Хакимов, Дж.Х. Давлатов, А.А. Ташходжаев, Д.А. Худойназаров, Х.Р. Суванов, М.Ж. Йулдашев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

По данным ряда авторов (Агаджанян В.В., 2012; Баубеков М.Б., 2010; Каримов Э.А., 1992; Костырной А.В., 2017; Feliciano D.V., 2011 и др.), закрытые переломы конечностей сопровождаются вторичными поражениями магистральных артерий и вен в 1,7-2% случаев. В то же время открытые костно-суставные повреждения верхних конечностей сочетаются с травмами магистральных сосудов более чем в 32,6% случаев.

За период с 2001 по 2021 год в РНЦЭМП было пролечено 548 больных с тяжелыми сочетанными (костно-сосудистыми) повреждениями верхних конечностей. Мужчин было 455 (83%), женщин – 93

(17%). При этом детей в возрасте 1–17 лет было 109 (19,9%), больных наиболее трудоспособного возраста (от 18 до 60 лет) – 392 (71,5%), больных в возрасте старше 61 года – 47 (8,6%). У всех пациентов имели место повреждения магистральных сосудов с той или иной степенью нарушения кровообращения дистальных отделов конечностей. По уровню повреждения травмы были распределены следующим образом: на уровне плеча – 270 (49,3%) больных, предплечья – 229 (41,8%), кисти и лучезапястного сустава – 49 (8,9%). Кроме того, у 12 (2,2%) больных имело место сочетание с черепно-мозговыми травмами и повреждениями внутренних органов.

Большинство больных – 387 (70,6%) – поступили в Центр в течение первых трех часов после травмы, то есть в наиболее благоприятный промежуток времени для выполнения реконструктивных операций. По линии СМП были доставлены 252 (46%) больных, на попутном транспорте (без оказания первой медицинской помощи) – 169 (30,8%), направлены из других больниц – 127 (23,2%) больных. При этом у 142 (25,9%) больных травмы сопровождались травматическим шоком I степени, у 86 (15,7%) – шоком II степени, у 45 (8,2%) – шоком III степени, у 275 (50,2%) травматического шока не было.

Общие методы обследования включали в себя сбор жалоб и анамнеза, внешний осмотр, данные гемодинамики (пульс, АД), общеклинические анализы, ЭКГ, рентгеноскопию грудной клетки. При необходимости проводился осмотр смежными специалистами (травматологом, нейрохирургом, торакальным или абдоминальным хирургами).

Кроме того, всем 548 больным была выполнена пульсоксиметрия и рентгенография поврежденных сегментов, ЦДС выполнено 140 (25,5%) больным, артериография – 9 (1,6%) больным.

Восстановительные вмешательства были выполнены 477 (87%) больным, первичная ампутация – 71 (13%); при этом причинами последней являлись: шок III–IV степени, отсутствие условий для проведения реконструктивной операции (выраженное размоложение сегментов), наличие тяжелой сопутствующей травмы (органов грудной и брюшной полости, тяжелая ЧМТ). Остеосинтез выполнен 477 (87%) больным. При этом в качестве металлофиксаторов в 402 (84,3%) случаях были использованы спицы, в 45 (9,4%) – штифты, в 12 (2,5%) – стержневые аппараты, в 18 (3,8%) был выполнен ВКДО аппаратом Илизарова.

Реконструктивные операции на сосудах были проведены 447 (81,6%) больным. В 283 (63,3%) накладывались анастомозы узловыми швами конец в конец, в 79 (17,7%) – непрерывным циркулярным швом; аутовенозное протезирование было выполнено в 23 (5,1%) случаях, боковой шов был наложен в 30 (6,7%), артериолиз был выполнен в 32 (7,2%)

случаях. У 30 (6,3%) больных при повреждении только одной из двух артерий на предплечье, с учетом полной компенсации кровообращения в конечности, выполнено лигирование сосудов.

Из 477 выполненных реконструктивных операций положительные результаты были достигнуты в 442 (92,7%) случаях. В 35 (7,3%) случаях развились следующие осложнения (проценты приведены от общего числа осложнений): тромбоз аутовенозной вставки – в 4 (11,4%), тромбоз артериального анастомоза – в 6 (17,1%), венозный тромбоз (пролеченный консервативно) – в 2 (5,7%), вторичный неврит – в 5 (14,3%), контрактура Фолькмана – в 1 (2,9%), краевые некрозы кожи, вторичное заживление – в 8 (22,9%), нагноение ран, обширные некрозы кожи и мягких тканей, ампутация сегмента – в 5 (14,3%), ишемический некроз сегмента, повлекший за собой ампутацию – в 2 (5,7%), аррозивное кровотечение – в 2 (5,7%) случаях.

Выводы. Анализ полученных результатов показал, что, несмотря на всю сложность сочетанных костно-сосудистых повреждений верхних конечностей, восстановительные вмешательства были выполнены у 87% больных.

Количество благоприятных исходов после реконструктивных операций достаточно велико – 92,7% случаев, что коррелирует с опубликованными данными, касающимися других специализированных клиник мира.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН

*Ш.М. Муминов, Э.Ю. Валиев, Б.П. Хамидов,
Д.Л. Ким, Д.Д. Алимухамедов*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить эффективность симультанных операций у больных с переломами костей нижних конечностей, осложненными тромбозами глубоких вен.

Материал и методы. Проведен анализ результатов 21 оперированного больного в возрасте от 52 до 75 лет со скелетной травмой, осложненной эмболоопасными тромбозами глубоких вен нижних конечностей и таза, которым были выполнены симультанные операции в отделениях сосудистой хирургии и травматологии РНЦЭМП за период с 2017 по 2021 год.

У всех больных после полученной травмы через некоторое время развился тромбоз глубоких вен. Из них у 13 (61,9%) диагностирован закрытый перелом шейки бедренной кости со смещением костных отломков, у 5 (23,8%) – закрытый субкапитальный

перелом шейки бедренной кости, у 2 (9,5%) – закрытый перелом надколенника с расхождением костных фрагментов и у 1 (4,8%) – полифокальный перелом костей таза справа.

Надо отметить, что в этой группе всех больных первоначально вели консервативно, с использованием иммобилизации пораженных конечностей, на фоне приема прямых антикоагулянтов. Сроки тромбозов глубоких вен варьировались от 7 до 12 дней после полученной травмы.

По результатам обследования в 19 (90,5%) случаях (17 пациентов с закрытым переломом шейки бедренной кости, 1 пациент с полифокальным переломом костей таза справа и 1 пациент с закрытым переломом надколенника) выявлен илиофemorальный венозный тромбоз и в 2 (9,5%) случаях (1 пациент с закрытым переломом шейки бедренной кости и 1 пациент с закрытым переломом надколенника) выявлен тромбоз на уровне бедренной вены. Следует отметить, что во всех случаях тромбоз глубоких вен наблюдался именно на стороне скелетной травмы и имел эмболоопасный характер.

Больным проведена симультанная операция. Следует подчеркнуть, что первым этапом во всех случаях проводилась хирургическая профилактика ТЭЛА вторым этапом – восстановление целостности скелета. Выполнены следующие операции: клипирование НПВ и тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава эндопротезом BG «Италия» – 9; клипирование НПВ и закрытая репозиция перелома шейки бедренной кости с остеосинтезом компрессирующими винтами – 8; клипирование НПВ и открытое ушивание надколенника – 1; пликация НПВ и погружной остеосинтез костей таза пластинами АО – 1; перевязка бедренной вены (рассасывающимся шовным материалом) ниже впадения ГВВ и открытое ушивание надколенника – 1; перевязка бедренной вены (рассасывающимся шовным материалом) ниже впадения ГВВ, открытая репозиция и интрамедуллярный остеосинтез правой бедренной кости штифтом с блокированием – 1.

В послеоперационном периоде осложнений в данной группе не было. Данная тактика позволяет в более ранние сроки выполнить операцию, направленную на профилактику ТЭЛА и стабилизацию костей, избежать повторного применения анестезиологического пособия больным, позволяет активизировать пациентов в раннем послеоперационном периоде.

Выводы:

Выполнение симультанных операций в условиях функционирования службы экстренной медицинской помощи, проводимых у пациентов со скелетной травмой в сочетании с тромбозом глубоких вен нижних конечностей и таза, позволяет ликвидировать не только высокий риск тромбоземболии легочной артерии, но и создает условия для ранней активизации больных и реабилитации.

При возникновении осложненных форм острого венозного тромбоза в сочетании со скелетной травмой оптимальным методом профилактики ТЭЛА является симультанная хирургическая коррекция.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ УКСУСНОЙ ЭССЕНЦИЕЙ

*Ш.У. Муминов, К.С. Кенжемуратова,
К.Э. Матякубов*

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. Мы располагаем опытом интенсивной терапии отравлений уксусной эссенцией у 215 больных, которые лечились в отделении токсикологической реанимации Самаркандского филиала РНЦЭМП.

Лечение отравлений уксусной кислотой состоит из быстрого удаления прижигающего вещества из желудочно-кишечного тракта, местного лечения химического ожога и коррекции нарушений функций органов и систем.

Результаты и обсуждения. Мы считаем, что при отравлении прижигающими жидкостями беззондовое промывание желудка с искусственным вызыванием рвоты крайне опасно, поскольку повторное прохождение кислоты по пищеводу усиливает его ожог. Кроме того, при этом существует опасность аспирации прижигающей жидкости.

Применение раствора гидрокарбоната натрия с целью нейтрализации уксусной эссенции недопустимо, так как вызывает острое расширение желудка образующимся углекислым газом и усиление кровотечения.

В качестве нейтрализующего средства можно использовать жженую магнезию или алмагель внутрь с последующим промыванием желудка.

Лечебные мероприятия в отделении были направлены прежде всего на нормализацию сердечно-сосудистой деятельности и дыхания, коррекцию кислотно-основного состояния крови. Инфузионная терапия проводилась в режиме умеренной гемодилюции: уровень гемоглобина – 95–100 г/л, гематокрит – 30–32 %. Внутривенно вводили 5% раствор альбумина, протеин, плазму, кровь, полиглюкин, реополиглюкин, рефортан, стабизол, раствор Рингера-Локка, кокарбоксылазу, коргликон, 5% раствор глюкозы, 4% раствор соды, приводили форсированный диурез.

Лечение болевого синдрома включает введение наркотиков (морфин, промедол, омнопон) по 1 мл 2–3 раза в сутки, холинолитиков (1 мл 0,1% раствора атропина, 2 мл 2% раствора папаверина, 1 мл 0,2% раствора платифиллина) подкожно 6–8 раз в сутки, глюкозо-новокаиновой смеси (500 мл 5% раствора глюкозы, 500 мл 0,5% раствора новокаина) 2–3 раза в сутки. Новокаин пролонгирует действие наркотических препаратов. Выраженный

седативный эффект дает внутривенное введение 1 мл 0,5% раствора галоперидола в сочетании с наркотиками (омнопон или промедол) или нейролептаналгезия – 0,1 мг фентанила и 5 мг дроперидола 2–3 раза в сутки внутривенно на растворе глюкозы; внутрь – алмагель А (с анестезином).

Для лечения ожогов пищеварительного тракта у всех больных мы включили антибиотики (ампициллин, ампиокс по 4 г/сут), нистатин по 500000 ЕД 3–4 раза в сутки, кортикостероидные гормоны (120 мг преднизолона 2–3 раза в сутки), спазмолитики (1 мл 0,1% раствора атропина, 2 мл 2% раствора папаверина, 1 мл 2% раствора платифиллина 4–6 раз в сутки), витаминотерапию (В₁ 2 мл, В₆ 5% – 2 мл, В₁₂ – 400 мкг внутримышечно); местно применяли: полоскание полости рта 1% раствором чайной соды, ингаляцию аэрозолем «Ингалипт» 7–8 раз в сутки, алмагель по 10 мл 4–5 раз в сутки, облепиховое масло 1 столовая ложка 4–5 раз в день, внутрь – микстуру (200 мл 10% эмульсии подсолнечного масла, 2 г левомицетина, 2 г анестезина) по 20 мл через каждый час, в случаях безуспешности борьбы с отеком гортани – трахеостомия (у 3 больных).

Длительность лечения определяется тяжестью ожога: при легком ожоге – 7 дней (у 61 больного), при ожоге средней тяжести – до 20 дней (у 99 больных), при тяжелом – не менее 30 дней (у 45 больных). Курс указанного лечения проводят в стационаре, в дальнейшем лечение может быть продолжено в амбулаторных условиях: при легком ожоге – до 3 нед., при ожоге средней тяжести – до месяца, при тяжелом ожоге – до 2 мес.

Больные с тяжелыми ожогами (35 больных), осложненными хроническим эзофагитом и гастритом, нуждаются в длительной (до 3 мес.) гормонотерапии (профилактика рубцовых сужений пищеварительного тракта).

Раннее первичное кровотечение вследствие компенсаторной гиперкоагуляции обычно быстро самостоятельно прекращается. Лечение ранних вторичных кровотечений (у 22 больных) вели по двум направлениям: усиление гемостаза в местах кровотечения и одновременное угнетение общей внутрисосудистой коагуляции с использованием гепарина. Наилучший местный гемостатический эффект дает локальная гипотермия пищевода и желудка, она уменьшает кровоток по сосудам желудка (на 67%), способствует агрегации форменных элементов, локально уменьшает фибринолитическую активность. Всё это создает благоприятные условия для местного тромбообразования.

Мы, в основном, при лечении пищеводно-желудочных кровотечений применяли локальную гипотермию желудка открытым методом, который можно проводить и без специального аппарата, просто длительным промыванием желудка холодной водой через одноканальный зонд. Если есть двухканальный зонд, то вход в канал малого диаметра при

помощи резиновой трубки можно присоединить к резервуару с ледяной водой. Воду при помощи льда можно охладить до 2°C. Из резервуара вода самотеком через канал малого диаметра зонда поступает в полость желудка, а через канал большого диаметра вытекает. Скорость циркуляции воды ретушируется зажимом.

Питание больных осуществляют в первые трое суток парентеральным способом, затем, помимо зонда, больные получают полужидкую пищу (жидкая каша, сливочное масло и др.). Мы считаем, что питание помимо зонда и питьё имеют большое психологическое воздействие для выздоровления.

С 2020 года разрабатываются новые методы лечения эрозий слизистой оболочки пищевода и желудка с помощью эндоскопии и лазеротерапии (у 66 больных). Под воздействием лазерного излучения отмечено активное подавление воспалительной реакции, которое более ярко проявляется в остром периоде заболевания.

Применив у 215 больных вышеприведенные методы интенсивной терапии, мы лишь у 5 больных наблюдали неблагоприятные исходы (2,3%).

Выводы. При комплексном интенсивном лечении химического ожога пищевода и желудка отмечается быстрое подавление воспалительной реакции, стимуляция репаративного процесса и уменьшение тяжести и частоты разнообразных осложнений, а также снижение летальности.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ СВЯЗЕЙ ДЫХАНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ В ПЕРИОД ОЖГОВОЙ ТОКСЕМИИ

*Х.Н. Мухитдинова, А.Д. Фаязов,
Г.И. Алаутдинова, Г.Ш. Хамраева, Д.У. Салимов*

Центр профессионального развития
медицинских работников,
Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи

Актуальность. Начало и окончание клинического течения в стадии токсемии ожоговой болезни не имеет четких очертаний. В стадии токсемии обнаруживается самая высокая летальность больных. От токсемии умирает около 37% всех умирающих от ожогов. В связи с отсутствием данных по оценке возрастных особенностей компенсаторного изменения внешнего дыхания при ожоговой токсемии мы поставили следующую цель: изучить корреляционные связи частоты дыхания и лабораторных параметров исследования в период ожоговой токсемии.

Материал и методы исследования. Изучены результаты почасового мониторингирования показателя частоты дыхания (ЧД) и данных лабораторно-биохимических исследований крови пациентов, поступивших в отделение комбустиологии Респуб-

ликанского научного центра экстренной медицины в связи с ожоговой травмой в первые десять суток после травмы. Изменения циркадного ритма ЧД изучались мониторингом почасовой непрерывной регистрации показателей частоты дыхания у 107 больных с тяжелыми термическими ожогами в шести возрастных группах: 1 группа – 31 пациент в возрасте 6 месяцев – 3 лет, 2 группа – 25 больных (3,1–7 лет), 3 группа – 25 больных (7,1–18 лет), 4 группа – 12 пациентов (19–40 лет), 5 группа – 7 больных (41–60 лет), 6 группа – 7 больных (61–78 лет). Показатели в каждой группе детского возраста дифференцированно изучались по трем подгруппам, в зависимости от тяжести ожоговой травмы, по длительности интенсивной терапии в ОРИТ. Дети находились в ОРИТ от 4 до 10 суток – 1 подгруппа, 2 подгруппа – от 11 до 20 суток, 3 подгруппа – от 21 до 50 суток. После выведения из шока проводились противовоспалительная, антибактериальная, инфузионная терапия, коррекция нарушений белкового, водно-электролитного баланса, хирургическая ранняя, отсроченная некрэктомия, дополнительное парентеральное питание, синдромная, симптоматическая терапия.

Результаты и их обсуждение. Основными факторами, влияющими на тяжесть состояния детей с термическими ожогами младенческого возраста, оказались возраст (чем младше ребенок, тем тяжелее состояние), площадь повреждения поверхности кожи 3Б степени, показатель ИФ. В возрастной группе от 3,1 до 7 лет (2 группа) существенных различий между группами и в показателе площади ожога 2–3А степени не выявлено, различия в 1 подгруппе составили $37,3 \pm 14,7\%$, во 2 – $47,9 \pm 17,1\%$, в 3 – $59,2 \pm 12,2\%$. Однако было обнаружено достоверно значимое различие площади ожога 3Б степени в 1 и 3 подгруппах, которое в самой тяжелой группе детей (в 1 группе) превышало ожог 3Б степени в 11 раз ($p < 0,05$) и было больше, чем во 2 подгруппе, в 6 раз. Таким образом, возраст, показатель ИФ, площадь термического повреждения 3Б степени служили объективными показателями тяжести термического ожога и позволяли прогнозировать длительность интенсивной терапии в ОРИТ и стационарного лечения пациентов детского возраста. Возрастные группы взрослых пациентов составили в 4 группе в среднем $27,3 \pm 5,6$ года, в 5 – $50,7 \pm 7,1$ года, в 6 – $71,3 \pm 7,0$ года. Общая площадь и площадь глубокого ожогового повреждения кожи существенно не различались. Выявлен наибольший показатель ИФ в 4 группе, что и обусловило наибольшую продолжительность интенсивной терапии в условиях ОРИТ в 4 группе. В первые сутки показатель мезора циркадного ритма ЧД свидетельствовал о тенденции к учащению дыхания относительно возрастной нормы у всех пациентов. На протяжении первых 10 суток токсемии существенной динамики мезора циркадного ритма ЧД не выявлено. То есть у детей 2 группы

ЧД оказалась в 1 сутки на 20% меньше, чем в первой, а в 3 группе – на 25% меньше. В 4, 5, 6 группах взрослых показатели мезора циркадного ритма ЧД существенно не отличались от показателя у детей школьного возраста. Таким образом, на протяжении периода токсемии сохранялось возрастное отличие показателя ЧД в 1, 2 и 3 возрастных группах. В первые 10 суток токсемии уровень мезора циркадного ритма ЧД оставался на уровне показателя в 1 сутки с тенденцией к учащению дыхания относительно возрастной нормы у всех пациентов. Проводимая интенсивная терапия со своевременной коррекцией анемии обнаружила недостаточность в восполнении дефицита исследуемых параметров крови у детей школьного возраста. Выявлена прямая связь количества метамиелоцитов у детей младенческого возраста с ЧД. У детей школьного возраста показателем, влияющим на величину мезора циркадного ритма ЧД, оказались количество моноцитов в 1 и 2 подгруппах школьного и во 2 подгруппе детей дошкольного возраста. Обнаружена склонность к стимулирующему влиянию гиперкоагуляции во 2 фазе свертывания на ЧД в 4 и 5 группах взрослых пациентов, в то время как у детей до 7 лет первой подгруппы и лиц старше 61 года отмечена тенденция к учащению дыхания при снижении показателя ПИ. Несколько меньшее влияние на дыхание оказывало изменение уровня фибриногена.

Вывод. Таким образом, в целом компенсаторное значение повышения активности системы дыхания выявлено при склонности к гипокоагуляции во 2 и 3 фазах свертывания крови. Это можно понимать как адекватную синдромную коррекцию проводимым объемом антикоагулянтной, инфузионной терапии, коррекцию реологических нарушений крови в первые 10 суток ожоговой токсемии.

ТРАНСПОЗИЦИЯ ЛУЧЕВОГО ЛОСКУТА НА РЕВЕРСИРОВАННОМ КРОВОТОКЕ ПРИ ОБШИРНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ КИСТИ

О.Н. Низов, Т.Р. Минаев, А.Б. Хакимов, Дж.Х. Давлатов, Д.А. Худойназаров

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В отделении хирургии сосудов и микрохирургии РНЦЭМП, а также в филиалах РНЦЭМП за период с 2004 по 2022 год методика пластического закрытия «китайским» лоскутом глубоких травматических дефектов кисти и пальцев с обнажением подлежащих структур применена в 24 случаях. В 19 (79,2%) случаях имело место повреждение кисти при работе на различных станках, в 5 (20,8%) – при автоаварии, вследствие повреждения кисти трением об асфальт. Из 24 пациентов 22 (91,7%)

были в наиболее трудоспособном возрасте, от 20 до 50 лет. При этом мужчин было 19 (79,2%), женщин – 5 (20,8%). 22 (91,6%) больных были оперированы в течение первых 6–12 часов с момента поступления в Центр, 1 пациент (4,2%) – через 1,5 суток, 1 (4,2%) – через 12 суток. В 9 (37,5%) случаях дефекты локализовались по ладонной поверхности кисти, в 15 (62,5%) – по тыльной. Обширное загрязнение отмечено в 11 (45,8%) случаях. В 9 (37,5%) случаях имели место множественные переломы и вывихи костей кисти и пальцев; при этом был выполнен остеосинтез спицами. Сопутствующие дефекты сухожилий имели место в 10 (41,7%) случаях: в 8 случаях – разгибателей, в 2 случаях – сгибателей. При этом была выполнена аутоотендопластика сухожилий фрагментами широкой фасции бедра (в 6 (60%) случаях), а также фрагментами сухожилий (в 4 (40%) случаях). Нарушение кровообращения пальцев было отмечено в 1 (4,2%) случае, что потребовало наложения анастомозов общепальцевых артерий. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 8–12 дней. Приживление лоскута наступило в 22 (87%) случаях. Некроз лоскута вследствие тромбоза сосудистой ножки наступил в 2 (8,7%) случаях; основной причиной в 1 случае явился чрезмерный перегиб сосудистой ножки, в 1 – размоложение с последующим некрозом мягких тканей в зоне проведения сосудистой ножки. При этом в 1-м случае потребовалась повторная пластика лоскутом с передней стенки живота, во 2-м рана заживала вторично с образованием стойкой сухожильно-суставной контрактуры.

Выводы: Одномоментная транспозиция лучевого лоскута на реверсированном кровотоке для закрытия глубоких травматических дефектов кисти имеет преимущество как перед длительным консервативным лечением ран с последующей свободной кожной пластикой, так и перед пластикой лоскутами на временной питающей ножке в плане облегчения последующего ухода за ранами, лучшего заживления ран и возможности ранней активизации конечности.

Обширное загрязнение раны и размоложение мягких тканей не является абсолютным противопоказанием к выполнению подобных операций при условии целостности поверхностной артериальной дуги и лучевой артерии, а также при целостности окружающих тканей в зоне ротации сосудистой ножки.

Описанная методика требует значительных затрат врачебного труда (продолжительность операций составляла в среднем от 3 до 6 часов).

Выполнение подобных операций возможно только в условиях специализированных центров.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

*Ф.Н. Норкузиев, М.П. Тожибоев,
М.Х. Абдулахатов, Б.Н. Даминов,
А.К. Алимов, А.Г. Пардаев*

Джизакский филиал РНЦЭМП

В последние десятилетия число пострадавших с повреждениями грудной клетки неуклонно увеличивается, и выбор оптимальной хирургической помощи остается актуальной проблемой экстренной хирургии. Повреждения грудной клетки занимают третье место после травм конечностей и ЧМТ. Пострадавшие с травмами груди составляют 10–12% от общего числа госпитализированных. Почти в 25% случаев травмы грудной клетки – тяжелые повреждения, требующие неотложного хирургического вмешательства. Их отличают тяжелое течение и летальность, которые регистрируются в 50,7–72,5% случаев.

Применение в последние годы КТ, МСКТ, внедрение и использование в клинической практике видеоторакоскопии позволило значительно улучшить качество диагностики и выбрать оптимальную тактику лечения.

При повреждениях грудной клетки особое диагностическое и лечебное значение имеет дренирование плевральной полости (ДПП) в момент поступления, что дает возможность оценить тяжесть повреждения, определить объем и характер гемоторакса, решить вопрос о применении торакоскопии или торакотомии.

Цель: сообщить о ранней диагностике и тактике лечения при осложненных травмах грудной клетки в неотложных состояниях.

Материалы и методы изучения. В Джизакском филиале РНЦЭМП в 2017–2021 гг. на лечении находились 213 пострадавших с травмой грудной клетки, из которых лиц трудоспособного возраста (17–60 лет) было 186 (87,3%). Мужчин было 171 (80,3%), женщин – 42 (19,7%). Бытовые травмы были у 138 (64,8%), колото-резаные раны – у 44 (20,7%); из них проникающие – у 24 (11,3%), непроникающие – 20 (9,38%), автотравмы – у 23 (10,8%), кататравмы – у 6 (2,8%), спортивные – у 2 (0,9%) больных.

Переломы ребер имели место у 121 (56,8%), односторонние – у 67 (31,5%); двусторонние – у 54 (25,4%) больных. Осложнения гемопневмотораксом наблюдались у 72 (33,8%) пострадавших, гемотораксом – у 30 (12,4%), пневмотораксом – у 19 (8,9%).

Малый гемоторакс встречался у 54 (25,4%), средний – у 43 (20,1%), большой – у 24 (11,4%) больных.

Значительный пневмоторакс был у 12 (5,6%), средний – у 24 (11,3%), большой, т.е. тотальный

пневмоторакс с коллапсом легкого (одного) – у 8 (3,8%). Продолжающийся гемоторакс был у 13 (10,7%), состоявшийся – у 108 (89,3%) больных.

Результаты обсуждения. Всем больным при поступлении проводили клиничко-лабораторные, УЗИ, ЭКГ и рентгенологические исследования.

Клинические признаки и результаты лабораторных исследований позволяли оценить объем потерянной крови и тяжесть шокового состояния, провести инфузионно-трансфузионную, медикаментозную и комплексную противошоковую терапию.

УЗИ помогало выявить наличие и количество свободной жидкости (крови), повреждение перикарда и органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

При любых травмах грудной клетки самую ценную и достоверную информацию дает рентгенологическое исследование, которое, кроме костно-структурных изменений, позволяло обнаружить наличие и количество гемопневмоторакса, подкожную эмфизему, скопление жидкости и свободных газов в брюшной полости при торакоабдоминальных ранениях.

При необходимости у 32 больных было проведено МСКТ-исследование.

Оказание помощи пострадавшим включало адекватную анальгезию, катетеризацию магистральных сосудов, проведение комплексной противошоковой, инфузионно-трансфузионной терапии, устранение непроходимости дыхательных путей, меры, направленные на раннее расправление легкого и дренирование плевральной полости.

Дренирование плевральной полости при осложненной травме груди имеет большое диагностическое и лечебное значение, дает возможность провести пробу Рувиллуа-Грегуара, реинфузию взятой из плевральной полости крови (когда нет сомнений в ее инфицировании) и решить вопрос о дальнейшем ведении и применении своевременного хирургического вмешательства.

С учетом этого в нашей практике особое место занимает своевременное и адекватное ДПП. Торакцентез с ДПП выполнен 121 больному с осложненными гемо- и пневмотораксами травмы.

У 24 из 121 пострадавшего обнаружен большой гемоторакс, у 6 из них определен продолжающийся гемоторакс, то есть сворачивание взятой из плевральной полости крови, выхождение крови более 300 мл из дренажа в течение одного часа после торакцентеза с ДПП, что явилось показанием к экстренной широкой торакотомии. У остальных 18 больных продолжали консервативную терапию с активным наблюдением за состоянием дренажа, гемодинамикой, проводили Р-исследование.

У 3 больных коллабирование легкого сохранялось более 5 дней, с нарастанием подкожной эм-

физемы без признаков гемоторакса, несмотря на активную аспирацию. На 6-е и 7-е сутки у этих пациентов при выполнении торакоскопии были обнаружены разрывы легкого с бронхоплевральными сообщениями, которые ликвидировали с помощью диатермокоагуляции.

Экстренная торакоскопия, показаниями к которой были выделение крови через дренажные трубки из плевральной полости – в течение часа более 300 мл – и положительная проба Рувиллуа-Грегуара, выполнена 7 пациентам.

Заключение. Результаты наших наблюдений показали, что торакоскопия стала самым ценным методом диагностики и лечения в экстренной хирургии при осложненных травмах грудной клетки.

Показаниями к торакокопии служат малый и средний гемоторакс, а также пневмоторакс.

Показанием к торакотомии являются большой гемоторакс и признаки продолжающегося кровотечения.

ПРОГРАММА ЭНТЕРАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГОМЕОСТАЗА ПРИ ЭКЗО- И ЭНДОТОКСИКОЗЕ

*М.М. Поцхверия^{1,2}, В.А. Маткевич^{1,2},
Ю.С. Гольдфарб^{1,2}*

¹ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
Москва

²ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ,
Москва

Актуальность. Нарушения гомеостаза неизменно сопровождают экзо- и эндотоксикоз, а степень их выраженности коррелирует с тяжестью последних. Совместно они влияют на исход заболевания.

Традиционно проводимая парентерально коррекция таких нарушений требует стерильных растворов и средств, несет риск осложнений, связанных с инвазивностью подхода и невозможна без мониторинга лабораторных показателей.

В то же время энтеральная коррекция как составная часть интенсивной терапии при критических состояниях является простым и эффективным методом восстановления основных параметров гомеостаза.

Цель: презентация новой технологии программной комбинированной энтеральной детоксикации и коррекции нарушений гомеостаза при острых отравлениях.

Материал и методы. Для решения проблемы единовременной детоксикации и восстановления систем гомеостаза 210 больным при тя-

желых отравлениях психофармакологическими препаратами (ОПФП) и 170 – разъедающими веществами (ОРВ) была проведена программа энтеральной коррекции (ПЭК), состоящая из трех этапов:

1. Кишечный лаваж (КЛ) как метод детоксикации и коррекции функциональных нарушений с использованием энтерального раствора (ЭР), который начинали неотложно при поступлении больных в отделение острых отравлений.

2. Последующее, через 6 часов после КЛ, пероральное введение глюкозированного ЭР (ГЭР), содержащего 2 г глюкозы в 1 л, по 200 мл через примерно равные промежутки времени в общем объеме 3-4 л в сутки. В ГЭР добавляли метабиотик (хилак форте – по 60 капель 3 раза в сутки), а также назначали пребиотик (пектовит – 5,5 г 3 раза в сутки).

3. Энтеральное питание (ЭП) – пациентам давали питательную смесь «Isosource ® Energy Fibre» компании Nestle Health Science, по 200 мл, дробно, до 1,6 л в сутки.

В зависимости от состояния сознания пациентов КЛ проводили по одной из двух модификаций (В.А. Маткевич, 2012):

1. Фракционный КЛ через назогастральный зонд при ОПФП с нарушением сознания или при ОРВ с нарушением акта глотания.

2. Беззондовый КЛ у пациентов, способных самостоятельно пить раствор и обслуживать себя.

Больным с ОРВ после назначения обезболивающих и спазмолитических средств и зондового промывания желудка для проведения КЛ давали пить через каждые 5 минут по 200 мл ЭР, температура которого составляла 18–22 °С. Через 0,5–1,5 часа у больных появлялась диарея. Промывание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проводили до появления из прямой кишки светлых полупрозрачных вод, после чего пациент прекращал пить раствор. В течение последующих 30–40 минут дефекации самопроизвольно прекращались. Общий объем раствора составлял от 3 до 4,5 л. Процедура КЛ продолжалась в среднем 3 часа. Пациенты переносили ее удовлетворительно, реакций и осложнений не было. При невозможности совершать глотание из-за тяжести состояния пациентам поначалу вводили ЭР через назогастральный зонд.

Пациентам с ОПФП выполняли КЛ в объеме 12–16 л ЭР. Для этого больным без сознания после интубации трахеи и зондового промывания желудка устанавливали назогастральный двухканальный зонд, один из каналов которого присоединяли к подвешенной емкости с 1,5–2 л ЭР. Изголовье пациента приподнимали на 30–45 градусов. Раствор вводили порциями, по 150–200 мл через каждые 5 мин. После введения 1,5–2,5 л раствора появлялся

жидкий стул. При отсутствии стула после введения 2,5 л раствора начинали фармакологическую стимуляцию ЖКТ. КЛ продолжали до чистых промывных вод.

После КЛ пациенты принимали ГЭР и ЭП в течение 3–5 суток – до выхода из критического состояния.

Смысл ПЭК заключается в том, что с помощью КЛ достигается эффект детоксикации и коррекции нарушений гомеостаза. Однако практика показала, что если полная элиминация токсиканта из организма с помощью КЛ достаточно эффективна и зависит лишь от объема ЭР, используемого для кишечной перфузии, то эффект восстановления физиологических показателей при этом оказывается неполным и непродолжительным. Установлено, что в соматогенной стадии ОО показатели гематокрита, гемореологии, системы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, уровня липополисахаридов в крови и др. через трое суток после КЛ вновь ухудшаются, хотя и не достигают исходного состояния. В этих случаях эффект «сглаживания провала» показателей гомеостаза выполняет пероральное введение ГЭР. Глюкоза в растворе ускоряет его всасывание в ЖКТ, поэтому диарея у пациентов не развивается, а весь объем ГЭР усваивается, причем со скоростью, сопоставимой с капельным введением внутривенных растворов.

Назначение препаратов хилак форте и пектовит направлено на поддержание стабильности состава микробиома кишечника. Важным моментом является то, что ЭП назначают только после очищения ЖКТ и восстановления его функционального состояния с помощью КЛ и ГЭР.

Результаты. Установлено, что с помощью ПЭК достигается детоксикация энтеральной и гуморальной сред организма как по экзо- так и по эндотоксикантам, с одновременной ауторегуляцией водно-электролитного, кислотно-основного составов крови, показателей гемореологии, микроциркуляции, центральной гемодинамики, а также про- и антиоксидантной систем. Наряду с этим отмечается устранение функциональных нарушений ЖКТ – его переза и коррекция нарушений микробиоценоза. В свою очередь, санация кишечника, уменьшение проницаемости его стенки и связанные с ними профилактика или редукция энтерогенной эндотоксемии способствуют снижению частоты внекишечных осложнений инфекционно-воспалительного характера и полиорганной недостаточности.

Внедрение ПЭК в практику отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств НИИ СП им. Н.В. Склифосовского позволило улучшить клинические показатели лечения больных с

ОРВ и ОПФП соответственно в виде снижения частоты пневмонии на 50 и 10%, сокращения периода пребывания больных в отделении реанимации в 1,83 и 2,5 раза и общего срока госпитализации на 44 и 67%. У пациентов с ОРВ в группе сравнения летальность составила 11,7%, в исследуемой – 5%. При ОПФП в группе сравнения летальность составила 5,5%, а в исследуемой группе умерших не было.

Заключение. Изучение механизмов лечебного воздействия ПЭК при ОО показало, что они универсальны и являются саногенетическими как при экзо-, так и при эндотоксикозе. Использование ПЭК позволяет последовательно решать задачи детоксикации организма и восстановления гомеостаза, способствующих скорейшему выведению пациента из критического состояния. В части восстановления нормальных величин показателей гомеостаза при ОО ПЭК можно рассматривать как альтернативу инфузионной терапии. Следует отметить, что энтеральный путь коррекции нарушений гомеостаза является физиологичным, простым, доступным и экономически выгодным.

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ БЕТА-БЛОКАТОРАМИ: СТРУКТУРА ОТРАВЛЕНИЙ, ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ И ИСХОДЫ

*В.Г. Сенцов, А.В. Чекмарев, Е.И. Казакова,
К.Ю. Гусев, Е.А. Ременец*

**ФГБОУ ВО «Уральский государственный
медицинский университет»,
ГБУЗ СО «Свердловская областная
клиническая психиатрическая больница»,
Екатеринбург**

Актуальность. История клинического применения бета-блокаторов началась с публикации в журнале «Ланцет» статьи Блэк Дж. У. с соавт. «Новый адренергический антагонист бета-рецепторов» (1964). Бета-адреноблокаторы в течение шести десятилетий успешно применялись в лечении многих заболеваний сердечно-сосудистой системы. Бета-блокаторы являются пятым, наиболее часто назначаемым лекарством в США (Лэнг С., 2016). Широкое применение в клинике, доступность препарата явились одной из причин передозировок и отравлений. По данным Национального центра статистики здравоохранения США (NPDS), в 2012 г. было зарегистрировано 24 465 случаев передозировок – отравлений бета-блокаторами. По данным отчета Американской ассоциации токсикологических центров, в 2017 году было выявлено более 107 000 случаев передозировок сердечно-сосудистыми медикаментами, или 4,24% всех зарегистрированных случаев отравлений, и почти 8% смертельных исходов.

Бета-блокаторы – гетерогенная группа лекарственных средств с разными физико-химическими свойствами и различными фармакологическими характеристиками, что создает определенные сложности в разработке протоколов лечения. Целый ряд авторов указывает, что представленные в литературе доказательства относятся к ряду «очень низкого или низкого качества» и подвержены предвзятости.

Цель исследования: изучить частоту отравлений бета-блокаторами в структуре отравлений областного токсикологического центра и оценить эффективность проведенной терапии.

Материал и методы. Ретроспективно, методом сплошной выборки, проведен анализ историй болезни пациентов с диагнозом «Острые отравления бета-блокаторами», пролеченных в Свердловском областном центре по лечению отравлений в период с 2017 по 2020 год включительно. Клинический диагноз был подтвержден обнаружением в моче больных различных бета-блокаторов методом ГЖХ/МС. При поступлении и этапах лечения контролировали КОС и газовый состав крови, лактат и рутинные биохимические показатели крови, гемостаз. Проводился мониторинг электрокардиограммы, показателей центральной и периферической гемодинамики. Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале EAPCCT/IPCS «Poisoning Severity Score» (Persson et al., 1998).

При поступлении в отделение всем больным проводилась деконтаминация ЖКТ: зондовое промывание желудка, активированный уголь; кишечный лаваж «Фортрансом» был выполнен 13 пострадавшим, гемодиализ – 4 пациентам с отравлением атенололом. В зависимости от тяжести выраженных нарушений гемодинамики коррекция проводилась в нескольких вариантах: только атропин или только дофамин, дофамин+инсулин, дофамин+норадреналин+инсулин, норадреналин+инсулин+жировые эмульсии.

Результаты. По данным годовых отчетов (2017-2020 гг.), в отделении был пролечен 41 пациент с отравлением бета-блокаторами. Острые отравления бета-блокаторами в структуре отравлений Свердловского центра по лечению отравлений составили 0,7%, в группе медикаментозных отравлений (Т36 – Т50) и группе Т44 (отравление препаратами, действующими преимущественно на вегетативную нервную систему) – соответственно 1,69% и 41,4%. Наиболее часто отравления были вызваны бисопрололом – 18 (43,9%) пациентов. Отравление анаприлином было зарегистрировано у 8 (19,5%) пострадавших, отравление метапропанолом – у 7 (17,1%) и отравление атенололом – у 7 (17,1%). Отравление пропанолом отмечено у 1 (2,4%) пострадавшего.

Среди 41 пациента мужчин было 13 (31%), женщин – 28 (69%), средний возраст пациентов со-

ставлял $42,1 \pm 20,7$ года. Линейной бригадой скорой помощи доставлено 14 пострадавших, реанимационной бригадой – 21 пациент и 6 больных – ТЦМК. На ИВЛ доставлено 4 пациента, 5 больных были переведены на ИВЛ в отделение токсикологии на этапах лечения.

Распределение больных по тяжести отравления (по шкале PSS): подозрение на отравление (0) было отмечено у 7 (17,1%) пациентов; легкое отравление (I), среднетяжелое (II) и тяжелое отравление (III) – соответственно у 13 (31,7%), 12 (29,3%) и 5 (12,2%) пациентов, смертельное отравление (IV) – у 4 (9,7%).

В зависимости от тяжести клинических проявлений отравления, характера исходных нарушений сердечно-сосудистой системы мы использовали несколько протоколов лечения. В группе больных с подозрением на отравление объемом лечебных мероприятий был ограничен промыванием желудка, введением активированного угля и мониторингом сердечно-сосудистой системы (контроль артериального давления, пульса и ЭКГ).

В группе больных с отравлением легкой степени (I) нарушения сердечно-сосудистой системы проявлялись эпизодом брадикардии с частотой 52 ± 2 в минуту. Уровень среднего артериального давления (САД) не отличался от контрольной группы ($p > 0,05$), ударный индекс (УИ) имел недостоверную тенденцию к увеличению, но всё же оставался на уровне контрольных значений. Брадикардия, даже при некотором увеличении УИ, приводила к достоверному снижению сердечного индекса (СИ) до $2,9 \pm 0,1$ л (мин/м²) и удельного периферического сосудистого сопротивления (УПСС), достоверно не отличалась от уровней значений контрольной группы. Брадикардия купировалась в/венным болюсным введением атропина сульфата в дозе 0,02 мг/кг.

Более выраженные нарушения гемодинамики были зарегистрированы у больных с отравлением средней степени тяжести. САД составляло $83,0 \pm 0,5$ мм рт. ст. и было ниже контрольных значений на 10,9% ($p < 0,05$). УИ и СИ составляли $35,2 \pm 2,1$ мл/м² и $2,1 \pm 0,2$ л (мин/м²) и оказались ниже контрольных значений в 1,4 и 1,8 раза ($p < 0,01$), а УПСС, соответственно контрольных значений, – в 1,9 раза ($p < 0,01$). В этой ситуации применяли дофамин в дозе 5–10 мкг/кг/мин, а при сохраняющейся брадикардии – дофамин в сочетании с атропином. У 9 больных с тяжелыми отравлениями (III, IV стадии тяжести) отмечался декомпенсированный экзотоксический шок: САД – $40,7 \pm 1,8$ мм рт. ст., УИ – $24,3 \pm 3,1$ мл/м², СИ – $1,34 \pm 0,3$ л (мин/м²), УПСС – $418,2 \pm 15,9$ дин/с/см⁵/м². Снижение УПСС требовало подключения вазопрессорной терапии дофамином в начальной дозе 15–20 мкг/кг/мин, или норадреналина в дозе 0,01 мкг/кг/мин до получения эффекта и инотропной поддержки инсулином (введение инсулина начинали в дозе 1 ЕД/кг/час с последующим

титрованием дозы до 10 ЕД/кг/час). Детоксикационная терапия дополнялась введением липофундина, а 3 больным с отравлением атенололом выполнялся ГД. Из 9 больных этой группы 4 пациента погибли на фоне прогрессирующего шока.

Выводы:

1. Острые отравления бета-блокаторами встречаются нечасто и в общей структуре отравлений составляют 0,7%, в структуре медикаментозных отравлений – 1,69%.

2. Тяжесть отравления определяется степенью выраженности нарушений гемодинамики и обуславливает основные направления терапии. Общая летальность составила 9,7%, а летальность при тяжелых отравлениях достигает 44,5%.

3. Выбор коррекции нарушений гемодинамики у больных с декомпенсированным шоком требует дальнейшего изучения.

ДЕЛИРИЙ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ЭТАНОЛОМ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

*А.Г. Синенченко, А.Н. Лодягин,
Б.В. Батоцыренов, Ч.Б. Батоцыренов*

**Санкт-Петербургский научно-
исследовательский институт скорой помощи
имени И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург, Россия**

Известно, что злоупотребление алкоголем на протяжении десятилетий продолжает оставаться одной из наиболее значимых проблем современного общества.

Цель: оценить метаболические нарушения и динамику делирия у больных острым тяжелым отравлением этанолом.

Материалы и методы исследования. Обследованы 103 пациента мужского пола с острым тяжелым отравлением этанолом, осложненным делирием. Средний возраст составил $41,9 \pm 9,68$ года. Пациенты проходили лечение в ОРИТ токсикологического центра многопрофильного стационара. Обследование проводили в 1-е, 3-и, 5-е и 7-е сутки лечения. Диагноз «делирий» устанавливался в соответствии с международной классификацией болезни 10 пересмотра. Для оценки выраженности и тяжести делирия использовалась психометрическая шкала DRS-R-98. Лабораторные методы включали в себя оценку общего клинического анализа крови, оценку газов крови и параметров кислотно-основного состояния артериальной крови с помощью анализатора COBAS B221 (Roche, Германия), аммиака в капиллярной крови с помощью прибора PocketChem BA PA-4140 (Arkray, Япония), лактата в капиллярной крови с использованием портативного биохимического анализатора Accutrend Plus (Roche Diagnostics, Германия); восстановленного

глутатиона по методу G.L. Elman (1959), малонового диальдегида по методу M. Uchiyama (1978).

Результаты. Больные доставлялись в многопрофильный стационар с адреса проживания в 47,5% (49) случаев, с улицы – в 33,9% (35), с места дорожно-транспортного происшествия – в 18,6% (19) случаев. Средняя концентрация этанола в крови при поступлении составила $4,68 \pm 0,5, 4,6$ [4,5; 4,6] ‰. Средний стаж употребления алкоголя составил $9,54 \pm 3,4, 9$ [8; 12] года. Тяжесть соматического состояния по шкале APACHE II при поступлении соответствовала $10,44 \pm 2,3, 10$ [9; 12] баллам. Пациенты в основном проценте случаев поступали в состоянии выключенного сознания до уровня комы I, по шкале Глазго – $8,18 \pm 0,54, 8$ [8; 8,5] баллов. Наблюдались признаки гипоксемии со снижением PaO_2 до $74,7$ [70,4; 77,6] мм рт. ст., сдвигом КОС до метаболического ацидоза $pH=7,23$ [7,21; 7,25] с дефицитом оснований (BE) до $-9,9$ [–4,5; –10,2] ммоль/л.

Делирий диагностировался вслед за восстановлением ясности сознания в среднем через $11,3 \pm 2,7$ часа после выхода из комы. Делирий имел отчетливую выраженность с 1-х по 3-и сутки наблюдения, затем диагностировалась постепенная редукция психоза. Следует указать на то, что в период 3-х суток интенсивность психоза достигла пика своего значения – 27 [26; 27] баллов. Метаболический лактат-ацидоз наблюдался в период максимальной выраженности делирия, а в дальнейшем снизился к 7-м суткам до 3 [2,1; 3] ммоль/л. Гипераммониемия сохранялась до конца 5-х суток лечения, с последующим уменьшением аммиака в капиллярной крови до референсных значений к 7-м суткам наблюдения. Активность цитолитических ферментов в значительной степени зависела от выраженности гипераммониемии и лактат-ацидоза, так, в первые сутки делирия обнаруживалась высокая концентрация в крови аспаратаминотрансферазы, щелочной фосфатазы и аланинаминотрансферазы. В первые сутки наблюдения диагностировано снижение антиоксидантной защиты клеток организма и высокая активность малонового диальдегида. В ходе исследования установлена средняя длительность нахождения больных с ДС, которая составила 5 [4; 7] дней.

Выводы. Делирий, как осложнение острых тяжелых отравлений этанолом, представляет сложную диагностическую задачу для токсиколога и психиатра.

К отличительным особенностям данного психоза можно отнести его более раннее начало, в среднем через $11,3 \pm 2,7$ часа после восстановления ясности сознания, и постепенное развитие психопатологической симптоматики.

Обращают на себя внимание выраженные метаболические нарушения, проявляющиеся метаболическим лактат-ацидозом, гипераммониемией,

признаками печеночной недостаточности и снижением активности ферментов антиоксидантной защиты в эритроцитах больных, начиная с первых суток делирия.

СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ИЛИ ВРЕМЕННАЯ ВНЕШНЯЯ ФИКСАЦИЯ КАК ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП К ПОГРУЖНОМУ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ГОЛЕНИ

А.А. Ситник¹, А.В. Белецкий²,
В.М. Уласевич¹, П.Е. Лущик¹

¹РНПЦ травматологии и ортопедии, Минск,
Беларусь,

²Национальная академия наук, Минск, Беларусь,

³Государственное предприятие

«Научно-технологический парк БНТУ

«Политехник», Минск, Беларусь

Введение. Внутрисуставные оскольчатые переломы дистального отдела голени представляют сложности для современной травматологии ввиду высокого количества раневых осложнений после погружного остеосинтеза. Внедрение внешней фиксации стержневыми аппаратами как средства временной стабилизации повреждения до спадения отека и отсроченное окончательное хирургическое лечение данных повреждений позволили резко сократить количество раневых осложнений и глубокой инфекции (Sirkin, 1999). В то же время в странах с ограниченными ресурсами не теряет актуальности временное использование скелетного вытяжения как подготовительного этапа к погружному остеосинтезу. Литературные данные не представляют возможности прямого сравнения эффективности данных методов и их влияния на частоту раневой инфекции в послеоперационном периоде.

Целью исследования является прямое сравнение эффективности временной внешней фиксации стержневыми аппаратами и скелетного вытяжения в предотвращении раневых осложнений при этапном хирургическом лечении внутрисуставных переломов дистального отдела большеберцовой кости (43В и 43С по классификации АО/ОТА).

Дизайн и методы исследования. Выполнено ретроспективное когортное исследование. С января 2007 по июнь 2020 года в нашем учреждении находились на лечении 214 пациентов с внутрисуставными переломами дистального отдела большеберцовой кости. В исследование включены 88 пациентов, у которых окончательная репозиция и погружной остеосинтез были выполнены в этапном порядке после первичного применения временной внешней фиксации (группа 1, 45 случаев) или скелетного вытяжения (группа 2, 43 случая).

В остальных случаях временная иммобилизация выполнялась гипсовыми повязками, либо окончательное хирургическое лечение было выполнено в первые сутки после травмы. Критериями возможности выполнения окончательного остеосинтеза являлись: спадение отека, появление морщинистости кожи, заживление травматических ран или фликтен при их наличии. Результаты лечения у всех пациентов изучены в срок 12 месяцев после получения повреждений, с особым интересом к раневым осложнениям.

Результаты. В группу 1 (временная внешняя фиксация) включено 45 случаев. Средний возраст пациентов составил $47,5 \pm 12,6$ года. 23 перелома были открытыми, со следующим распределением по классификации Gustilo-Andersen: G1 – 9, GII – 5, GIIIa – 8 и GIIIC – 1). Закрытые переломы имелись у 22 пациентов, состояние мягких тканей по шкале Tscherne оценено как C1 в трех случаях и C2 – в 19. По АО/ОТА костные повреждения распределены следующим образом: 43В3 – 2; 43С1 – 4; 43С2 – 7; 43С3 – 32 случая.

Группа 2 (временное скелетное вытяжение) состояла из 43 пациентов. Имелось 4 открытых (3 G1 и 1 GIIa) и 39 закрытых повреждений (Tscherne C0 – 6, C1 – 16, C2 – 12). Согласно классификации АО/ОТА, костные повреждения распределены следующим образом: 43В1 – 2, 43В3 – 2, 43С1 – 9, 43С2 – 8 и 43С3 – 22 случая.

Окончательный погружной остеосинтез пластинами выполнен в среднем через $18,6 \pm 8,9$ дня при использовании внешней фиксации и через $9,0 \pm 5,4$ в группе с применением скелетного вытяжения. Раневые осложнения отмечены у 5 из 45 пациентов группы 1 (4 случая глубокой инфекции и 1 – поверхностной, всего 11,1%), и у 11 из 43 пациентов группы 2 (8 – глубоких и 3 – поверхностных, всего 25,6%, $p=0,07$). Относительный риск развития раневых осложнений при использовании скелетного вытяжения составил 2,30 (95% – CI 0,87, 6,08) по сравнению с применением временной внешней фиксации.

Выводы. Временная внешняя фиксация является более эффективной в предотвращении раневых осложнений окончательного остеосинтеза переломов дистального отдела большеберцовой кости по сравнению со скелетным вытяжением (11,1% против 25,5%), несмотря на значительно более высокую тяжесть первичных повреждений мягких тканей и собственно переломов в группе внешней фиксации.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖКТ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ НА ФОНЕ РАЗВИТИЯ СЕПСИСА И ПРИ ЕГО ОТСУТСТВИИ

*П.В. Скакун¹, Е.В. Жилинский^{1,2},
А.Ч. Часнойть²*

¹Белорусский государственный университет,
Минск,

²Белорусская государственная академия
последипломного образования,
Минск

Актуальность. Современный уровень оказания помощи пострадавшим с обширными ожогами приводит к неуклонному возрастанию числа пациентов, длительное время находящихся в критическом состоянии. Данная категория пациентов сталкивается с целым комплексом инфекционных и неинфекционных осложнений. Одними из них являются эрозивно-язвенные поражения ЖКТ и гастродуоденальные кровотечения, которые могут развиваться даже при проведении профилактической антисекреторной терапии.

Патогенез данного осложнения в первую очередь связан с генерализованными нарушениями микроциркуляции, реологических свойств крови и гемоконцентрацией, приводящими к снижению спланхического кровотока. Кроме того, значительное количество антигенов, образовавшихся в момент температурного воздействия на ткани, провоцирует выработку макрофагами, лимфоцитами и эндотелием провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-8 и т. д.), стимулирующих системный воспалительный ответ на термическую травму. Нарушение сосудистой проницаемости на фоне гипервоспалительного синдрома приводит к формированию интерстициального отека и повторному ухудшению органной микроциркуляции, что является одним из проявлений синдрома полиорганной дисфункции (СПОД). Соотношение различного влияния этих двух механизмов обуславливает патогенез желудочно-кишечных язв и кровотечений у пострадавших с тяжелой ожоговой травмой.

Цель исследования: оценить частоту развития эрозивно-язвенных поражений ЖКТ и частоту гастродуоденальных кровотечений у пациентов с тяжелой ожоговой травмой на фоне развития сепсиса и при его отсутствии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ пациентов с тяжелой термической травмой, поступивших в Республиканский ожоговый центр (РОЦ) на базе Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Минска Республики Беларусь. В исследование было включено 76 тяжелообожженных пациентов старше 18 лет.

Группу тяжелообожженных проанализировали с момента поступления в РОЦ по полу, возрасту, площади ожоговой поверхности, площади глубоких ожогов, наличию термоингалиционной травмы (ТИТ), индексу тяжести поражения (ИТП), наличию сепсиса. Для клиничко-лабораторной диагностики сепсиса использовались критерии Консультативного совета по ожоговой инфекции Китайской медицинской ассоциации, которые учитывают проявления гиперметаболического синдрома при тяжелой ожоговой травме. Для подтверждения наличия эрозивно-язвенных поражений ЖКТ и развития гастродуоденальных кровотечений использовали ФГДС. В основную группу вошли 44 человека, у которых был диагностирован сепсис. Диагноз «сепсис» был подтвержден гемокультурами. Контрольная группа составила 37 пациентов, у которых септические эпизоды не наблюдались.

Все пациенты получили термические и электротермические ожоги. Статистический анализ проводился при помощи программ MS Excel 13, SPSS 17. При оценке качественных признаков применяли χ^2 Фишера. Анализ количественных данных выполняли при помощи U-теста Манна-Уитни. Достоверными различия считались при $p < 0,05$.

Результаты. Эрозивно-язвенные поражения ЖКТ были диагностированы у 13,5% (5) пациентов без сепсиса и у 9 (20,5%) пациентов с сепсисом. Среди эрозивно-язвенных поражений ЖКТ у пациентов основной группы в 7 случаях (77,8%) наблюдались эрозивные гастриты и дуодениты, при этом в 4 случаях (57,1%) данные патологии осложнились желудочно-кишечным кровотечением, в 2 случаях (22,2%) эрозивно-язвенные поражения ЖКТ были представлены пролежнем пищевода. В группе сравнения 4 случая (80%) были представлены эрозивными гастритами и дуоденитами, осложненными в 1 случае (25%) желудочно-кишечным кровотечением, у 1 пациента (20%) наблюдался пролежень пищевода. Доли пациентов с язвами ЖКТ при сепсисе были больше, чем у пациентов без сепсиса, в 1,52 раза ($\chi^2 = 0,40$, $p = 0,539$), при этом у пациентов с сепсисом чаще в 2,28 раза ($\chi^2 = 1,29$, $p = 0,267$) развивались эрозивные поражения, осложненные желудочно-кишечными кровотечениями.

Выводы. Эрозивно-язвенные поражения ЖКТ остаются распространенным осложнением у пациентов с тяжелой ожоговой травмой, при этом развитие гастродуоденальных эрозивных поражений и кровотечений из них чаще наблюдается у пациентов с сепсисом – в 1,52 и 2,28 раза соответственно.

ДВС-СИНДРОМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЛЕТАЛЬНОСТЬ

П.В. Скакун¹, Е.В. Жилинский^{1,2}, А.Ч. Часнойть²

¹Белорусский государственный университет,
г. Минск,

²Белорусская государственная академия
последипломного образования,
г. Минск

Актуальность. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови (ДВС-синдром) представляет собой сложный и многогранный синдром, характеризующийся активацией путей свертывания и фибринолиза, потреблением факторов свертывания крови и истощением регуляторных белков свертывания крови. Выход в кровоток фрагментов клеток характеризуется выраженной тромбопластической активностью вследствие воздействия или высвобождения тканевого фактора (в обожженных тканях или из них). Тканевой фактор приводит к активации внешнего пути системы свертывания крови и запускает массивную генерацию тромбина. В настоящее время эта концепция представляет собой наиболее вероятное биологическое объяснение развития внутрисосудистого свертывания крови у пациентов с ожоговой травмой. Тяжелые ожоги, оставленные без лечения, также могут привести к иммунологической и воспалительной реакции (активация каскада комплемента), которые могут усиливать фибринолиз и свертывание крови.

ДВС-синдром у пациентов с тяжелой ожоговой травмой может возникнуть как первичное осложнение ожогов или, скорее, как следствие других наложенных патологий (например, сепсиса, полиорганной недостаточности). В то же время биохимические изменения, характерные для ДВС-синдрома (гиперкоагуляция, гипо- и гиперфибринолиз), являются обычным явлением у пациентов с тяжелой ожоговой травмой, а их тяжесть экспоненциально увеличивается с тяжестью травмы.

Цель исследования: оценить частоту развития ДВС-синдрома у пациентов с тяжелой ожоговой травмой и ее влияние на летальность у данной группы пациентов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ пациентов с тяжелой термической травмой, поступивших в Республиканский ожоговый центр (РОЦ) на базе городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Минска Республики Беларусь в 2019-2021 годах. В исследование было включено 70 тяжелообожженных пациентов старше 18 лет. В качестве основного критерия включения в группу тяжелообожженных мы использовали термиче-

ские ожоги, превышающие 30 единиц тяжести поражения (е.т.п.).

Группу тяжелообожженных проанализировали с момента поступления в РОЦ по полу, возрасту, площади ожоговой поверхности, площади глубоких ожогов, наличию термоингаляционной травмы (ТИТ), индексу тяжести поражения (ИТП), развитию критериев ДВС-синдрома. Развитие ДВС-синдрома оценивали в соответствии с критериями международного общества тромбоза и гемостаза (ISTA). Все пациенты получили термические и электротермические ожоги. Статистический анализ проводился при помощи программ MS Excel 13, SPSS 17.

Результаты. ДВС-синдром, потребовавший коррекции факторов свертывания, диагностирован у 87,1% пациентов. При этом только у 14,3% пациентов диагностированы массивные кровотечения из различных источников на фоне дефицита факторов свертывания. Так, у 7,14% (5) пациентов наблюдались желудочно-кишечные кровотечения (из язвы желудка или ДПК, эрозивных язв пищевода, неустановленного источника), у 4,29% (3) пациентов наблюдались кровотечения из ран, у 1,43% (1) пациентов развилось легочное кровотечение (из крупных бронхов) и у 1,43% (1) пациентов наблюдалось кровотечение из носоглотки.

Летальность у пациентов с кровотечениями на фоне ДВС-синдрома составила 60,0%. ДВС-синдром, осложненный массивными кровотечениями, привел к увеличению летальности в 1,46 раза ($\chi^2=1,88$, $p=0,217$) по сравнению с общей летальностью.

Выводы. ДВС-синдром является распространенной проблемой у пациентов с тяжелой ожоговой травмой. Возникновение ДВС-синдрома, осложненного массивными кровотечениями, приводит к увеличению летальности у данной группы пациентов.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ЭТАНОЛОМ

Д.Х. Собиров

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

В настоящее время отсутствие устоявшихся взглядов на основные патогенетические звенья алкогольной комы мешает успешному поиску высокоэффективных средств лечения острых отравлений этанолом. Большинство изученных средств обладает умеренным отрезвляющим потенциалом, а эффективность проявляется преимущественно при профилактическом их применении.

Цель работы: изучить возможность применения препарата «Глутинон», содержащего глутатион, в качестве средства лечения алкогольной комы.

Материал и методы. Исследования выполнены с привлечением 40 больных с острым отравлением этанолом крайне тяжелой степени тяжести: кома 1 и кома 2. Из них 20 человек составили контрольную группу. Пациенты этой группы получали традиционную терапию острых отравлений этанолом, согласно клиническим рекомендациям (инфузионная терапия и витамины). В основную группу были включены 20 больных, которым при поступлении в стационар для лечения алкогольной комы внутривенно капельно вводили препарат «Глутион» (600 мг) 1 раз в сутки в объеме 4 мл на 200 мл 0,9% физиологического раствора.

Средний возраст пациентов в обеих группах составил 47 года.

Тяжесть комы определяли по шкале Pittsburgh Brain Stem Score (PBSS) (Kelsey S.F. et al., 1991). Оценка тяжести и динамики состояния больных проводилась по шкале APACHE-II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation).

При поступлении больным проводилось химико-токсикологическое исследование крови, которое заключалось в определении концентрации этанола, общего и биохимического анализа крови, КОС и уровня лактата.

Результаты. Уровень этанола в крови больных основной и контрольной групп на протяжении 4-часового периода наблюдения колебался от $2,8 \pm 0,28\%$ до $3,95 \pm 0,3\%$ и не зависел от тяжести острого алкогольного отравления и проводимой терапии. Продолжительность комы у пациентов основной группы, получавших препарат «Глутион» (600 мг), составила в среднем 1,5–2,0 ч, в то время как больные контрольной группы приходили в сознание лишь через 4,0–4,5 ч после проведенной традиционной терапии.

Обращает на себя внимание тот факт, что даже после восстановления сознания у большинства пациентов контрольной группы длительное время сохранялась симптоматика тяжелого постинтоксикационного алкогольного состояния в виде: психомоторного возбуждения (у 12 больных, 60%), выраженной дисфории (у 13 больных, 65,5%), кардиалгии (у 11 больных, 55,5%), нарушения сердечного ритма (у 8 больных, 40%), головной боли (у 13 больных, 65,5%), тремора конечностей (у 14 больных, 70%), нарушения координации движения (у 17 больных, 85,5%). Несколько иная картина была выявлена у пациентов основной группы. Так, применение препарата «Глутион» (600 мг) способствовало не только более раннему купированию алкогольной комы, но и практически более легкому течению постинтоксикационного алкогольного синдрома. У больных основной группы указанные симптомы наблюдались значительно реже. Особо следует подчеркнуть, что высокая отрезвляющая эффективность «Глутион» способствовала значительно сокращению (более чем в 4 раза по срав-

нению с контролем) сроков пребывания пациентов основной группы в стационаре ($4,1 \pm 0,4$ и $15,6 \pm 6,5$ ч соответственно).

Вывод. Таким образом, на основании анализа результатов проведенного исследования можно заключить, что препарат, содержащий глутатион (600 мг) («Глутион»), способствовал не только более раннему купированию алкогольной комы, но и более легкому течению постинтоксикационного алкогольного синдрома и значительному сокращению сроков пребывания пациентов основной группы в стационаре.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Ж.М. Тахиров, А.А. Уразбаев, Х.Р. Хударганов

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

Цель. Предметом постоянной дискуссии врачей скорой помощи и сотрудников приемных отделений специализированных стационаров является вопрос о качестве догоспитальной диагностики.

Материал и методы. Материалом исследования явились карты скорой помощи и истории болезни 350 пострадавших, поступивших в 2017–2018 гг. в Хорезмский областной филиал РНЦЭМП. Средний возраст пострадавших составил $43,3 \pm 1,0$ года, большинство из них были мужчины: 65% травм были получены в результате дорожно-транспортных происшествий, падение с высоты имело место в 20% случаев. На месте происшествия у 23% пострадавших систолическое АД превышало 100 мм рт. ст., у 38% был диагностирован шок I степени, у 15% – шок II степени, у 16% – шок III степени, 8% находились в терминальном состоянии. Кроме того, 25% пострадавших находились в состоянии травматической комы. Срок доставки – $71,3 \pm 1,5$ мин.

Наиболее серьезной ошибкой догоспитальной диагностики при тяжелых ранениях и травмах является неоправданное стремление к установлению максимально подробного диагноза, что сопровождается удлинением времени догоспитального этапа и дополнительной травматизацией пациента при его полном раздевании.

Обязательной на догоспитальном этапе должна быть диагностика повреждений и жизнеугрожающих последствий травм, выявление которых требует проведения конкретных лечебных мероприятий врачом скорой помощи:

- тяжелой черепно-мозговой травмы;
- тяжелой травмы позвоночника;
- открытого и напряженного пневмоторакса;
- ран, сопровождающихся кровотечением;
- эвентрации внутренних органов при ранении живота;

– переломов длинных трубчатых костей.

В целом на первом месте стоит выявление жизнеугрожающих последствий травмы, которые могут привести к гибели или ухудшению состояния пострадавшего в период транспортировки, диагностики должна иметь синдромный характер. Однако, к сожалению, она еще не стала общепризнанной среди практических врачей и руководителей скорой помощи. Типичной ошибкой в устранении нарушений внешнего дыхания у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой является несоблюдение показаний к интубации трахеи и ИВЛ.

Другим распространенным недостатком обезболивания на догоспитальном этапе по-прежнему является нередкое применение промедола в качестве основного, а часто и единственного средства анальгезии.

Результаты. Наиболее частые ошибки инфузионной терапии, проводимой на догоспитальном этапе, связаны с тем, что ее объем и характер не в должной мере определяются травматическими факторами. Основными недостатками являются неоправданный отказ от проведения инфузионной терапии при шоке II, III степени и терминальном состоянии, необоснованное увеличение объема инфузии при отсутствии шока и шока I степени (9%), превышение максимально допустимого объема введения коллоидных растворов (1%).

Выводы:

1. При травме опорно-двигательного аппарата при оказании помощи и лечении показаны наркотические анальгетики, однако при сочетании повреждения конечности с черепно-мозговой травмой введение их противопоказано, или, например, сочетание повреждения грудной клетки и перелома плеча не даёт возможности наложить отводящую шину или торакобрахиальную гипсовую повязку.

2. Оказание помощи и лечение со множественными сочетанными травмами на догоспитальном этапе сопряжено с трудностями, связанными с тяжестью общего состояния больных и со сложностью диагностики ведущего повреждения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТАЗА И БЕДРЕННОЙ КОСТИ

*Х.А. Тияков, Э.Ю. Валиев, Б.Р. Каримов,
З.Р. Хасанов, Ж.Ю. Джаббаров, А.С. Яхёев*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Материал и метод. Проведен анализ лечения 130 пациентов с сочетанными повреждениями тазового кольца с переломом бедренной кости, оперированных в РНЦЭМП и его Самаркандском филиале с 2016 по 2020 г. Основную группу составили 68

пациентов, которые получали лечение в соответствии с разработанными нами тактикой и методом, в группу сравнения вошли 62 пострадавших, находившихся на стационарном лечении в 2016–2018 годах со сходными по тяжести клиническими проявлениями.

У всех пострадавших при поступлении было диагностировано сочетанное повреждение таза и переломы бедренной кости, в исследуемой группе было 46 мужчин (67,6%) и 22 женщины (32,4%).

При распределении больных исследуемой группы по характеру повреждения таза мы придерживались классификации группы АО. Больных с повреждением тазового кольца разделили на три группы: с типом А – 19 (51,4%), типом В – 37 (29,7%), с типом С – 12 (18,9%), а в контрольной группе – 11 (79,7%), 31 (8,4%) и 20 (11,9%) соответственно.

При поступлении больных в состоянии травматического шока и с наличием нестабильных повреждений тазового кольца первоочередным лечением были стабилизация тазового кольца, остановка кровотечения и компенсация кровопотери из сосудов таза. Остеосинтез переднего полукольца таза аппаратом внешней фиксации является противошоковой операцией и одним из способов остановки кровотечения в первые часы после травмы.

Результаты и обсуждение. С целью оценки тяжести состояния больных и оценки их эффективности и информативности в контрольной группе в ретроспективном аспекте нами были изучены международные оценочные шкалы: Trauma Score TS, ВРХ – СР, SAPS II. Была отмечена высокая прогностическая значимость последних.

Однако данные шкалы не учитывали тяжесть сегментарных повреждений. По этой причине нами была разработана компьютерная «Программа диагностики и оценки тяжести состояния и тяжести сочетанных повреждений таза и переломов бедренной кости», на которую было получено удостоверение ДГУ. Компьютерная программа представлена обобщением ряда параметров, с помощью которых мы вводили клинко-лабораторные показатели, показатели интенсивности кровотечения и характера переломов костей таза и бедра по классификации АО, по разработанной формуле вычисляли баллы тяжести состояния, при этом максимальный балл был 96 баллов. При показателе до 24 баллов состояние оценивали как стабильное, 25–49 – пограничное и при 50 и более – критическое, данные параметры послужили основой для определения тактики оказания помощи пострадавшим на раннем госпитальном этапе.

Выбор тактики лечения повреждений ОДА по тяжести состояния, согласно балльной оценке тяжести повреждений таза и бедра по классификации АО: при балле 75–96 состояние оценивали как критическое, при этом выполнялись оперативные вме-

шательства только на повреждениях головы, груди и живота неотложного, жизнепасающего характера, повреждения таза и бедра вели консервативно; при балле 50–74 повреждения таза и бедра также вели консервативно, с использованием скелетного вытяжения и иммобилизации гипсовыми повязками; при балле 25–49 состояние оценивали как стабильное, выполняли стабилизацию всех повреждений с использованием малоинвазивных методов на основе аппаратов наружной фиксации; при 6–24 баллах нами использован весь арсенал травматологического пособия – погрузной и наkostный остеосинтез.

Тяжелое состояние пострадавших с сочетанной травмой, обусловленное кровопотерей, сопутствующей жизнеугрожающей травмой, обширными повреждениями костной и мягких тканей, высокий риск развития тяжелых осложнений подтолкнули нас к разработке и совершенствованию малоинвазивных методов остеосинтеза, в связи с чем нами разработана новая модель стержневого аппарата внешней фиксации для лечения сочетанных повреждений таза и бедра, на которую нами был получен патент РФ. Данная модель позволяет стабильную фиксацию и монтаж аппарата в облегченном варианте для стабилизации таза как противошоковое мероприятие, в более сложных вариантах – для репозиции таза и бедра. Данный аппарат позволяет монтаж бедренного компонента для лечения повреждений бедренной кости.

Разработанная лечебная тактика оказания помощи с сочетанными повреждениями костей таза и бедра на этапах лечения позволила снизить летальность с 12,7% до 7,5%, осложнения травматической болезни снизить с 41,9% до 25% ($\chi^2=4,2$, $p=0,04$), также улучшить хорошие ближайшие результаты проведенного хирургического лечения с 66,1% до 92,6%, уменьшить неудовлетворительные исходы с 33,9% до 7,4% ($\chi^2=14,25$, $p=0,0002$).

В сравнительном аспекте изучение ближайших и отдаленных результатов показало, что осложнения после операции в основной группе наблюдались достоверно ниже, чем в контрольной (в основной группе – 25%, в контрольной – 41,9%, $\chi^2=4,2$, $p=0,04$), хорошие ближайшие результаты получены в основной группе – 92,6%, в контрольной – 66,1% ($\chi^2=14,25$, $p=0,0002$), отличные результаты получены у 70,3% пострадавших основной группы и 39,6% контрольной группы ($\chi^2=17,02$, $p=0,00004$). Также показатели качества жизни у пациентов основной группы достоверно ($p<0,05$) превышали аналогичный показатель у пациентов контрольной группы.

Заключение. Для лечения пациентов с сочетанными повреждениями костей таза и переломами бедренной кости в большинстве случаев оптимальным методом выбора является хирургическое лечение. На момент поступления определение тактики хирургического лечения пациентов с сочетанной

травмой таза и бедра осуществляется на основании степени тяжести состояния и тяжести травмы, путем оценки шока, а также сопутствующих повреждений больного. В случае, если состояние больного оценивается как стабильное или пограничное с положительной динамикой, следует при возможности выполнить первичный погрузной остеосинтез. Если гемодинамика больного нестабильна или сопутствующие повреждения несут угрозу для жизни больного, следует действовать согласно тактике запрограммированного этапного лечения – первичной фиксации таза.

ВРЕМЕННАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Р.П. Тулаков, М. Наврузов, Б.Дж. Гелдиев

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Исходы лечения больных с повреждениями кровеносных сосудов нередко зависят от качества помощи на догоспитальном этапе – своевременной и правильной временной остановки кровотечения.

За период с 2020 по 2022 г. в Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП находились на лечении 186 больных с повреждениями сосудов. Из них мужчин было 112 (60,2%), женщин – 74 (39,8%). Службой СМП доставлено 45 (24,2%) больных, а самотёком обратился 141 (75,8%) больной. 94 (50,5%) больным давящая повязка была наложена на месте получения травмы, 14 (7,5%) больным пытались остановить кровотечение путём надавливания на рану руками, 35 (18,9%) больным была наложена обыкновенная повязка, 43 (23,1%) больным был наложен жгут, из них 12 (27,9%) больным комбинировали наложение жгута и давящей повязки. В 2 (4,6%) случаях отмечалось превышение допустимого времени наложения жгута. При осмотре: 15 (34,8%) больным жгут был наложен неправильно, что привело к усилению кровотечения при венозном кровотечении, усугубившему посттравматический шок до II–III степени.

У всех больных, которым была наложена давящая повязка, отмечалась компенсация кровообращения в дистальной части конечности. При сочетании давящей повязки с другими методами остановки кровотечения была достигнута полная остановка кровотечения. Только у 18 (19,1%) больных, которым была наложена давящая повязка, во время операции обнаружено тромбообразование в поврежденных участках сосудов. А из тех больных, которые транспортировались с надавливанием раны руками для остановки кровотечения, у 9 (64,3%) отмечалась постгеморрагическая анемия I–II–III степени. У 12 (27,9%) больных, у которых остановка кровотечения достигалась наложением жгута, отмечалась умеренная анемия, но во время операции мы наблюдали образование

тромбов на обоих концах поврежденного сосуда. В 2-х случаях (4,6%) после длительного наложения жгута (более 6 часов) в конечностях отмечалось усугубление ишемизации до ИБ-IIIА степени по В.С. Савельеву. При ИБ степени ишемии после операции достигнуто восстановление кровообращения в конечности, а при IIIА степени после 2-х этапов операции кровообращение в конечности не восстановилось, после чего конечность была ампутирована.

Выводы:

1) При первичном осмотре надо точно определить характер и вид кровотечения.

2) Наиболее эффективный и безопасный метод временной остановки кровотечения – это сочетание наложения давящей повязки с другими методами временной остановки кровотечения (приподнятые конечности, тампонады раны и т.д.).

3) Широкое использование для временной остановки кровотечений с наложением жгута следует строго ограничить и применять только в случаях ранения магистральных артерий, когда остановить кровотечение другими способами невозможно.

4) Длительное наложение жгута (более 2 ч) может усугублять тяжесть острой ишемии конечности, а при неправильном наложении – усиливать венозное кровотечение.

**МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ РУСЛО
ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ЭЛЕКТРИЧЕСТВОМ**

*Д.Б. Туляганов, А.Д. Фаязов,
В.У. Убайдуллаева, У.Р. Камилов*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи**

За последние 10 лет отмечается увеличение удельного веса электроожогов – с 2,7% до 8% в общей структуре ожогового травматизма. Электротравмы отличаются высокой частотой развития тяжелых ожогов, частота которых составляет 60–80%. Летальность от электроожогов за последние годы не только не уменьшилась, а имеет тенденцию к росту и колеблется в пределах от 2,5% до 10%.

Для изучения локальных изменений, оценки выбора и эффективности лечения у пострадавших с поражениями электричеством нами проведено морфологическое исследование биоптатов кожи, подкожно-жировой клетчатки и прилежащей мышечной ткани пораженных участков. Материал брали из периферических и центральных отделов в разные сроки после травмы и на разных этапах лечения – после некрэктомии, в фазе регенерации и пластического восстановления целостности кожного покрова.

Изменения от воздействия электричества выражались нарушениями кровообращения и сосуди-

стой проницаемости. С 1-х по 10-е сутки от момента получения электротравмы наблюдалось выраженное полнокровие сосудов микроциркуляторного русла с развитием периваскулярных кровоизлияний, что связано с развитием повышения проницаемости стенок сосудов. Сосуды сосочкового слоя дермы были паретически расширены, в просвете наблюдался стаз эритроцитов. Через 12–24 часа развивался внутрисосудистый гемолиз эритроцитов в отдельных сосудах. В запустевших сосудах определялись дистрофические изменения в эндотелии, отек стенки, гомогенизация коллагеновых волокон, пикноз ядер. С увеличением временного промежутка от момента получения электротравмы происходило всё большее вовлечение в патологический процесс сосудов. Если в первые сутки в зоне исследования (1 поле зрения) находилось 4–5 измененных сосудов, то к 5 суткам их количество увеличилось до 9–10.

Дистрофические и некробиотические процессы в стенке сосудов достигали своего максимума на 10–15 сутки после воздействия электричества на кожу. При этом наблюдалось массовое расширение просвета стенки сосудов и гемолиз эритроцитов. Патологические изменения сосудистых стенок – коагуляция и некроз, отек и ломкость их, нарушение кровообращения и проницаемости сосудистой стенки – приводили к развитию некротических процессов в окружающей ткани.

К 15–20 суткам ткани, подвергшиеся действию электрического тока и долгое время находившиеся в парабиотическом состоянии, начинали медленное отторжение и часто подвергались сухому некрозу. В данный период наблюдения в тканях определялась лейко- и лимфоцитарная воспалительная инфильтрация, последняя располагалась в виде отдельных очагов на пораженных участках, вокруг кровеносных сосудов. Воспалительно-некротический процесс также стимулировал развитие тромбозов в сосудистой системе. В то же время в дерме наблюдалась активизация процессов начала регенерации сосудов.

На 25–30 сутки воспалительная инфильтрация носила диффузный характер и занимала достаточно большую площадь исследуемой ткани. При этом картина новообразования сосудов в дерме достигала своей кульминационной точки. На исследуемой площади (в поле зрения) при подсчете находилось от 32 до 40 новообразованных сосудов.

На 46–50-е сутки микроскопическая картина свидетельствовала о восстановлении кровоснабжения пораженных участков и созревании соединительной ткани.

Таким образом, характер и степень нарушений на микроциркуляторном русле находятся в прямой зависимости от глубины и площади травмы, что и определяет в дальнейшем прогноз изменений патологических процессов. При традиционном

подходе к послеоперационному ведению раневых дефектов регенеративные процессы достаточно затянuty, часто осложняются присоединением вторичной инфекции.

РОЛЬ СВОБОДНОГО АММИАКА КАК РАННЕГО МАРКЕРА ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ И ЭНДОТОКСИКОЗАХ

*Д.Б. Туляганов^{1,2}, А.М. Хаджибаев²,
Р.Н. Акалаев^{1,2}, А.А. Стопницкий^{1,2}, М.К. Саидова¹,
А.Д. Фаязов^{1,2}, У.Р. Камбаров¹, Н.Ф. Бердиев¹*

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

²Центр развития повышения квалификации медицинских работников

Свободный аммиак считается одним из маркеров печеночной недостаточности в ее терминальной стадии. Однако в научно-клиническом отделе токсикологии РНЦЭМП в 2015–2017 гг. были получены данные о высоком уровне свободного аммиака у больных с алкогольными гепатитами. При этом у данных пациентов отсутствовали какие-либо признаки острой печеночной недостаточности. Полученные сведения позволили предположить, что гипераммониемия является показателем не терминальной стадии печеночной недостаточности, а наоборот, одним из ранних маркеров токсических гепатитов.

Цель исследования: изучить значимость свободного аммиака как раннего маркера токсического поражения печени при острых отравлениях и эндотоксикозах.

Материал и методы. Нами изучены результаты обследования 178 пациентов с острыми отравлениями гепатотоксичными ядами (алкогольная интоксикация, отравления уксусной кислотой, парацетамолом), а также пациентов с тяжелыми термическими ожогами и панкреонекрозами, поступивших в отделения токсикологии, комбустиологии и хирургии РНЦЭМП в 2021–2022 гг. Из общего числа исследуемых пациентов 118 (66,3%) больных были с острыми отравлениями, 31 (17,4%) больной – с ожогами и 29 (16,2%) – с панкреонекрозами. Среди пациентов с острыми отравлениями гепатотоксичными ядами преобладали больные с алкогольной интоксикацией – 96 пациентов, отравлениями медикаментами (парацетамол, альбендазол) – 10 больных, а также с тяжелыми отравлениями уксусной кислотой – 12. Также в исследовании участвовали пострадавшие с обширными и глубокими ожогами и индексом Франка свыше 60 ЕД. Мужчин было 128 (71,9%), женщин – 50 (29,1%).

Изучались показатели ферментов аланин- и аспартатаминотрансферазы (АлТ, АсТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), щелочной фосфатазы (ЩФ),

уровень билирубина, а также свободного аммиака. Исследования проводили при поступлении и на 5-е сутки. Статистическую обработку данных проводили с помощью программного обеспечения фирмы Microsoft и электронных таблиц Excel.

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным данным, у пациентов с токсическими гепатитами на фоне алкогольной интоксикации при поступлении отмечалось значительное повышение свободного аммиака – в 2,8 раза выше верхнего предела нормы, при этом АлТ, АсТ, ЛДГ, ЩФ были также повышены в 2,1, 1,5, 1,5, 1,1 раза, а билирубин был в пределах нормы. В динамике на фоне лечения уровень свободного аммиака сохранялся на уровне в 1,6 раза выше нормы, в то время как уровень остальных печеночных показателей практически приблизился к нормальным показателям.

У больных с отравлениями гепатотоксичными медикаментами мы наблюдали также гипераммониемию с уровнем свободного аммиака в 1,8 раза выше верхнего предела нормы, из остальных показателей мы наблюдали только незначительное повышение ферментов АлТ, АсТ – в 1,3 раза выше нормы. В дальнейшем, на 5-е сутки, уровень аммония был также в 1,7 раза выше нормы, что коррелировало с показателями АлТ, АсТ, ЛДГ, ЩФ и билирубина.

При изучении пациентов с отравлениями уксусной кислотой отмечались более выраженные признаки токсического гепатита. Это выражалось в повышении уровня аммония в 3,4 раза, АлТ, АсТ, ЛДГ, ЩФ, билирубина в 2,8; 2,2; 1,3; 1,2; 1,7 раза выше нормы, а в динамике эти же показатели увеличились – до 3,5; 3,2; 2,3; 1,3; 1,4; 1,9 раза выше нормы, что свидетельствовало о нарастании интоксикации и токсического поражения печени.

У тяжелообожженных уже в первые сутки при наличии относительно незначительных изменений в биохимических показателях уровень свободного аммиака превышал верхний предел нормы в 4,1 раза, а в динамике аммоний повысился до 7,1 раза выше верхнего предела физиологической нормы. Уровень АлТ, АсТ при этом превысил нормальные показатели всего в 2,4; 2,7 раза, а показатели ЛДГ, ЩФ и билирубина оставались в пределах нормы. При этом сверхвысокий уровень свободного аммиака у тяжелообожженных соответствовал тяжести клинических симптомов интоксикации.

Исследование пациентов с панкреонекрозами показало картину незначительной ферментопатии в виде повышения показателей АлТ и АсТ в 1,6 и 1,8 раза, при этом уровень свободного аммиака превышал норму в 1,9 раза, а в динамике данный показатель повысился до 2,54 раза выше нормы при относительно незначительном увеличении уровня АлТ и АсТ. Уровень ЛДГ, ЩФ и билирубина при этом оставался в пределах нормы как при поступлении, так и в динамике.

Выводы:

1. Несмотря на различие первичных факторов поражения печени как экзогенной, так и эндогенной этиологии, мы наблюдали в первую очередь нарушение дезинтоксикационной функции печени, включая процесс обезвреживания аммиака.

2. Повышение уровня свободного аммиака может служить ранним маркером токсического поражения печени, а также начала развития печеночной недостаточности.

3. Сверхкритический уровень аммония, который наблюдается у пациентов с ожогами, отравлениями алкоголем, уксусной кислотой, требует значительного пересмотра лечебной тактики у данной категории пациентов и включения в состав интенсивной терапии препаратов, обладающих аммиак-связывающими свойствами.

ПРИНЦИПЫ ТАКТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

А.Ю. Тухтакулов, Б.А. Уринов, Н.И. Махмудов

Ферганский филиал РНЦЭМП

Тактика врача скорой медицинской помощи – средства и методы, применяемые выездными бригадами скорой медицинской помощи для своевременного и эффективного оказания экстренной медицинской помощи. От того, насколько правильно выбрано тактическое решение на догоспитальном этапе, нередко зависит исход заболевания.

Тактика общения врача с пациентом и его окружением. Первый контакт с человеком, встречающим бригаду скорой медицинской помощи (СМП), чрезвычайно важен по следующим причинам: 1) Часто по поведению и высказываниям встречающего можно определить, что ожидает бригаду скорой медицинской помощи на вызове, и подготовиться к необходимым действиям. Например, взять с собой носилки; или найти старшего по работе в очаге массового поражения; или немедленно связаться со старшим дежурным врачом службы «103»; либо вызвать милицию и пр. 2) Если встречающий раздражен длительным ожиданием бригады СМП, следует предложить встречающему отложить разговор на время после оказания помощи пациенту. В любом случае со встречающим врач СМП должен поздороваться первым. 3) Не следует идти к пациенту впереди встречающего, поскольку вы заранее не знаете обстановку на вызове. Бывают случаи, когда встречающий умалчивает о возможной агрессии со стороны пациента.

Спокойствие, доброжелательность, отзывчивость, внимание при первом контакте с окружением пациента облегчают выполнение вызова.

Врачу скорой медицинской помощи в любом случае необходимо начинать свою деятельность

с оценки общего состояния больного, а впоследствии определить очередность диагностических и лечебных мероприятий. Если по прибытии к месту вызова обнаруживается, что состояние больного тяжелое (крайне тяжелое), то в большинстве случаев сначала необходимо оказать соответствующую помощь и лишь затем продолжить обследование. Если условия позволяют, будет грубой ошибкой не провести детальное обследование пациента. Даже если нельзя поставить точный диагноз заболевания или повреждения, правильная оценка состояния больного позволит принять соответствующее решение. Состояние больного либо удовлетворительное, либо тяжелое, но никогда не определяется как «относительно удовлетворительное». Тяжесть состояния оценивают по степени (средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое).

На тяжесть состояния указывают: а) анамнестические данные; например, если больной жалуется на характерные боли в области сердца, то его состояние нельзя расценить как удовлетворительное, несмотря на отсутствие явных нарушений дыхания, кровообращения и патологических изменений электрокардиограммы; б) нарушение или отсутствие сознания; в) бледность, цианоз, «мраморность» кожи, интенсивное потоотделение, кровоизлияние в кожу и подкожную клетчатку, снижение тургора; г) отек либо крепитация подкожной клетчатки; д) нарушения дыхания: апноэ, брадипноэ, тахипноэ, стенотическое дыхание; е) любые нарушения кровообращения; ё) подозрение на внутреннее кровотечение; ж) очаговые симптомы поражения ЦНС.

При назначении лекарств необходимо: 1) обязательно спросить у больного, какое лекарство ему помогает при обострении его заболевания, если он болен не впервые; 2) по возможности выяснить, переносит ли больной лекарство, которое вы собираетесь ему назначить; 3) знать наизусть основное и побочное действие лекарств, имеющихся на оснащении бригад СМП, показания и противопоказания к их применению; 4) использовать в первую очередь то лекарство, положительные и отрицательные стороны которого вам хорошо известны и по литературе, и из вашей практики; 5) быть готовым к необходимости купировать нежелательные побочные эффекты от назначенного вами лекарства.

Принятие решения о дальнейшем лечении. После оказания необходимой помощи нужно решить:

- нуждается ли пациент в дальнейшем медицинском наблюдении или лечении;
- если да, то, в каком – амбулаторном, стационарном, плановом или экстренном;
- если больной не нуждается в госпитализации, то врач должен оставить больного и дать рекомендации;

➤ больные бывают нетранспортабельными и транспортабельными. Если больной нетранспортабелен, тогда надо продолжить лечение, вызвав спецбригаду по профилю. А транспортабельного больного надо госпитализировать в стационар;

➤ если больной откажется от госпитализации, врач скорой помощи должен сделать активный вызов в поликлинику и вызвать участкового врача. После врач скорой помощи должен информировать старшего врача и действовать по его рекомендации.

Выводы. 1) При организации оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе с линейными врачами скорой медицинской помощи необходимо полное оснащение аппаратурой и лекарственными препаратами. 2) Служба скорой медицинской помощи должна быть более доступной и оперативной.

При правильном и своевременном лечении на догоспитальном этапе уменьшается срок стационарной помощи, что приводит к снижению инвалидности и летальности.

КОМПЬЮТЕРНЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОТКРЫТОЙ ТРАВМОЙ КОНЕЧНОСТИ

А.Ю. Тухтакулов, Б.С. Усманов, В.Г. Хошимов

Ферганский филиал РНЦЭМ

Последнее десятилетие характеризуется широким внедрением современных информационных технологий в медицинскую практику. Внедрение электронных баз данных в медицинских учреждениях позволяет работать с широким контингентом больных и проводить углубленный клинический анализ.

В Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (ФФРНЦЭМП) с 2004 года было начато и осуществляется поэтапное внедрение компьютерных информационных технологий, программное обеспечение которых осуществляется системой «EXTERNET». Реализация задач, поставленных перед данной системой, осуществляется, в частности, путём создания:

- электронного носителя информации – электронной истории болезни (ЭЛИБ);
- программных терминалов или же автоматизированных рабочих мест (АРМ), через которые информация генерируется и используется.

В ЭЛИБ накапливается вся информация о больном, начиная с первичного осмотра, заканчивая выписным эпикризом. Она находится в удобной и

доступной форме для оперативного пользования и хранения в электронном архиве.

АРМ, по сути, является заранее разработанной технологией эффективного, совокупного использования персонального компьютера и специализированного программного обеспечения. Последнее создается с учётом специфики профессиональных обязанностей сотрудника, который будет ей пользоваться. Таким образом, предназначение АРМ – это автоматизация как всего лечебно-диагностического процесса в целом, так и функций каждого из его звеньев, обеспечение эффективного информационного обмена между различными составляющими процесса, оказания неотложной помощи, и при качественной разработке может являться мощным инструментом поддержки принятия решений для различных категорий сотрудников.

В настоящем сообщении приводим структуру, содержание и технологию информационной и интеллектуальной поддержки врачу экстренной микрохирургии с помощью специально разработанного нами «АРМ оперблок», основной целью которого является оптимизация оказания помощи больным с открытой травмой конечности путём использования достижений современных компьютерных технологий.

Для решения поставленной задачи разрабатывается текстовая и иллюстрационная информационная база «АРМ» для поддержки действия микрохирурга на этапе диагностики и оперативного вмешательства в виде алгоритмов действий и схем. Информация предоставляется АРМ-ом в виде четко скомпонованных правил действия при оказании экстренной микрохирургической помощи больным как на этапе определения тяжести травмы, характера повреждений, выбора тактики оперативного вмешательства, так и непосредственно во время самой операции. При разработке данных правил учитывается опыт лечения более 1200 больных с открытыми травмами конечностей, сопровождающимися повреждениями сосудов, нервов, сухожилий и дефектом тканей, прошедших через отделение сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП.

К примеру, имеется подозрение на травму сосудов верхней конечности на уровне плеча. Алгоритм предоставления информации при данном виде травм следующий:

- травма плечевого пояса и плеча;
- травма кровеносных сосудов на уровне плечевого пояса и плеча;
- травма подмышечной артерии:
 - а) топография артерии;
 - б) клинические признаки повреждения;
 - в) методы восстановления;

- г) внутри- и послеоперационные осложнения;
- д) рекомендуемая медикаментозная терапия.

Топография подмышечной артерии в данном случае представлена в виде слайдов на различных срезах (сагиттального, фронтального и др.) и уровнях плеча (верхняя, средняя треть и т.д.). В разделе «Клинические признаки повреждения артерии» даны подробные описания симптомов, характерные для данного вида травм в виде схем и слайдов. Для выбора оптимальных методов её восстановления врачу предоставлены наиболее приемлемые варианты хирургической тактики (лигирование, шов, аутовенозное протезирование или шунтирование артерии) в каждом конкретном случае. В следующем разделе программа предупреждает о возможных внутри- и послеоперационных осложнениях, а также выдает рекомендуемую медикаментозную терапию. Подобная информация дается врачу при подозрении или наличии повреждений определенных нервных стволов, сухожилий, дефектов тканей на различных уровнях конечностей.

Применение описанной информационной поддержки с использованием компьютерных технологий уменьшает надобность в поиске необходимой информации традиционным способом (монографии, журналы, статьи и т.д.) с определенной тратой времени или консультативную помощь более опытных коллег, которые зачастую бывают недоступны.

Учитывая тот факт, что открытые травмы конечностей нередко сопровождаются значительным разрушением тканей, серьезным нарушением их анатомии, предоставляемые «АРМ оперблок» иллюстрированные материалы играют важную роль во время оперативного вмешательства.

В заключение необходимо отметить, что достижения компьютерных технологий имеют большой потенциал, полноценное использование которого в практике неотложной медицинской помощи улучшает её качество на каждом этапе и способствует повышению квалификации врача.

ОТДЕЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

*Е.Ю. Тявокина^{1,2}, И.М. Барсукова^{1,3},
Х. Бежауи, Н.П. Седых²*

¹ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Россия,

²ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», г. Санкт-Петербург, Россия,

³ФГБОУ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Россия

Востребованность специализированной психиатрической медицинской помощи (МП) в многопрофильном стационаре (МПС) не вызывает сомнений. Это пациенты с повреждением и дисфункцией головного мозга, возникшими в результате острой травмы и болезни; лица, обнаружившие расстройства психики и поведения в процессе оказания МП вследствие интоксикации, инфекции, сосудистой катастрофы, отравления психоактивными веществами, декомпенсации хронического состояния; хронические и коморбидные пациенты психиатрического профиля, суициденты, оказавшиеся в МПС с соматической патологией. Чаше специализированная психиатрическая МП требуется на койках реанимационного, токсикологического, нейрохирургического, неврологического профиля.

Вместе с тем в Республике Узбекистан (РУ) и Российской Федерации (РФ) ряд неразрешенных вопросов, возникающих при оказании специализированной стационарной МП лицам с расстройствами психики и поведения, оставляет штатная структура МПС и организационно-правовая основа медицинской деятельности.

Психические болезни, или расстройства психики и поведения, отнесены законодательствами РУ и РФ к социально значимым заболеваниям. Согласно Закону Республики Узбекистан от 29.08.1996 г. № 265-I «Об охране здоровья граждан» (Закон РУз № 265-I) и Федеральному закону Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ РФ № 323-ФЗ), отношения, возникающие в процессе оказания МП лицам с такими заболеваниями, регулируются специальными нормативно-правовыми актами (НПА).

Важно, что в названных НПА содержатся нормы, позволяющие реализовать лицу без его согласия МВ в условиях МПС, если состояние лица не позволяет ему выразить свою волю, если выполнение неотлож-

ного МВ необходимо в интересах гражданина решением консилиума или лечащим (дежурным) врачом (ст. 26 Закона РУз № 265-І) и если МВ необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека (п.1 ч. 9 ст. 20 ФЗ РФ № 323-ФЗ).

Предметом дискуссии является вопрос о том, может ли такое вмешательство быть психиатрической помощью, представленной в обеих странах практически одинаковым комплексом медицинских мероприятий.

Закон Республики Узбекистан от 12.05.2021 г. № ЗРУ-690 «О психиатрической помощи» (Закон РУ № ЗРУ-690) устанавливает важное понятие: «психиатрическое учреждение – медицинское учреждение, основной функцией которого является оказание психиатрической помощи» (ст. 3) и разрешает лечение «без информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера, а также при недобровольной госпитализации в психиатрическое учреждение» (ст. 14). В этой связи возможно ли рассматривать, например, нейрохирургическую койку территорией оказания психиатрической помощи? Есть ли в каждом МПС одновременно нужное количество штатных единиц, ибо «принятие решения о необходимости оказания психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса осуществляется исключительно комиссией врачей-психиатров» (ст. 21)?

Закон Российской Федерации от 02.07.1992 г. № 3185-І «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изменениями и дополнениями) (Закон РФ № 3185 І) не оперирует понятием «экстренный» применительно к форме оказания МП, тем самым не предоставляя возможности применить п. 1 ч. 9 ст. 20 ФЗ РФ № 323-ФЗ, если в МПС есть лицензия на оказание стационарной психиатрической помощи (в РФ не так категорично определяется территория для оказания психиатрической помощи, это медицинская организация, оказывающая психиатрическую помощь в стационарных условиях (ст. 13.1 Закона РФ № 3185-І). Но решение о недобровольной госпитализации, лишь в рамках которой применяют меры физического стеснения и изоляции, требует тех же организационно-штатных решений, так как в большинстве случаев необходима комиссия врачей-психиатров (ст. 20 Закона РФ № 3185-І).

По нашему мнению, для лица с коморбидной патологией необходимо нормативное определение, разрешающее оказание специализированной психиатрической МП в МПС до стабилизации соматического состояния лица, и выделение необходимого штата медицинского персонала, исходя из типа и мощности МПС и потребности в психиатрической помощи.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ СЛОЖНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО МАРШРУТА ПАЦИЕНТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ И ДИСФУНКЦИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

**Е.Ю. Тявокина^{1,2}, И.М. Барсукова^{1,3},
Х. Бежауи, Н.П. Седых²**

¹ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Россия,

²ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», Санкт-Петербург, Россия,

³ФГБОУ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Россия

Основные положения Конституции Республики Узбекистан и Конституции Российской Федерации, созданные с учетом исторического и международного опыта по защите и гарантиям прав и свобод человека и гражданина, непосредственно выражаются в нормах, регулирующих сферу здравоохранения в государствах. Основопологающими отраслевыми нормативными правовыми актами (НПА) в этой связи являются Закон Республики Узбекистан от 29.08.1996 г. № 265-І «Об охране здоровья граждан» (Закон РУз № 265-І) и Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ РФ № 323-ФЗ).

В обоих государствах важнейший вопрос в реализации медицинского вмешательства (МВ) – исполнение процедуры информированного добровольного согласия медицинским работником (МР) при осуществлении МВ (ст. 26 Закона РУз № 265-І; ст. 20 ФЗ РФ № 323-ФЗ). Лицо (или его законный представитель), нуждающееся в медицинской помощи (МП), должно быть информировано МР о целях, методах, рисках, вариантах, последствиях, предполагаемых результатах предстоящего МВ; соблюдение такого регламента обеспечивает как добровольное согласие лица на МВ, так и его легитимный отказ (ст. 24, 25, 27 Закона РУз № 265- І; ст. 19, 20 ФЗ РФ № 323-ФЗ).

В ежедневной врачебной деятельности нередки случаи, когда волеизъявление лица, нуждающегося в МВ, бывает нарушенным, при этом могут отсутствовать законные представители лица, недееспособного в силу возраста или хронического психического расстройства, и, следовательно, не способного по своему правовому статусу в полной мере участвовать в процедуре получения информированного добровольного согласия.

В Российской Федерации (РФ) МП классифицируется по видам, условиям и форме оказания (ст.

32 ФЗ РФ № 323-ФЗ). Законодатель, выделяя как вид скорую, в том числе скорую специализированную МП, предписывает ее оказание гражданам «при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства... в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях (ч. 1, 2 ст. 35 ФЗ РФ № 323-ФЗ). При этом в законе даны определения формам оказания МП: «1) экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента; 2) неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента...» (ч. 4 ст. 35 ФЗ РФ № 323-ФЗ).

В РФ есть закрытый перечень оснований, по которым МВ допускается без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя: «1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители... ; 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами; 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления); 5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы; 6) при оказании паллиативной медицинской помощи, если состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю и отсутствует законный представитель» (ч. 9 ст. 20 ФЗ РФ № 323-ФЗ).

Как следует из первого пункта приведенного перечня, экстренная форма оказания МП при состоянии лица, не позволяющем выразить ему свою волю (или при отсутствии законных представителей), МР вправе осуществить МВ без согласия лица, которому требуется МП.

Но пациенты с повреждением и дисфункцией головного мозга нередко сохраняют пороки волеизъявления, препятствующие легитимному получению согласия на МВ (отказу от него) на протяжении всего медицинского маршрута в медицинской организации. При этом их состояние стабилизируется, медицинские показания требуют неотложной, а затем и плановой формы МП. В ряде случаев возникает необходимость в паллиативной помощи; процедура признания пациента паллиативным законами РФ не регламентирована.

В Узбекистане «скорая медицинская помощь оказывается специальной службой скорой медицинской помощи государственной системы здраво-

охранения...» (ст. 30 Закона РУз № 265-І). Выделяют также первичную медико-санитарную, неотложную, специализированную, медико-социальную помощь гражданам, страдающим социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями (ст. 29-33 Закона РУз № 265-І). В нормах Закона РУз № 265-І не определены формы оказания МП, однако выполнения неотложного МВ в интересах гражданина решением консилиума или лечащим (дежурным) врачом «в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю» (ст. 26 Закона РУз № 265-І) извещает МР от возможных диагностических ошибок, сохраняет ресурсы здравоохранения и общества.

Сравнительно молодые отраслевые НПА с дальнейшим развитием общества и здравоохранения в государствах потребуют новелл, в которых важно представить всю полноту механизмов гарантий и защиты прав и свобод человека и гражданина.

ЗНАЧЕНИЕ ПК ЦИСТОСТОМИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ МОЧЕВОГО ТРАКТА У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

*Г.У. Убайдулаев, Б. Исмамов,
У. Мамадиев, Ш. Туйчиев*

Джизакский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Среди поступивших в стационар по экстренным показаниям пациенты с повреждением опорно-двигательного аппарата занимают одно из ведущих мест. Из них 85% (Lightner D.J., 1998) составляют страдающие травмами позвоночника, сопровождающимися нарушением функций спинного мозга. Острая задержка мочи у этой категории больных разрешается, как правило, катетеризацией мочевого пузыря. Даже однократная катетеризация мочевого пузыря, а тем более длительное дренирование, приводит к инфицированию мочевых путей, проявляющемуся от асимптомной бактериурии до уросепсиса, профилактика которого является важнейшей задачей в современной урологии.

Цель исследования: разработка вариантов предотвращения гнойно-септических поражений мочевого тракта у спинальных больных с задержкой мочи после катетеризации.

Материалы и методы. В период с 2015 по 2020 год в нейрохирургическом отделении Джизакского филиала РНЦЭМП нами пролечены 24 больных с травмами позвоночника и спинного мозга, осложненными острой задержкой мочи. Возраст больных колебался от 19 до 58 лет. Мужчин было 21, женщин – 3. Длительность задержки мочи от последнего мочеиспускания составила от 8 до 24 часов. Кроме общеклинических методов исследования, больные подвергались ультразвуковому исследованию по-

чек, мочевого пузыря, простаты. Всем больным произведена экстренная катетеризация мочевого пузыря и установлен катетер Фолея. Назначена антибактериальная терапия.

Обсуждение. После прохождения 3–4 дней у всех 24 больных катетеры Фолея были удалены. В результате последующего наблюдения установлено, что восстановление самостоятельного мочеиспускания было у 5 больных. После удаления катетера у них в течение 3 дней в анализах мочи наблюдалась лейкоцитурия. У 19 больных самостоятельное мочеиспускание не восстановлено. Из них у 11 снова установлен катетер Фолея, а 8 больным произведена троакарная цистостомия. Все больные получали антибактериальную терапию ципрофлоксацином. У больных троакарной цистостомией признаков гнойно-септического поражения мочевого тракта не было. Имевшаяся умеренная лейкоцитурия исчезла в течение 3–4 дней. У 5 больных катетер Фолея находился в сроки от 18 до 26 дней. Им в эти сроки была произведена троакарная цистостомия из-за начавшегося гнойно-воспалительного процесса мочевыводящих путей. После наложения ПК цистостомии признаки воспаления прошли у них в сроки от 4 до 8 дней. Осложнений от троакарной цистостомии не было.

Заключение. Всем спинальным больным необходима катетеризация мочевого пузыря. Катетер Фолея рекомендуется удалять через 3–4 суток. Более длительное нахождение катетера у больных приводит к развитию гнойно-воспалительного поражения мочевых путей. Больным, у которых в указанные сроки самостоятельное мочеиспускание не восстанавливается, для профилактики гнойно-септических процессов мочевого тракта целесообразно наложение ПК цистостомии.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК

Г.У. Убайдуллаев, Б. Исматов, О. Низомов

Джизакский филиал РНЦЭМП

Среди вопросов современной неотложной урологии особого внимания заслуживают повреждения мочеполовой системы, в частности, травмы почек.

При травмах почек наряду с клиническими исследованиями (общий анализ крови, мочи и экскреторная урография) с получением новой технологии одним из ведущих методов исследования в неотложной урологии стала эхография.

Естественно, подход к диагностике и лечению травмы почек резко изменился.

Цель исследования: изучить состояние диагностики и лечения больных с травмой почек с внедрением эхографии.

Материал и методы. Наш центр оснащен многофункциональным цифровым УЗИ-аппаратом «MINDRAY» с конвексным датчиком 3,5–7,5 мГц.

В период 2015–2020 г. в приемно-диагностическое отделение Джизакского филиала РНЦЭМП поступили 113 больных с травмами мочеполовых органов, из них 33 (29,3%) пациента – с травмой почек.

Из 33 больных 19 (57,5%) были доставлены скорой мед. помощью, 11 – самотеком (33,3%) и 3 (9%) пострадавших доставлены из субфилиалов области.

Среди госпитализированных больным трое поступили в шокоем состоянии, и они, минуя приемное отделение, были сразу госпитализированы в реанимационное отделение, где им были проведены необходимые исследования, противошоковая и гемостатическая терапия. Всем 33 больным сделано УЗИ-исследование и по показаниям – урография.

Возраст больных колебался от 6 до 67 лет. Мужчин было 23, женщин – 10.

Травмы почек часто протекают с клинической симптоматикой повреждения органов брюшной полости. Во всех случаях после травмы отмечались боль соответствующей почечной проекции, симптомы в различных сочетаниях, характерных для повреждения почки: образование околопочечной гематомы, гематурия.

В зависимости от клинического течения, гемодинамики, лабораторных данных, а также на основании УЗИ-исследований больные были распределены на три группы.

I группу составили 15 (45,4%) больных, у которых при экскреторной урографии функция почек не нарушена, выхода контрастного вещества за пределы почек не наблюдали, УЗИ почек: контуры ровные, паренхима однородная, чашечно-лоханочная система не расширена. Этим больным поставлен диагноз «ушиб почки» и проведена консервативная терапия.

II группу составили 7 (21%) пациентов. Обзорная и экскреторная урографическая картина была аналогична первой группе. При УЗИ контуры почек ровные, четкие, чашечно-лоханочная система не расширена, но под капсулой почек определялись объемные образования различных размеров, пониженной однородной эхогенности. Этим больным установлен диагноз «субкапсулярный разрыв почки». Проведена консервативная терапия.

В III группе больных у 11 (27,2%) на экскреторной урографии определили затек контрастных веществ за пределы полостной системы. На УЗИ: контуры почек нечеткие, расширение полостной системы, за пределами почек обнаружены эконегативные образования различных размеров. Объем гематомы определяли с помощью двухплоскостного сканирования, он составил от 30 до 180 см. В этой группе УЗИ показывало наличие у всех больных околопочечной гематомы. Больным проведены органосохраняющие операции: 10 больным

ушиты разрывные части почек, одному больному проведена нефрэктомия через 12 часов с момента поступления по поводу тотального разрыва почек.

Вывод. УЗИ-исследование почек, наряду с рентгенологическим исследованием, является наиболее эффективным методом диагностики и лечения при травмах почек. Применение данного метода при диагностике и лечении с травмами почек дает возможность определить тактику ведения до операции, существенно снизить послеоперационные осложнения и в целом улучшает результаты хирургического лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И КОСТЕЙ ГОЛЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОС

*Ж.Д. Уразбаев, А.А. Уразбаев,
И.З. Нурматов, Х.Р. Хударганов*

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

Материалы и методы. С 2020 по 2022 г. в Хорезмском областном филиале РНЦЭМП 200 больных с множественными переломами костей голени и плеча произведено 300 операций остеосинтеза плечевой и большеберцовой костей методом БИОС. Мужчин – 170 (56,6%), женщин – 130 (43,3%). Все операции проводились с помощью электронно-оптического преобразователя (ЭОП). Оперативные вмешательства у 140 (46,6%) больных проводили под СМА, у 80 (26,6%) больных – под регионарной, у 40 (3,3%) больных – под перидуральной, у 40 (13,3%) больных – под в/в анестезией. Производилась закрытая одномоментная ручная репозиция костных отломков большеберцовой и плечевой костей, и из небольшого разреза после соответствующей обработки кожи антисептиками в области коленного сустава и проксимального эпифиза плечевой кости – антеградный остеосинтез большеберцовой и плечевой кости блокирующими гвоздями продукции фирмы ChM (Польша), Irene (Китай), Double Medical (Китай) – полыми цельными гвоздями.

Результаты. В послеоперационном периоде дополнительная гипсовая иммобилизация не применялась, а активные движения начинали с 2–3 суток. Ходьба с частичной нагрузкой на поврежденную конечность разрешалась с 3–4 дня индивидуально. В раннем послеоперационном периоде у 3 больных отмечалось нагноение мягких тканей в области перелома, которое удалось купировать антибиотиками и антисептиками, в 7 случаях отмечалась замедленная консолидация оскольчатых переломов большеберцовой кости, при которых произведены динамизация гвоздя, перелом винтов – в 3, миграция винтов – в 2, сращение после остеосинтеза – в 290 (96,6%) случаях. Несращение: у 1 больного – остеомиелит, 2 больных – недавно оперированные.

Выводы:

Малоинвазивный остеосинтез переломов большеберцовой и плечевой кости с интрамедуллярными стержнями с блокированием способствует восстановлению опороспособности конечностей.

Применение малоинвазивных методов остеосинтеза позволяет сэкономить время операции, не вызывает кровопотерю, способствует стабилизации поврежденных конечностей, снижает опасность вторичного смещения.

При применении БИОС отсутствует необходимость в дополнительной внешней иммобилизации.

РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

*А.Д. Фаязов^{1,2}, М.Д. Уразметова¹, Ш.А. Магдиев¹,
У.Р. Камилов¹, А.Р. Халилов²*

¹Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,

²Центр развития повышения квалификации
медицинских работников

Актуальность. Кожа – самый большой орган человеческого организма, непосредственно контактирующий с окружающей средой. Следовательно, кожа уязвима для различного вида повреждений, особенно ожоговых. Заживление ожоговых ран представляет собой тесное взаимодействие между различными типами клеток, цитокинами, медиаторами воспаления, нейроваскулярной системой и ремоделированием матрикса. Применение клеточных технологий значительно улучшило процесс восстановления кожи за счет своевременной эпидермизации, взаимодействия эпидермально-стромальных клеток, ангиогенеза и ингибирования образования гипертрофических рубцов и келоидов.

Цель исследования: изучить современные представления об основах, достижениях, проблемах и перспективах применения клеточных технологий при лечении тяжелообожженных.

Материалы и методы. Проведен анализ более 200 источников доступной современной литературы стран ближнего и дальнего зарубежья по теме исследования.

Результаты и обсуждение. Хотя до сегодняшнего дня хирургические методы лечения ожоговых ран с применением как раневых покрытий, так и закрытий раневых дефектов алло- и аутооттрансплантатами продолжают оставаться основной терапией пострадавших с ожогами, такой значительный недостаток данных методов, как дефицит тканей для закрытия дефекта, является подспорьем для активного поиска и применения альтернативных средств ликвидации обширных ожоговых ран.

Так, начиная с середины прошлого столетия начаты исследования в сфере тканевой инженерии

и клеточных технологий. Было введено понятие «Клеточная терапия» (терапевтическое введение живых клеток в организм, направленное на регенерацию тканей, поддержку или восстановление функции (заживление ран), или модуляцию патофизиологических процессов (например, воспалительная и иммунная реакция).

С тех пор было предложено множество различных технологий: выращивание *in vitro* клеток кожи (фибробластов, кератиноцитов), нанесение суспензии на рану, состоящую из аутоклеток, тканеинженерные конструкции («живой дермальный эквивалент», «живой эквивалент кожи»), а также биосинтетические покрытия, имитирующие кожу.

Были начаты эксперименты с применением аутокератиноцитов, которые показали неплохой результат. Однако широкое применение данного метода ограничено тем, что культивирование аутокератиноцитов занимает достаточно длительный период времени (3–4 недели). За это время рана инфицируется, и приживления клеток не происходит. Кроме того, использование аутокератиноцитов делает невозможным создание банка клеточных трансплантатов. Также методика не всегда эффективна при трансплантации клеток на гранулирующую рану.

Далее был разработан оригинальный и эффективный способ лечения пациентов с глубокими ожоговыми ранами, принципиально отличающийся от всех известных в мировой практике тем, что в качестве основного компонента культивированного пласта клеток впервые использованы не кератиноциты, а фибробласты. Исследования показали, что при применении культивированных аллофибробластов сокращается потребность в ресурсах донорской кожи, обеспечивается быстрая эпителизация раневой поверхности и своевременное восстановление целостности кожного покрова, улучшаются косметические и функциональные результаты. Однако и у этого метода имеются определенные недостатки. Для выращивания аллофибробластов необходимо 3–4 дня, вместе с тем пересадка аллогенных клеток может привести к сенсибилизации организма чужеродными антигенами. К тому же нельзя гарантировать отсутствие у донора тяжелых инфекционных заболеваний.

Но всё же фибробласты и кератиноциты являются распространенными клетками, используемыми в покрытиях для заживления ран и ожогов. Кератиноциты являются основным клеточным компонентом эпидермиса и отвечают за его стратифицированную структуру, образуя многочисленные плотные межклеточные соединения. Фибробласты являются основным типом клеток дермы, которые производят компоненты внутриклеточного матрикса и выделяют различные факторы роста (ТФР-β), цитокины (TNF-α) и матриксные металлопротеиназы, которые обеспечивают форми-

рование ВКМ, пролиферацию и дифференцировку кератиноцитов. Коммерческие продукты, такие как Epicel, Cryoskin и BioSeed-S, содержат кератиноциты; Dermagraft, TransCyte и Hyalograft 3D – фибробласты; Apligraf, Theraskin и OrCel – их комбинацию.

Использование этих клеток позволяет осуществлять крупномасштабное производство стандартизированных партий продукции.

Следующими в поле зрения ученых попали стволовые клетки. Начаты исследования по применению эпидермальных стволовых клеток (ЭСК), мезенхимальных стволовых клеток (МСК) и стромальных стволовых клеток (ССК).

Эпидермальные стволовые клетки (ЭСК) представляют особый интерес для регенерации тканей кожи, поскольку они обладают такими благоприятными свойствами, как высокая скорость пролиферации и легкодоступность, а также сохраняют свою действенность и потенциал дифференцировки в течение длительного времени. Более того, поскольку ЭСК можно легко получить из кожи пациента и пересадить тому же пациенту, этические проблемы не ограничивают работу с ЭСК. Трансплантаты, содержащие аутологичные ЭСК, доказали свою эффективность при лечении обширных ожоговых дефектов кожи.

Мезенхимальные стромальные клетки (МСК) имеют сходные (не идентичные) характеристики с ЭСК и могут быть получены из различных тканей, даже из кожи. Они обладают высоким потенциалом дифференцировки, определенной степенью пластичности и могут генерировать клетки мезодермальной, эктодермальной и энтодермальной линий. Их иммуномодулирующая активность основана на высвобождении противовоспалительных цитокинов и ингибировании пролиферации естественных клеток-киллеров, Т-клеток и В-клеток. МСК считаются гипоиimmunогенными, поскольку они не экспрессируют молекулы I и II класса главного комплекса гистосовместимости (ГКГС) и ко-стимулирующие белки (например, CD40, CD80, CD86). Поэтому трансплантация аллогенных МСК имеет низкий риск иммунного отторжения. Возможные недостатки МСК заключаются в том, что опухолевое микроокружение может вызывать изменения тканей в способности к ангиогенезу и противоопухолевой реакции. Более того, они могут генерировать опухоль-ассоциированные фибробласты и изменять фенотип нормальных иммунных клеток на иммуносупрессивный и способствующий развитию опухолей.

В настоящее время наибольший интерес в области регенерации тканей представляют индуцированные плюрипотентные стволовые клетки (иПСК); используя перепрограммирование соматических клеток, мы можем создавать специфические для пациента клетки с индивидуальным фенотипом и применять их в практике. Наиболее часто

используемыми клетками для перепрограммирования клеток являются дермальные фибробласты, меланоциты и кератиноциты, поскольку они легко доступны и могут быть выделены посредством пункционной биопсии.

Однако количество рандомизированных контролируемых доклинических и клинических исследований остается недостаточным для практического применения стволовых клеток.

Заключение. Множество проблем ограничивают внедрение и быстрое распространение новых продуктов для клеточной терапии. Прежде всего исследования и их производство требуют больших затрат денег, времени и труда, а также сложного и специфического оборудования. Для покрытия обширных областей ожога необходимо огромное количество клеток, и если они не являются аутологичными или гипоиммунными, заменитель может быть отторгнут. Препараты с клеточным материалом должны транспортироваться и храниться в определенных условиях, которые трудно поддерживать, а срок их годности невелик. Также работа лабораторий, выращивающих клеточную культуру, и хирургов должна быть хорошо скоординирована.

На сегодняшний день, несмотря на недостатки, существующие раневые покрытия и клеточные технологии значительно улучшили клинические представления о лечении ожогов, позволяя врачам лечить тяжелые случаи, повышая выживаемость и качество жизни пациентов.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ С СОЧЕТАННЫМИ И КОМБИНИРОВАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

*А.Д. Фаязов^{1,2}, У.Р. Камиллов¹, У.Х. Абдуллаев¹,
Д.А. Рузимурастов¹, А.А. Набиев²*

¹Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,

²Центр развития повышения квалификации
медицинских работников

Сочетанные и комбинированные травмы – патология сложная как в диагностическом, так в лечебном и организационном плане. Пострадавшие с подобными поражениями требуют особого, индивидуализированного подхода, начиная с догоспитального этапа, этапа оказания специализированной помощи и в дальнейшей реабилитации. Специфичным является то, что для сочетанных и комбинированных поражений характерно тяжелое течение и высокая летальность среди пострадавших, достигающая порой 80%.

В отделении комбустиологии РНЦЭМП МЗРУз за период 2009–2021 гг. пролечен 371 обожженный с термоингаляционной травмой, в том числе 177 пострадавших с комбинацией ожога кожного покрова,

термоингаляционной травмой и отравлением угарным газом. У 127 обожженных была диагностирована черепно-мозговая травма, у 26 – переломы крупных костей. Также пролечены 283 обожженных, поражающим агентом которых были электрическая энергия и пламя вольтовой дуги. Предварительный анализ показал, что при этих видах поражения отмечается самая высокая летальность. Так, например, у обожженных с термоингаляционным поражением этот показатель равняется 49,8%.

Патогенез сочетанных и комбинированных поражений весьма сложен и определяется взаимным влиянием механической травмы (ранения, черепно-мозговая травма, поражения костных структур), ожогового поражения или токсического воздействия на организм пострадавшего продуктов горения.

Необходимо отметить, что до настоящего времени в клинической комбустиологии общепринятый взгляд на особенности патогенеза и клинического течения сочетанного и комбинированного ожогового поражения не полностью раскрывает всей сущности происходящих в организме изменений, их механизма и взаимосвязей. Соответственно, нет единого, разработанного и общепринятого стандартов диагностики и лечения этих пациентов.

При комбинированных термомеханических повреждениях клинический симптомокомплекс зависит от многих факторов: преимущественного повреждения тех или иных внутренних органов, степени выраженности кровопотери, выраженности нарушений витальных функций, площади и глубины ожога.

Как показывают наши наблюдения, при комбинированных и сочетанных поражениях клиническая картина ожогового шока развивается при меньших по площади поражениях, чем в обычных условиях. Выраженная компенсаторная дегидратация, которая развивается при комбинированном ожоговом поражении, приводит к развитию тяжелого, а при несвоевременном оказании адекватных противошоковых мероприятий – к декомпенсации функции жизненно важных органов пострадавшего. У тяжелообожженных с сочетанными и комбинированными поражениями на фоне резких гемодинамических сдвигов происходят тяжелые нарушения тканевого, органного и системного кровообращения, метаболизма и кислотно-основного состояния.

Проявление дыхательной дисфункции разной степени выраженности отмечается при любом сочетании механической травмы и ожогового поражения, особенно в сочетании с термохимическим поражением дыхательных путей продуктами горения.

Исходя из анализа результатов лечения пролеченных больных, основные принципы оказания медицинской помощи тяжелообожженным с сочетанными и комбинированными поражениями должны включать: восстановление проходимости дыхательных путей, коррекцию дыхательных

расстройств, стабилизацию гемодинамики, водно-электролитных нарушений, необходимое хирургическое вмешательство, энергетическое и пластическое обеспечение пострадавшего.

Таким образом, у тяжелообожженных с сочетанными и комбинированными поражениями положительные результаты лечения возможны при учете особенностей патогенеза заболеваний и четком соблюдении принципов оказания медицинской помощи.

ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА СИСТЕМЫ ЦИТОХРОМ Р-450 КАК ФАКТОРА ТЯЖЕСТИ РАЗВИТИЯ ТОКСИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ И ЭНДОТОКСИКОЗАХ

*А.М. Хаджибаев², Д.Б. Туляганов^{1,2},
Р.Н. Акалаев^{1,2}, А.А. Стопницкий^{1,2}, М.К. Саидова¹,
А.Д. Фаязов^{1,2}, У.Р. Камбаров¹, Д.А. Далимова³,
Е.А. Цай³, Ш.Н. Ибрагимова³*

¹Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,

²Центр развития повышения квалификации
медицинских работников,

³Центр передовых технологий при
Министерстве инновационного развития

Дефекты генов, кодирующих белки системы цитохром Р450, в том числе CYP2E1 и второго этапа биотрансформации, в частности, глутатион-S-трансферазы (GSTs), усиливают предрасположенность к развитию токсического гепатита при острых отравлениях и эндотоксикозах. Несмотря на достаточную изученность генетического полиморфизма CYP2E1 и GST, есть доказательства наличия интериндивидуальной вариативности экспрессии данных генов, и функциональный эффект различных полиморфизмов остается неясным.

Цель исследования: изучить результаты молекулярно-генетического и биохимического исследования полиморфизма rs1965 гена GSTP1 и rs2070676 гена CYP2E1.

Материал и методы. Изучены результаты обследования 138 пациентов с острыми отравлениями гепатотоксичными ядами (алкогольная интоксикация, отравления уксусной кислотой, парацетамолом), а также пациентов с тяжелыми термическими ожогами, поступивших в отделения токсикологии и комбустиологии РНЦЭМП в 2022 году. С целью изучения генетической предрасположенности к развитию токсических поражений печени проведено исследование полиморфизма генов – rs1965 гена GSTP1 и rs2070676 гена CYP2E1 у всех вышеуказанных пациентов. Данные генетических исследований сопоставлялись с биохимическими показателями поражения печени при поступлении. В венозной крови изучались показатели ферментов

аланин- и аспаратаминотрансферазы (АлТ, АсТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), щелочной фосфатазы (ЩФ), уровень билирубина, а также свободного аммиака на полуавтоматическом биохимическом анализаторе Mindray BA-88A и на автоматическом биохимическом анализаторе BioSystems A15 с использованием реактивов и калибраторов этой же фирмы. Статистическую обработку проводили с помощью программного обеспечения фирмы Microsoft и электронных таблиц Excel.

Результаты и их обсуждение. Из общего количества пациентов 120 (86,9%) были с острыми отравлениями гепатотоксичными ядами, в том числе 98 (71%) больных – с токсическим гепатитом на фоне алкогольной интоксикации, 12 (8,6%) больных – с отравлениями уксусной кислотой, 10 (6,4%) больных – с отравлениями парацетамолом, 18 (13,1%) пациентов – с тяжелыми термическими ожогами III–IV степени. Умерли из них 12 – те, у которых токсический гепатит осложнился острой печеночной недостаточностью (8,7%). Мужчин было 102 (73,9%), женщин – 36 (26,1%).

Результаты исследования гена GSTP1 (rs1965) показали, что генотип А/А (гомозигота по аллелю А) выявлен у 45 (32,6%) больных, генотип А/Г (гетерозигота) выявлен у 68 (49,2%) больных, генотип Г/Г (гомозигота по аллелю Г) выявлен у 25 (18,1%) больных. Результаты исследования гена CYP2E1 (rs2070676) показали, что генотип С/С (гомозигота по аллелю А) выявлен у 86 (62,3%) больных, генотип Г/С (гетерозигота) выявлен у 32 (23,1%) больных, генотип Г/Г (гомозигота по аллелю Г) выявлен у 20 (14,4%) больных. При распределении пациентов по генотипам GSTP1 (rs1965) и CYP2E1 (rs2070676) и с учетом нозологических причин токсических гепатитов выявлено, что полиморфизм гена rs1965 GSTP1 (гомозигота по аллелю Г) в процентном отношении чаще всего выявлялся у пациентов с острыми отравлениями уксусной кислотой и у тяжелообожженных – у 41,66 и 44,44% соответственно, а полиморфизм гена rs2070676 CYP2E1 (гомозигота по аллелю Г) наиболее часто встречался у больных с острыми отравлениями парацетамолом и также у больных с отравлениями уксусной кислотой – у 60 и 41,66% соответственно.

Согласно полученным данным, у пациентов, имеющих гомозиготный тип по аллелю А rs1965 гена GSTP1 и rs2070676 гена CYP2E1, данные биохимических показателей практически не отличались от данных пациентов, имеющих гетерозиготный генотип этих же генов.

У больных, имеющих генотип Г/Г (гомозигота по аллелю Г) гена GSTP1, мы наблюдали значительное повышение свободного аммиака, а также печеночных показателей АлТ, АсТ по сравнению не только с нормой, но и с показателями пациентов,

имеющих гомозиготный тип по аллелю А – в 1,3, 1,8 и 1,9 раза выше соответственно. Что касается пациентов, имеющих генотип G/G гена CYP2E1, то у них также отмечалось критическое повышение свободного аммиака и показатели ферментов АлТ, АсТ печени были выше, чем у исследуемых с гомозиготным типом по аллелю С, в 2,1, 1,5 и 1,8 раза соответственно.

Исследования таких показателей, как ЛДГ, ЩФ и билирубина показали отсутствие значимого их повышения по отношению к верхнему пределу нормы у всех групп пациентов. Анализ летальности показал отсутствие значимой разницы между группами с генотипами А/А, А/Г и С/С, G/C – 4,8, 5,9% и 4,65, 6,25% соответственно, при этом из числа пациентов с генотипом G/G гена GSTP1 умерли 6 (24%), из 20 больных с генотипом G/G гена CYP2E1 умерли 6 (30%), что значительно превосходит летальность у исследуемых с нормальными генотипами генов GSTP1 и CYP2E1.

Выводы:

1. Проведенное исследование подтверждает, что риск развития и характер течения токсического гепатита во многом детерминируются генетической компонентой.

2. Установлено влияние полиморфизма rs1965 гена GSTP1 и rs2070676 гена CYP2E1 на тяжесть токсического гепатита не только при отравлениях гепатотоксичными ядами, но и при эндогенной интоксикации на фоне тяжелых ожогов.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ

*Л.М. Хайитов, Э.А. Хакимов, Х.К. Карабаев,
Б.М. Шакиров, Н.Р. Тошмуродов*

**Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный
медицинский университет**

Актуальность. Лечение пациентов с тяжелой ожоговой травмой остается одной из серьезных проблем клинической медицины. По данным отечественных и зарубежных авторов, общая летальность среди обожженных колеблется от 3 до 8,4%. Значительно ухудшает прогноз и увеличивает смертность наличие у обожженных ингаляционных поражений дыхательных путей. Актуальность изучения термоингаляционной травмы связана с тяжестью клинического течения, частотой инфекционных осложнений и, главное, с высокой летальностью, составляющей 20–30% от общей летальности (М.С. Кунафин с соавт., 2019).

Ожоги дыхательных путей (ОДП) чаще всего встречаются при нахождении пострадавших в закрытых помещениях в момент получения ожога

и сочетаются с действием высокой температуры, отравлением продуктами горения, баротравмой. В результате воздействия повреждающих факторов происходят значительные функциональные нарушения органов дыхания, основными задачами которых являются газообмен и выполнение метаболических функций по обеспечению стабильного состава артериальной крови (А.Д. Фаязов с соавт., 2020; Х.К. Карабаев с соавт., 2021).

Цель: определить место ультразвукового исследования (УЗИ) в обследовании больных с ингаляционной травмой (ИТ).

Материал и методы. Проведен анализ данных, полученных при УЗИ, у 30 пациентов с ИТ, поступивших в ожоговое отделение Самаркандского филиала РНЦЭМП в 2010–2021 годах. При проведении фибробронхоскопии у этих больных был диагностирован ожог дыхательных путей I–III степени (по классификации А.Ю. Скрипаля, 1988 г.).

Средний возраст больных составил 60,7 (от 22 до 93 лет). Среди них – 23 мужчины и 7 женщин. Пациенты были госпитализированы в первые 3 часа после травмы.

Всем больным, помимо стандартных исследований, выполнено УЗИ почек, плевральных полостей, органов брюшной полости. При УЗИ оценивали размеры паренхиматозных органов брюшной полости, размер почек и толщину паренхимы, индекс резистентности, состояние легочной ткани, наличие гидроторакса. Первое УЗИ выполняли в первые сутки после травмы. В динамике те же показатели оценивали на 3–5 сутки, 6–9, 10–14 сутки и позднее.

Результаты. При первом осмотре у 15 пациентов (50%) выявлен гидроторакс (разобщение листков плевры составило от 0,5 см до 4,0 см с обеих сторон). У 10 (66,6%) из 15 пациентов с гидротораксом выявлено снижение воздушности легкого на глубину до 5,0 см с обеих сторон. Изменений в плевральной полости у остальных пациентов не выявлено.

У 6 пациентов (20%) в первые сутки выявлен отек паранефральной клетчатки. На 3–5 сутки после ИТ у 8 пациентов (26,6%) наблюдали диффузные изменения почек (за счет повышения эхогенности паренхимы). К 11 суткам изменений со стороны как грудной, так и брюшной полости уже не наблюдали.

Выводы. При УЗИ уже в первые сутки после травмы у 50% пациентов выявляются изменения со стороны плевральной полости, у 45% – со стороны легких, к концу первой недели у 35% больных – со стороны почек. Таким образом, обследование пациентов с ИТ в первые сутки должно включать УЗИ плевральной полости и брюшной полости, почек и забрюшинного пространства. Для оценки в динамике повторные исследования целесообразно проводить по показаниям, в зависимости от выяв-

ленных при первом осмотре изменений, в сроки не позднее 4–5 суток.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*Л.М. Хайитов, Э.А. Хакимов, Х.К. Карабаев,
Б.М. Шакиров, С.М. Исмоилов*

**Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный
медицинский университет**

Актуальность. Тяжелая острая дыхательная недостаточность (ОДН), требующая длительной респираторной поддержки, развивается примерно у 30% пострадавших с ИТ, а летальность среди них составляет около 50%. Снижение летальности и улучшение результатов лечения в значительной степени зависят от своевременной и правильно оказанной помощи на догоспитальном этапе (П.А. Брыгин с соавт., 2021).

Цель: определить пути улучшения скорой медицинской помощи при ИТ на догоспитальном этапе.

Материал и методы. За период с 2010 по 2021 г. в ожоговое отделение Самаркандского филиала РНЦЭМП поступило 125 пострадавших с ИТ. Проведен анализ результатов оказания первой помощи на догоспитальном этапе и особенностей развития ОДН в течение 48 часов после травмы.

Результаты. ОДН, потребовавшая ИВЛ, развилась у 17 (13,6%) больных из 125. У 10 (8%) из 125 пациентов на месте происшествия отмечали угнетение сознания до комы вследствие отравления угарным газом, что подтверждено последующим обнаружением карбоксигемоглобина в артериальной крови на уровне 13 (10; 4%). Лишь восьми больным (6,4%) выполнена интубация трахеи и начата ИВЛ на догоспитальном этапе. Признаки тяжелой дыхательной недостаточности без нарушения сознания непосредственно после травмы выявлены у 45 (36%) из 125 пострадавших, что потребовало проведения медикаментозной терапии, а у 10 больных (8%) – применения ИВЛ на догоспитальном этапе. У 70 (53,1%) из 125 пострадавших признаков ОДН на догоспитальном этапе отмечено не было, однако она развилась в стационаре спустя 20 (14; 32) часов после травмы. Трое пострадавших, отказавшихся от госпитализации, были доставлены в ожоговый центр в течение следующих суток в крайне тяжелом состоянии. Адекватность проведения ИВЛ, в том числе и на догоспитальном этапе, напрямую зависит от вида ведущего респираторного синдрома – бронхиальной обструкции или паренхиматозной легочной недостаточности. Из 125 больных у 55 (44,0%) с бронхиальной обструкцией отмечали повышение сопротивления

дыхательных путей, которое достигало 23 (18; 28) мбар/л/сек при норме 4 мбар/л/сек, при этом клиническая картина обструкции при ИТ отличалась от картины обструкции при бронхиальной астме или ХОБЛ – не наблюдалось характерных сухих свистящих хрипов, отмечалась как экспираторная, так и инспираторная одышка. Эффекта от применения b2-адреномиметиков на догоспитальном этапе не обнаруживалось в 100% случаев. У 35 пострадавших с синдромом бронхиальной обструкции применение ингаляционных кортикостероидов на догоспитальном этапе позволило уменьшить ее проявления. Двое пострадавших этой группы были интубированы бригадой скорой помощи: нарушение проходимости дыхательных путей потребовало особого режима ИВЛ – малой частоты дыхания с обеспечением длительного времени на выдох. У 27 (21,6%) из 125 больных ведущим был острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), развивающийся в течение первого часа после травмы. Отношение PaO_2/FiO_2 снижалось до 180 (141; 230). Из 125 пострадавших 10 (8%) были интубированы на догоспитальном этапе. В последующем этим больным проводили длительную ИВЛ с применением высокого РЕЕР согласно принципам ведения ОРДС.

Выводы. Для улучшения оказания медицинской помощи при ИТ на догоспитальном этапе необходимо:

1. Всех пациентов при подозрении на ингаляционное поражение госпитализировать в реанимационное отделение специализированного стационара, независимо от наличия/отсутствия ОДН.

2. Пациентов с нарушением сознания госпитализировать в токсикологический центр и по возможности интубировать на догоспитальном этапе.

3. При обструктивной ОДН на догоспитальном этапе целесообразно применять ингаляционные кортикостероиды, т.к. применение b2-адреномиметиков неэффективно.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ

*Г.М. Ходжиматов, Д.М. Хакимов, Х.Х. Хамдамов,
Б.Б. Карабоев, Н.А. Касимов, У.Н. Бобоев,
М.П. Сидиков, С.М. Яхёев*

**Андижанский филиал РНЦЭМП, Узбекистан,
Андижанский государственный
медицинский институт, Узбекистан**

Цель работы: усовершенствование вопросов диагностики и тактики лечения больных с торакоабдоминальными травмами.

Материал и методы. Материалом исследования стали результаты диагностики и лечения 52 больных с различными торакоабдоминальными ранениями, находившихся на лечении в абдоми-

нальном и торакальном отделении Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2020–2022 гг. Мужчин было 37, женщин – 15, всем поступившим больным, помимо клинично-инструментальных методов обследования, лабораторных, эндоскопических и рентгенологических исследований, проводились лапароскопические и торакоскопические вмешательства.

Результаты исследования. При этом у 23 больных обнаружено повреждение паренхиматозных органов брюшной полости. В 19 случаях найдены повреждения полых органов (желудок, кишечник с наличием остановившегося и продолжающегося внутреннего кровотечения). У 10 больных торакальная патология сопровождалась ранением легких, у 12 больных – без повреждения органов плевральной полости. При этом малый гемоторакс наблюдался у 8 больных, средний – у 7 больных, гемоторакс – у 1 больного. Результаты лечения показали, что у 26 больных оперативное вмешательство заключалось в проведении лапаротомии с коррекцией имеющейся абдоминальной патологии. Торакальное вмешательство ограничилось торакоцентезом и дренированием плевральной полости. У 2 больных наряду с лапаротомией для корректирования торакальной патологии и произведена торакотомия с видеоассистированием, и лишь у 2 больных выполнена классическая лапаротомия и торакотомия вследствие обширного повреждения легкого и продолжающегося внутриплеврального кровотечения.

Вывод. Включение в план диагностики и лечения больных с торакоабдоминальными травмами торакоскопии и лапароскопии позволило значительно улучшить диагностику данной патологии, уменьшить травматичность проводимых оперативных вмешательств и воздержаться от ненужных сочетанных операций в виде лапаротомии и классической торакотомии. Лапароскопия при торакоабдоминальных травмах должна выполняться максимально ограниченно.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ

*Х.Х. Холматов, Х.М. Эрназаров,
А.А. Алиев, О.Н. Рузиев*

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Переломы лучевой кости в типичном месте составляют около 14,2% среди других переломов опорно-двигательного аппарата. Они могут происходить чаще, в результате падения на кисти, по направлению оси лучевой кости. До настоящего времени вопрос о выборе рационального метода лечения, позволяющего избежать таких осложнений, как вторичное смещение, посттрав-

матические невриты (синдром Зудека), расстройств кровообращения, развитие контрактур лунгезапального сустава и неправильно сросшиеся переломы, продолжает вызывать споры по поводу способов лечения. Ряд авторов указывают на целесообразность использования традиционного консервативного метода, который заключается в закрытой ручной репозиции костных отломков с последующей иммобилизацией гипсовой лонгетной повязкой.

Нами проанализированы результаты консервативного лечения 421 амбулаторного больного с переломами лучевой кости в типичном месте, находившегося на лечении в травмпункте Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП в 2021 году. Переломы лучевой кости в возрасте до 14 лет были у 156 (37%) больных, старше 14 лет – у 265 (63%) больных; мужчин было 248 (59%), женщин – 173 (42%); переломы правой лучевой кости – у 230 (54,6%), левой лучевой кости – у 191 (45,4%) больного; 295 (70%) больных поступили в травмпункт со свежей травмой (до суток), после 1 суток – 126 (30%); сгибательные переломы лучевой кости (типа Смита) были в 84 (20%), разгибательные переломы (типа Коллиса) – в 337 (80%) случаях. Бытовая травма отмечалась у 320 (76%), травма в результате ДТП – у 21 (5%), производственная травма – у 12 (3%), спортивная – у 67 (16%).

У 223 (53%) больных с переломами без смещения или с незначительным смещением в допустимых пределах лечение заключалось в наложении гипсовой лонгеты от основания пальцев до локтевого сустава сроком на 20–45 дней в зависимости от возраста. 173 (41%) больным с переломами лучевой кости в типичном месте со смещением костных отломков произведена закрытая ручная репозиция под местным обезболиванием с последующим наложением гипсовой лонгетой. С учетом смещения костных отломков процесс репозиции включал следующие моменты: в первую очередь устраняли передне-заднее, затем боковое смещение. У 164 (39%) пострадавших со свежими переломами, когда ещё не наблюдался значительный отек в области перелома, закрытое ручное вправление костных отломков с первого раза увенчалось успехом. При успешном сопоставлении костных фрагментов на 5–7 сутки производили контрольную рентгенографию. У 24 (5,7%) пострадавших пришлось произвести повторную закрытую репозицию и сопоставление костных фрагментов на месте или в допустимых пределах.

Изучение ближайших результатов показало, что функциональный исход после консервативного лечения у большинства пациентов благоприятный. Однако у 8 (1,9%) пожилых больных развился синдром Зудека, у 9 (2,1%) больных неправильно срослись переломы (у поздно обратившихся к нам, после 3–5 дней, с отеками, которые

лечились у знахарей, не было наблюдений после процедуры).

Таким образом, переломы лучевой кости в типичном месте, являющиеся наиболее частыми повреждениями, требуют индивидуального подхода к выбору метода лечения, что позволяет добиться благоприятного исхода.

РОЛЬ ТРАНСФУЗИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Б.Н. Холмуродов, Ф.О. Темиров, С.М. Саидов

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Ожоговая анемия является типичным клиническим проявлением ожоговой болезни после выхода больного из шока и до полного восстановления кожного покрова. Более того, ожоговая анемия сопровождается не только острым периодом ожоговой болезни, но может длительно сохраняться и после выписки из стационара, как у взрослых, так и у детей. Одним из механизмов патогенеза анемии при ожоговой болезни является волнообразно протекающий ДВС-синдром, при котором массово погибает значительное число эритроцитов. ДВС-синдром инициируется вначале ожоговым шоком, а затем – обширной некрэктомией, аутодермопластикой, сепсисом, когда в результате генерализованного образования микротромбов теряется значительное число эритроцитов. Своевременное и, по возможности, адекватное возмещение операционной и перевязочной кровопотери необходимо как для профилактики острых нарушений гемодинамики, так и для борьбы с анемией.

Цель исследования: изучить роль гемотрансфузии при лечении больных тяжелой ожоговой травмой.

Материалы и методы исследования. В периодах 2020-2021 гг. нами проведен анализ результатов лечившихся 64 больных тяжелой ожоговой травмой комбустиологического отделения Бухарского филиала РНЦЭМП. Все переливания компонентов крови должны были осуществляться согласно показаниям, которые регламентируются постановлениями Министерства РУз от 25 ноября 2002 г., № 343 и №184. Показания для переливания СЗП:

1. ДВС-синдром при массивной кровопотере (>30% ОЦК с развитием геморрагического шока и ДВС-синдрома), осложнение шоков различной этиологии.

2. Заболевания печени (острый фульминантный гепатит, цирроз печени).

3. Передозировка антикоагулянтами непрямого действия.

4. Коагулопатии разного генеза, сопровождающиеся продолжающимся кровотечением.

Показания для переливания эритроцитарной массы:

1. Острая анемия с кровопотерей 25%-30% от ОЦК (>1200 мл) с декомпенсацией пациента.

2. Хроническая анемия с $Hb < 100$ г/л с декомпенсацией пациента.

Результаты и обсуждения. Пострадавшие с глубокими ожогами на площади от 10 до 20% п.т. получали до 4–6 л крови, а при площади глубокого ожога свыше 20% п.т. – до 9–11 л за весь период лечения. Переливая кровь ежедневно или каждые 2–3 дня по 250,0–500,0 мл, отмечали эффективность гемотрансфузий, обращая внимание на то, что при трансфузиях эритроцитов необратимые изменения в организме, которые происходят у больных с глубокими ожогами тела, позволяли успешно бороться с выраженной анемией, гипо- и диспротеинемией, интоксикацией, гнойно-септическими осложнениями и при этом достигалось ускоренное очищение ран от нежизнеспособных тканей. Необходимо отметить, что в настоящее время, когда активная хирургическая тактика подразумевает и раннюю хирургическую некрэктомию, развитие анемии становится противопоказанием для оперативного лечения обожженных в ранние сроки, что значительно удлинит лечение, способствует развитию осложнений, в том числе пневмонии и сепсиса. Поскольку патогенез анемии у обожженных указывает на неизбежность ее развития, отказ от гемотрансфузий можно расценивать как ятрогенное осложнение.

Выводы. Кровопотеря при оперативном вмешательстве и гастродуоденальное кровотечение при эрозивно-язвенном поражении желудочно-кишечного тракта усугубляют анемию обожженных. При развитии анемии средней степени тяжести (гемоглобина ниже 90 г/л) коррекция должна проводиться компонентами донорских эритроцитов. Это позволит повысить эффективность лечения, сократить частоту осложнений и летальность, а также уменьшить затраты на лечение. Необходимо расширение показаний для переливания компонентов крови пациентам с ожоговой травмой. Трансфузии следует проводить строго индивидуально, с учетом комплекса показателей, отражающих состояние потенциального реципиента. Альтернативные способы заместительной терапии пациентам с ожоговой травмой применять, пока нет доступа к компонентам крови в необходимом объеме.

АНАЛИЗ КАДРОВОГО ВРАЧЕБНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*В.В. Хоминец¹, Н.Н. Лукогорская²,
И.М. Барсукова^{2,3}, М.Н. Степанова²*

¹Министерство здравоохранения

Рязанской области, г. Рязань,

²Первый Санкт-Петербургский

государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Российская Федерация,

³Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе, Российская Федерация

Современное состояние системы оказания скорой медицинской помощи (СМП) определяется наличием кадровых ресурсов догоспитального и госпитального (стационарного) этапов. Следует отметить преемственность основных принципов, определяющих функциональные обязанности медицинских работников, реализующих конституционно закрепленные права граждан по охране здоровья, изложенные в современных законах, направленных на повышение рождаемости и снижение смертности, улучшение качества жизни в России.

Целью исследования было изучить особенности врачебного кадрового обеспечения скорой медицинской помощи в Российской Федерации (РФ) за период 2014–2021 гг., использованы материалы федеральной государственной статистики – ФСН № 30, 2014–2021. Применялись статистические и аналитические методы.

Результаты исследования. Ключевым вопросом кадрового обеспечения скорой медицинской помощи является должность врача скорой медицинской помощи в соответствии с Порядком оказания скорой медицинской помощи (Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи») и профессиональным стандартом врача скорой медицинской помощи (Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14.03.2018 № 133н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач скорой медицинской помощи»), профессиональная деятельность которого заключается в оказании скорой (в том числе скорой специализированной) медицинской помощи, как вне медицинской организации, так и в амбулаторных и стационарных условиях, при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Анализ динамики этих специалистов в РФ выявил ряд закономерностей.

Отмечается снижение общего числа врачей СМП в РФ на 30,1% (с 30,0 тыс. до 21,0 тыс.; 2014–2020; $r=-0,99$). Это явление связано, отчасти, с изменением структуры выездных бригад СМП (снижение доли врачебных бригад СМП при росте доли фельдшерских общепрофильных). Отмечается также снижение занятых должностей (на 35,4%; 2014–2020; $r=-0,99$) и укомплектованности штатов по занятым должностям (на 5,6%; с 74,1% до 68,5%; 2014–2020). Наблюдалась корреляция снижения числа и штатных, и занятых должностей ($r=0,99$).

Особый интерес представляют врачи СМП стационарных отделений скорой медицинской помощи (СтОСМП). Доля их штатных единиц среди врачей СМП в РФ невелика и составляет в разные годы до 1,0% (0,1–0,9%), а по численности они не превышают 200 штатных единиц. Показатель укомплектованности (по занятым должностям) в разные годы был в диапазоне 54,2–78,1%, причем минимальным он наблюдался в 2019–2020 гг. (54,2% и 56,7% соответственно) – в период пандемии коронавирусной инфекции, что связано, по всей видимости, с перепрофилированием этих отделений в инфекционные для лечения больных с COVID-19. В итоге за последние годы не наблюдается ни роста этих штатных должностей, ни значимого роста их числа.

Заключение. Таким образом, кадровый вопрос – основной в системе оказания СМП. Если на догоспитальном этапе замена врачебных бригад на фельдшерские вполне закономерна, то СтОСМП требует серьезных усилий в подготовке необходимых кадров.

ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНИЦ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*В.В. Хоминец¹, Н.Н. Лукогорская²,
И.М. Барсукова^{2,3}, М.Н. Степанова²*

¹Министерство здравоохранения

Рязанской области, г. Рязань,

²Первый Санкт-Петербургский

государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Российская Федерация,

³Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе, Российская Федерация

Современное состояние системы оказания скорой медицинской помощи (СМП) характеризуется наличием подразделений догоспитального и госпитального (стационарного) этапов. Следует отметить преемственность основных принципов, определяющих функциональные обязанности медицинских работников, реализующих конституционно закрепленные права граждан по охране

здоровья, изложенные в современных законах, направленных на повышение рождаемости и снижение смертности, улучшение качества жизни в России. Интерес для исследования представляют больницы скорой медицинской помощи (БСМП).

Целью исследования было изучить особенности больниц скорой помощи (БСМП) в Российской Федерации (РФ) за период 2014–2021 гг., использованы материалы федеральной государственной статистики – ФСН № 30, 2014–2021. Применялись статистические и аналитические методы.

Результаты исследования. Согласно приказу Минздрава России от 06.08.2013 № 529н (ред. от 19.02.2020) «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций», БСМП занимают особое место среди лечебно-профилактических медицинских организаций, являясь комплексным лечебно-профилактическим учреждением, созданным для оказания в стационаре и на догоспитальном этапе круглосуточной экстренной медпомощи населению при острых заболеваниях, травмах, несчастных случаях и отравлениях. Их задачи: оказание экстренной медицинской помощи больным (пострадавшим) при угрожающих жизни состояниях, требующих реанимации и интенсивной терапии; организационно-методическая и консультативная помощь ЛПУ по вопросам организации экстренной медпомощи; поддержание постоянной готовности к работе в ЧС; обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи; поддержание взаимосвязи со всеми ЛПУ на территории обслуживания в оказании экстренной медицинской помощи больным (пострадавшим) на догоспитальном и госпитальном этапах; анализ качества экстренной медицинской помощи и оценка эффективности деятельности стационара и его структурных подразделений; анализ потребности населения в экстренной медицинской помощи (БСЭ: Скорая медицинская помощь, <http://bse.sci-lib.com/>).

БСМП в РФ организуются в городах с населением не менее 300 тыс. жителей с мощностью коечного фонда не менее 500 коек. Их структурными подразделениями являются стационар со специализированными клиническими и лечебно-диагностическими отделениями и кабинетами; станция СМП; оргметодотдел с кабинетом медицинской статистики. На базе больниц могут функционировать городские (областные, краевые, республиканские) центры экстренной специализированной медицинской помощи, консультативно-диагностический дистанционный центр ЭКГ для диагностики острых заболеваний сердца (БСЭ: Скорая медицинская помощь, <http://bse.sci-lib.com/>).

Число больниц скорой помощи в РФ остается практически постоянным на протяжении 20 лет – 49 ед., со средней мощностью $553,8 \pm 24,3$ койка. В динамике в русле проводимой оптимизации коеч-

ного фонда РФ отмечалось некоторое снижение коечной мощности ($-9,8\%$; $r=-0,93$) этих стационаров.

Название организаций свидетельствует, прежде всего, о режиме их работы, но функционируют они как многопрофильные стационары по оказанию специализированной медицинской помощи в экстренной, неотложной и плановой форме. Созданные задолго до действующего сегодня порядка оказания скорой медицинской помощи, они в большинстве своем осуществляют деятельность, не связанную с приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», не имеют в своей структуре стационарных отделений скорой медицинской помощи (СтОСМП), врачей скорой медицинской помощи, коек скорой медицинской помощи.

Заключение. Постановление Правительства РФ от 31.03.2017 № 394 уточняет Государственную программу РФ «Развитие здравоохранения» (утв. Постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 № 294), цель которой – «обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки», одной из задач является повышение эффективности оказания скорой медицинской помощи. Она предполагает дальнейшее развитие системы оказания скорой медицинской помощи в стране, среди индикаторов которого (Подпрограмма И) – формирование стационарных отделений СМП – необходимое условие существования БСМП.

АНАЛИЗ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

С.С. Худайбердиев, Б.М. Узаков

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Структурно-функциональные изменения головного мозга при алкогольной болезни и возможности терапии изучали многие авторы (Тархан А.У., 2001, Жиров И.В., 2005). Для мозгового типа типичными являются нарушение сознания, различная неврологическая симптоматика: брадикардия, брадипноэ, диспноэ, повышение температуры тела, снижение артериального давления и др. На электроэнцефалограмме наблюдаются изменения биоэлектрической активности мозга, вплоть до его «полного молчания». В анамнезе пациентов, погибших в состоянии абстинентного синдрома, делирия, отмечались судорожные припадки дли-

тельностью от 18–24 часов до 2–3 суток, как во время эксцесса, так и без него (Мотавкин П.А., 1988). При патоморфологическом исследовании трупов с психоневрологической симптоматикой обнаруживаются оптические пустоты вокруг сосудов и нейронов мозга, что связано не с выходом плазмы из капилляров, а с нарушением оттока тканевой жидкости из них. В результате нарушения связи между капиллярами и астроцитами, с одной стороны, астроцитами и нейронами – с другой, с последующим возникновением ишемического повреждения и некроза нервных клеток (Пермяков А.В., 1993; Пиголкин Ю.Н., 1998).

Материал и методы. Нами обследовано 20 пациентов, поступивших в Сырдарьинский филиал РНЦЭМП с диагнозом «острое отравление алкоголем, осложненное судорожным синдромом». Среди поступивших пациентов (95%) было 19 мужчин, 1 (5%) женщина. Средний возраст больных составил $38,9 \pm 10,5$ года. Все пациенты поступили в состоянии алкогольного опьянения, средний показатель алкоголя в крови составил $2,6 \pm 1,1$ г/литр. Данные пациенты не состояли ранее на учете в наркологическом диспансере по поводу хронического алкоголизма. У всех пациентов судорожный синдром диагностирован впервые. Учитывая наличие впервые развившегося судорожного синдрома, всем больным было проведено МСКТ-исследование для исключения структурных изменений головного мозга, а также ЭЭГ-исследование.

Результаты обследования. При анализе результатов МСКТ выявлено, что у 6 (30%) больных имела место атрофия коры головного мозга, у 4 (20%) пациентов диагностированы лакунарные кистозно-атрофические зоны. У остальных 10 (50%) пациентов изменений в структурах головного мозга выявлено не было. Наличие атрофии коры головного мозга и кистозно-атрофических зон может являться морфологическим субстратом судорожного синдрома.

Анализ проведенных ЭЭГ-исследований показал, что у 13 (65%) имелись признаки судорожной активности в виде медленно-волновой активности, а также пик- и спайк-волн. Следует отметить, что указанные изменения на ЭЭГ могут быть проявлением тех структурных изменений, которые были выявлены на МСКТ-исследовании головного мозга.

Также обследованным больным, кроме исследования алкоголя в крови, было проведено исследование уровня глюкозы крови на момент поступления. Из 20 обследованных пациентов у 7 (35%) было диагностировано гипогликемическое состояние, средний показатель уровня гликемии составил $2,8 \pm 0,9$ ммоль/литр. Гипогликемическое состояние само по себе также является фактором, который может спровоцировать судорожный синдром.

Заключение. Судорожный синдром у пациентов с острой алкогольной интоксикацией является

полиэтиологическим синдромом. Основными этиологическими факторами могут выступать структурно-морфологические изменения в головном мозге, выявляемые по данным МСКТ, наличие изначально существующей эпилептической активности коры головного мозга, выявляемой по данным ЭЭГ, а также состояние гипогликемии, которое развивается на фоне приема алкоголя. Принимая во внимание вышеуказанные факторы, в схему лечения кроме противосудорожных препаратов следует также включать вазоактивные препараты, антиагрегантные и антикоагулянтные препараты, а также проводить коррекцию уровня гликемии.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

С.С. Худайбердиев, Б.М. Узаков

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

В структуре острых отравлений химической этиологии, в том числе отравлений со смертельными исходами, отравления спиртосодержащей продукцией занимают ведущее место (Онищенко Г.Г., 2013). По данным Остапенко Ю.Н. и соавторов, отравления этанолом являются основной причиной экстренной госпитализации больных токсикологического профиля.

Многочисленные литературные данные свидетельствуют о том, что злоупотребление алкоголем является одним из важнейших факторов, влияющих на возникновение и течение хронических заболеваний, а также одной из прямых или косвенных причин ранней инвалидизации относительно молодого и работоспособного населения. В прямой зависимости от уровня потребления алкоголя находится высокий уровень распространенности алкогольной патологии головного мозга и периферической нервной системы (Сидоров П.И., 2003; Никифоров И.А., 2007; Чернобровкина Т.В., 2013). Острую алкогольную интоксикацию можно рассматривать как пример наиболее распространенного экзогенного химического воздействия на организм.

Материал и методы. Нами обследовано 30 пациентов, поступивших в Сырдарьинский филиал РНЦЭМП с диагнозом «острое отравление алкоголем». Среди поступивших было 28 (93,3%) мужчин и 2 (6,7%) женщины. Средний возраст больных составил $41,4 \pm 11,2$ года. Все пациенты поступили в состоянии алкогольного опьянения, средний показатель алкоголя в крови составил $2,4 \pm 1,3$ г/литр. Данные пациенты не состояли ранее на учете в наркологическом диспансере по поводу хронического алкоголизма. У 20 (66,7%) пациентов диагностирован впервые возникший судорожный синдром, у 9 (30%) пациентов – острая токсическая полинейропатия, у 1 (3,3%) пациента на 2 сутки развились признаки ишемического инсульта. Учитывая нали-

чие впервые развившегося судорожного синдрома, всем больным с судорожным синдромом и 1 пациенту с ОНМК было проведено МСКТ-исследование для верификации диагноза «ОНМК» и исключения других структурных изменений головного мозга, а также ЭЭГ-исследование.

Результаты обследования. При анализе результатов МСКТ у 20 (66,7%) пациентов с судорожным синдромом выявлено, что у 6 (30%) больных имела место атрофия коры головного мозга, у 4 (20%) пациентов диагностированы лакунарные кистозно-атрофические зоны. У остальных 10 (50%) пациентов изменений в структурах головного мозга выявлено не было. Анализ проведенных ЭЭГ-исследований показал, что у 13 (65%) имелись признаки судорожной активности в виде медленно-волновой активности, а также пик- и спайк-волн. У 9 (30%) пациентов развились признаки токсической полинейропатии в виде тетрапареза, нарушения чувствительности по полиневритическому типу. У 1 (3,3%) пациента на 2 сутки развились признаки ишемического инсульта в виде правостороннего гемипареза, частичной моторной афазии. На МСКТ-исследовании головного мозга выявлены признаки лакунарной зоны ишемии в бассейне левой средней мозговой артерии.

Заключение. Острое токсическое отравление алкоголем является мощным экзогенным фактором, негативно влияющим на работу головного мозга. В связи с этим имеется высокая вероятность развития неврологических осложнений. Наиболее часто встречающимися неврологическими проявлениями острой алкогольной интоксикации являются судорожный синдром, острая токсическая полинейропатия, а также имеется вероятность развития ишемического инсульта вследствие гиповолемического состояния и гиперкоагуляционного синдрома.

ПЛАНИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ 3-УРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН НА ПРИМЕРЕ ИМИТАЦИОННОЙ МОДЕЛИ

*Е.А. Цебровская¹, В.М. Теплов¹, А.Б. Ихаев²,
К.С. Ключовкин¹, И.П. Миннуллин¹,
С.Ф. Багненко¹*

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
им. академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Россия,

²ГБУ Республиканская станция
скорой медицинской помощи, Грозный,
Чеченская Республика

Введение. При планировании организации работы 3-уровневой системы оказания экстренной медицинской помощи необходимо учитывать

множество взаимозависимых параметров, поэтому целесообразно использование имитационного моделирования. Подобная методика позволяет не только логически, но и визуально выявить гипотетические проблемы уже на этапе планирования.

Материал и методы. Объектом изучения имитационной модели стала Ферганская область Республики Узбекистан. Для создания имитационной модели проведён ряд подготовительных работ, направленных на анализ самого региона, в том числе изучена плотность населения и развитость дорожной сети, отдельно выделены районы с низкой транспортной доступностью. Учитывая сходство систем здравоохранения, оставшихся после распада СССР, выполнено экстраполирование опыта имитационного моделирования трехуровневой системы оказания СМП трёх субъектов РФ (Чеченской Республики, Республики Калмыкия, Курской области). В результате сформированы первичная модель и исходные данные на всю область, которые внесены в компьютерную программу Flex Sim Health Care.

Результаты. При оценке численности населённых пунктов Ферганской области Республики Узбекистан, их удалённости, а также транспортной доступности на местности выявлена необходимость разделения данной территории на два условных медицинских округа: восточный (г. Фергана) и западный (г. Коканд). В данных городах предлагается размещение стационаров третьего уровня, где возможно оказание медицинской помощи по всему спектру нозологий, включая узкие профили (оториноларингология, офтальмология, кардиохирургия и т.д.). Стационары 2-го уровня с возможностью оказания медицинской помощи по основным профилям (кардиология, неврология, хирургия, травматология, акушерство и гинекология, анестезиология и реаниматология, терапия) предлагается разместить в следующих крупных городах: г. Фергана, г. Маргилан и г. Коканд. Данные стационары должны быть оснащены необходимой диагностической аппаратурой, включая МСКТ, отделением реанимации высокого уровня, эндоскопией, а также оснащённым оперблоком с возможностью выполнения коронароангиографии. В остальных городах предлагается размещение стационаров 1-го уровня, где должна оказываться помощь пациентам с обострением хронических заболеваний. Также ввиду удалённости Сохского района возникает необходимость организации в данной местности санитарно-вертолетной эвакуации из г. Раван в стационар 2-го уровня г. Ферганы. В модели удалось обеспечить своевременную одномоментную госпитализацию всех пациентов экстренного и неотложного профиля в стационары необходимого уровня, где им может быть оказана специализированная помощь исчерпывающего объема без последующей перегоспитализации. Для эффективной работы такой системы служба скорой медицинской помощи

должна представлять собой одну организацию на весь регион, а также в её структуре должна быть сформирована единая диспетчерская служба, наделенная правом определять место эвакуации пациента в момент первичного контакта.

Заключение. 3-уровневая система оказания экстренной медицинской помощи позволяет обеспечить доступность своевременной специализированной неотложной и экстренной медицинской помощи, что, в свою очередь, улучшает качество оказываемой медицинской помощи. Для достижения эффективного функционирования данной системы необходимо грамотное планирование алгоритма работы в регионе с применением имитационного моделирования.

КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОЖГОВЫХ РАН В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

*А.Ч. Часнойть¹, В.Н. Подгайский¹,
И.Б. Василевич², З.Б. Квачева²*

¹ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»,

²Институт биофизики и клеточной инженерии
НАН Беларуси, Минск

Современные клеточные технологии, используемые для восстановления поврежденных кожных покровов, основаны на трансплантации полученных при выращивании вне организма клеток кожи. Для полноценного восстановления поврежденных дермы и эпидермиса обычно используют тканеинженерные конструкции – эквиваленты кожи, содержащие дермальный и эпидермальный компоненты. Они имеют ряд преимуществ: клетки, иммобилизованные на носителях, находятся в активном функциональном состоянии, близком к таковому в ткани организма, применение нескольких типов клеток кожи оказывает взаимостимулирующее действие (паракринное действие). В качестве носителей для клеток чаще применяются препараты на основе белков внеклеточного матрикса (коллагена), с добавками биологически активных соединений, которые поддерживают жизнеспособность и функциональную активность трансплантируемых клеток.

Нами разработана многокомпонентная тканеинженерная конструкция – тканевой эквивалент кожи (ТЭК), состоящий из культивированных прогениторных клеток эпидермиса (кератиноциты) и дермы (фибробласты), послойно расположенных в коллагеновом геле (гель «Коллост») и адгезированных на раневом покрытии из хитозана.

Приготовление тканевого эквивалента кожи проводили в асептических условиях в ламинарном боксе. Для приготовления ТЭК использовали клетки 2–3-го пассажа. Иммобилизацию кератиноцитов и фибробластов в соотношении 1:4 осуществляли в 1%-й коллагеновый гель «Коллост», который нано-

сился послойно на раневое покрытие из хитозана. Терапевтическая доза клеток зависела от площади повреждения кожи и составляла порядка 50 тыс. клеток на 1 см² площади повреждения. По результатам проведенной работы подготовлен лабораторный регламент и технические условия на производство ТЭК на основе культивированных клеток кожи, иммобилизованных на биodeградируемом носителе.

Полученный клеточный продукт удовлетворял следующим параметрам: стерильная опалесцирующая взвесь клеток без видимых на глаз включений, содержание клеток не менее 5×10³ клеток/мл, содержание жизнеспособных клеток не менее 85%. Согласно фенотипированию, содержание маркеров фибробластов в клеточном продукте составляет: виментина – не менее 95%, фибронектина – не менее 25%. В случае кератиноцитов в продукте регистрируется содержание не менее 50% маркера цитокератина 19 и не менее 25% нестина.

На экспериментальной модели полнослойного глубокого и мозаичного ожогов кожи у лабораторных животных (крыс) испытана эффективность ТЭК при заживлении ран. Показано стимулирующее действие клеточной трансплантации на васкуляризацию раны, пролиферацию клеток как в эпидермисе, так и в дерме, что приводит к полнослойной регенерации кожной раны.

Разработанный в рамках научно-исследовательской работы метод лечения ожогов кожных покровов на основе применения биомедицинского клеточного продукта, включающего культивированные аутологичные дермальные фибробласты и кератиноциты, иммобилизованные на биodeградируемом носителе, показал высокую клиническую эффективность у пациентов (23 пациента) с обширными ожогами кожных покровов за счет способности пересаженных молодых клеток стимулировать процессы регенерации, обусловленной продукцией ими цитокинов и факторов роста, что позволило значительно ускорить эпителизацию ран в случае изолированного применения на 7 суток быстрее, а также улучшить приживляемость аутодермотрансплантатов и ускорить сроки эпителизации перфораций на 2 суток при одновременной трансплантации с биомедицинским клеточным продуктом на основе фибробластов и кератиноцитов кожи.

Таким образом, результаты экспериментального и клинического исследования показали высокую эффективность предложенного нами метода, который позволил значительно повысить эффективность и качество оказания медицинской помощи пациентам с ожогами кожных покровов за счет ускорения эпителизации ран и, соответственно, снижения длительности пребывания пациента в стационаре.

В рамках проекта разработана и утверждена Министерством здравоохранения Республики Бе-

ларусь инструкция по применению «Метод лечения ожогов кожи с применением аутологичных фибробластов и кератиноцитов». Клеточные технологии с применением ТЭК могут применяться врачами комбустиологами-хирургами и специалистами, оказывающими хирургическую помощь пациентам с ожогами и их последствиями, и в других ожоговых отделениях учреждений здравоохранения республиканского и областного уровней.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМБУСТИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

А. Ч. Часнойть

**ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»**

В Республике Беларусь создана и эффективно функционирует система оказания специализированной комбустиологической медицинской помощи, а также система взаимодействия учреждений здравоохранения при оказании медицинской помощи пострадавшим с термической травмой.

В настоящее время в Республике Беларусь функционирует 321 ожоговая койка в Республиканском ожоговом центре и 5 областных центрах, для обеспечения которых выделено 50,75 врачебных хирургических (комбустиологических) ставок, в том числе для круглосуточного оказания неотложной специализированной помощи в Республиканском ожоговом центре (РОЦ). Общее количество врачей комбустиологов-хирургов в стране – 50 и врачей анестезиологов-реаниматологов – 11. Показатель обеспеченности населения ожоговыми койками по состоянию на 1 января 2021 года составляет 0,35 койки на 10 000 населения.

Ежегодно в Республике Беларусь регистрируется около 30 000 случаев ожогового травматизма, в специализированных стационарах количество пролеченных пациентов составляет около 5 900 человек (из них 1900 – дети). Наибольшее количество пролеченных пациентов наблюдается в РОЦ, что в среднем составляет 35% от всех пролеченных в Республике Беларусь. 45% пролеченных пациентов детского возраста также проходят лечение в детском ожоговом отделении РОЦ. Наибольшая концентрация профильных пациентов имеет место в г. Минске и Минской области. Средняя занятость ожоговой койки во всех областях составляет более 300 дней в году, наибольший показатель в РОЦ – 337 дней в году.

Отмечается высокий показатель оперативной активности, который составляет в среднем по республике 60%. Наивысшая оперативная активность наблюдается в РОЦ и составляет 95,4. Ежегодно уровень летальности удерживается на уровне 2,2% по республике (летальность среди взрослого насе-

ления – 3,3%). Детская летальность в 2020 году отсутствовала, в 2021 г. – 0,18% (2 случая). В Республиканском ожоговом центре уровень летальности среди взрослого населения самый высокий ввиду концентрации всех наиболее тяжелых пациентов. Так, в 2021 году он составил 5,4%, в 2020 году – 5,6%.

Ведущим учреждением в Республике Беларусь по оказанию специализированной комбустиологической помощи является Республиканский ожоговый центр на функциональной основе на базе УЗ «Городская больница скорой медицинской помощи» г. Минска, оснащенный современными дерматоматами и перфораторами кожных трансплантатов, противоожоговыми кроватями, ультразвуковыми и радиоволновыми генераторами, реанимационно-анестезиологическим оборудованием и др. Несмотря на это, некоторые технологии устаревают и требуют постоянного и дорогостоящего обновления.

С целью совершенствования качества оказания комбустиологической помощи пострадавшим в республике планируется строительство современного Республиканского ожогового центра на 116 коек: 60 коек для взрослого ожогового отделения, 40 коек – для детского, 16 коек – для отделения реанимации, 4 операционных, отделения ГБО и ЦСО – оснащенного высокотехнологичным медицинским оборудованием, расходными материалами, с внедрением новых эффективных технологий, применяемых для оказания специализированной помощи пациентам с ожогами из всех регионов страны.

В 2021 году достигнуты значительные организационные результаты в штатном обеспечении ожоговых отделений. Должность врача комбустиолога-хирурга в ожоговых отделениях вводится из расчета на 10 коек, в том числе с учетом реанимационных коек (если таковые выделены). Введен повышающий коэффициент расчета должностей: при хирургической активности более 70% применяется повышающий коэффициент 1,3, при 60-70% – 1,2, при 50-60% – 1,15. Предусмотрено введение дополнительно к действующим примерным штатным нормативам должности врача-терапевта на ожоговое отделение не менее 30 коек. Расширен список высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с ожогами кожных покровов, в том числе комплексное лечение пациентов с ожогами кожных покровов более 30% поверхности тела и одномоментная аутодермопластика на площади 10% и более – у взрослых, 7% и более – у детей.

Наряду с организационными улучшениями в 2021–2022 гг. проведены закупки современного хирургического и анестезиолого-реанимационного оборудования для обеспечения Республиканского ожогового центра: современной системы гидрохирургической обработки ран, вакуумных генерато-

ров, ультраимпульсного CO₂ лазера, дерматомов и перфораторов, моторных систем, хирургического инструментария для выполнения реконструктивно-пластических операций, портативного УЗИ-аппарата высокого класса и много другого.

Таким образом, в Республике Беларусь создана отлаженная система организации специализированной комбустиологической помощи пациентам с термической травмой, основанная на подготовленных высококвалифицированных кадрах, обеспеченных современными материально-техническими ресурсами в условиях отработанной преемственности в работе учреждений здравоохранения всех уровней.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАЗВИТИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Д.С. Шадманова, М.Т. Хусанхаджаева,
З.С. Камалов

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Институт иммунологии и геномики человека
АН РУЗ

Цель данного исследования: изучение концентраций сывороточных TNF-α и VEGF-A у женщин с эктопической беременностью.

Материалы и методы. В настоящее исследование были включены 50 женщин с установленным диагнозом ЭБ. Согласно поставленной цели, все обследованные женщины были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 25 женщин с ЭБ и с ВЗОМТ, 2-ю группу составили 25 женщин с ЭБ без ВЗОМТ (воспалительные заболевания органов малого таза). Контрольную группу составили 30 здоровых женщин с нормально протекающей маточной беременностью, аналогичного возраста.

Результаты и их обсуждение. Согласно теории иммунотрофизма, успешность пролонгирования беременности зависит от баланса про- и противовоспалительных цитокинов.

Так, при физиологическом течении беременности в фетоплацентарном комплексе сохраняется оптимальный баланс провоспалительных цитокинов, вырабатываемых Т-хелперами I типа (Th1): IL-1β, TNFα, IFNγ, IL-12, IL-18, участвующих в клеточном иммунном ответе и продуцируемых Т-хелперами II типа (Th2) регуляторных цитокинов: IL-4, IL-5, IL-10, стимулирующих гуморальный иммунитет.

Как известно, в небеременной матке низкие концентрации эстрогена стимулируют экспрессию TNF-α (фаза пролиферации). TNF-α, выделяемый из эндометрия, в ответ на действие эстрогена и прогестерона в высокой концентрации может вызывать

цитолиз и менструацию. Продукция Th1-цитокинов (TNF-α, IFN-γ) при беременности снижается.

В нашем исследовании по содержанию TNF-α при ЭБ в группах обследованных женщин как с ВЗОМТ, так и без воспалительных процессов, по сравнению с группой с физиологическим течением беременности, было установлено достоверное одностороннее повышение кахектина. Так, уровень TNF-α у женщин с ВЗОМТ вырос более чем на 5,6 раза, что в среднем составило 108,3±3,49 пг/мл против 19,1±0,40 пг/мл (P<0,001), а в группе женщин без ВЗОМТ синтез вырос более чем в 5 раз со средним значением 96,9±2,31 пг/мл против 19,1±0,40 пг/мл (P<0,001).

Полученные результаты еще раз свидетельствуют о том, что в основе хронизации воспалительных процессов генитального тракта и эндометрия лежит сложный иммунопатологический процесс, течение которого опосредует исходная функциональная активность иммунокомпетентных клеток, в том числе макрофагов, которые в последующем обеспечивают очаг воспаления продукцией провоспалительных цитокинов, в частности TNF-α.

В соответствии с механизмом действия повышенный уровень TNF-α в крови коррелирует с тяжестью проявлений хронического инфекционного фона организма. Величина и динамика изменений TNF-α в совокупности с его синергистами указывают и отражают тяжесть течения заболевания.

Важным аспектом успешной имплантации является организация ангиогенеза, который опосредуется рядом факторов роста, одним из которых является *сосудисто-эндотелиальный фактор роста* (VEGF). *Сосудисто-эндотелиальный фактор роста* (vascular endothelial growth factor (VEGF) является мощным ангиогенным фактором, продуцируемым различными тканями женского репродуктивного тракта, включая эндометрий, яичники, трофобласт и желтое тело. VEGF является основным модулятором роста, ремоделирования и проницаемости сосудов в эндометрии, децидуальной оболочке и трофобласте. Он отвечает за развитие сосудов у эмбриона. Кроме того, VEGF стимулирует пролиферацию эндотелиальных клеток, способствует миграции клеток, ингибирует апоптоз.

Полученные результаты выявили разницу в концентрации VEGF-A в сыворотке между женщинами с ЭБ и женщинами с нормальной маточной беременностью. Концентрация VEGF-A оказалась достоверно выше, чем в контрольной группе. Незначительные различия результатов наблюдались между женщинами с ВЗОМТ и без воспалительного процесса. Так, уровень сывороточного VEGF-A в группе женщин с ВЗОМТ был повышен в 2,5 раза со средним показателем 345,5±10,22 пг/мл (P<0,001), так же как и уровень сывороточного VEGF-A без ВЗОМТ 358,3±13,05 пг/мл (P<0,001), тогда как в

контрольной группе значение данного цитокина составило $137,4 \pm 2,20$ пг/мл.

Основываясь на биологических свойствах и механизмах данного ростового фактора, мы предполагаем, что вероятное увеличение глубины проникновения трофобласта в стенку маточных труб положительно коррелирует увеличение концентрации VEGF-A в сыворотке крови женщин с ЭБ. Видимо, повышенная клеточная продукция VEGF-A делает возможным более глубокое проникновение трофобластической ткани в стенку маточных труб для дальнейшей вероятной имплантации.

Учитывая высокую чувствительность, специфичность тест-систем, а также положительную и отрицательную прогностическую ценность, высокое содержание VEGF-A в сыворотке может являться хорошим предиктором более глубокой инвазии трофобластов и, как следствие, большего разрушения стенок маточных труб при ЭБ.

Таким образом, опираясь на полученные результаты, которые соответствуют литературным данным, процессы имплантации и развития эмбриона разнонаправленно регулируются различными цитокинами. Повышение содержания TNF- α и VEGF-A приводит к дисрегуляции иммунной системы, которая выражается не в уменьшении, а в увеличении продукции их синергистов (ингибиторов), что сопровождается дисрегуляцией иммунокомпетентной системы организма. Вероятно, что при ЭБ формируются признаки активного или неактивного воспаления в области инвазии плодного яйца, что свидетельствует об ассоциации на этом участке продуцентов (в первую очередь – макрофагов, моноцитов, нейтрофилов, активированных лимфоцитов) TNF- α для образования очага воспаления. Вероятно, что чрезмерный синтез TNF- α как на локальном, так и на системном уровне приводит к индукции Th1-цитокинов, обладающих прямым эмбриотоксическим эффектом. Поэтому, полученные результаты позволяют нам предположить, что выраженную экспрессию данного медиатора можно использовать не только при ВЗОМТ, но и при развитии ЭБ.

Выводы. Установлено повышенное содержание сывороточного TNF- α и VEGF-A при эктопической беременности у всех обследованных женщин.

Выявленный повышенный уровень TNF- α , обладающий прямым эмбриотоксическим эффектом, в группе женщин с ВЗОМТ при ЭБ в периферической крови коррелирует с тяжестью проявлений хронического инфекционного фона организма.

Установлено, что у женщин с ЭБ, независимо от наличия ВЗОМТ, синтез сывороточного VEGF-A превышает в несколько раз по сравнению со значением у женщин с физиологически нормально протекающей маточной беременностью. Изученный фактор роста может быть использован как потенциальный маркер в развитии ЭБ.

Полученные данные дают возможность использовать иммунологические параметры в качестве диагностического и прогностического критерия при эктопической беременности.

АНАЛИЗ ЭТАПНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.Х. Шарипова, А.Т. Эшбоев

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Приоритетность в действиях врача скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при оказании помощи пациентам с сочетанными травмами на сегодняшний день остаётся актуальной. Несмотря на разнообразие внедренных протоколов по оказанию помощи данной категории пациентов, догоспитальное звено оказания помощи остаётся несовершенным, так как врач скорой помощи оказывается в затруднительных условиях, и приоритетность оказания помощи (например, первичная интубация трахеи или обезболивание) остаётся на усмотрение врача или фельдшера.

Цель: на основании анкетирования врачей скорой медицинской помощи выявить приоритетность и последовательность оказания помощи пациентам с сочетанной травмой на догоспитальном этапе и выявить недостатки оказания помощи.

Материал и методы исследования. Проведено анкетирование 200 врачей догоспитального звена. Средний возраст врачей, прошедших анкетирование, составил $53,5 \pm 3,4$ года. 60% врачей, прошедших анкетирование, – это врачи в возрасте от 45 до 65 лет. Врачи до 45 лет составили 40%. Мужчин – 275 (67,5%), женщин – 130 (32,5%).

Результаты исследования. 60% (240 врачей) респондентов считают первостепенным для оказания помощи пациентам с сочетанной травмой произвести коррекцию гемодинамики. 14% (56) считают, что первостепенным направлением в оказании помощи пациентам с сочетанной травмой является обеспечение проходимости дыхательных путей. 26% (104) опрошенных считают, что оказание помощи пациентам с сочетанной травмой должно начинаться с обезболивания. Вопрос выбора обезболивающего агента при наличии у больного травматического шока с нестабильной гемодинамикой и явлениями гипоксии выявил, что 85% (340 врачей) респондентов предпочитают производить обезболивание анальгином, 6% (24 врача) – наркотическим анальгетиком, 9% (36 врачей) ответили, что проводить обезболивание не будут, так как перед ними стоит первоочередная задача – стабилизация гемодинамики. 396 опрошенных ре-

спондентов (98%) предпочитают вводить препараты для обезболивания внутримышечно, и лишь 2% предпочитают внутривенный способ введения обезболивающего агента. Что касается расчетной дозы вводимого наркотического анальгетика, то 76% (304 врача) опрошенных респондентов предпочитают вводить половину расчетной дозы, лишь 24% (96 врачей) предпочитают вводить полную расчетную дозу. В дополнение к ответу на вопрос о первостепенности мероприятий при оказании помощи пациентам с травмой, сопровождающейся шоком, иммобилизацию поврежденной конечности выделили 44% (176 врачей) опрошенных, применение воротника Шанца отметили лишь 32% (128 врачей) опрошенных. Применение воротника Шанца является обязательной манипуляцией при оказании помощи пациентам с любым видом травмы, независимо от того, есть повреждение шейного отдела позвоночника, или нет. Наличие венозного доступа, обеспечение проходимости дыхательных путей, обезболивание, коррекция гемодинамики являются обязательными к выполнению при наличии показаний.

Выводы. Таким образом, анкетирование врачей выявило некоторые недостатки в этапности и приоритетности оказания помощи пациентам с травматическими повреждениями на догоспитальном этапе. Данная проблема требует тщательного подхода к ее решению. Необходимо усовершенствование программы обучения, включающей отдельные лекции и практические занятия, посвященные именно проблеме обезболивания и аспектам оказания помощи пациентам с сочетанной травмой. Проведение анкетирования врачей для оценки ориентированности и наличия пробелов в знаниях врачей при оказании помощи пациентам с сочетанной шокогенной травмой должно проводиться на регулярной основе.

АЁЛЛАРДА ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛИШ ОМИЛЛАРИ

Шоумаров Г.Б.², Розанов В.А.⁴, Акалаев Р.Н.^{1,3},
Стопницкий А.А.^{1,3}, Акалаева А.А.¹,
Хонбабаева Р.Х.¹

¹Республика шошилинич тиббий

ёрдам илмий маркази

²Ўзбекистон Республикаси

Халқ таълими вазирлиги

³Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини
ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

⁴Санкт-Петербург давлат университети,
Россия Федерацияси

Мавзунинг долзарблиги. Аёллар орасида ўз жонига қасд қилишнинг асосий сабаблари ҳис-

сиётли кечинмалар билан боғлиқ ҳодисалар бўлиб, улар асосан аёллар томонидан ўз-ўзини йўқ қилиш учун эмас, балки ўша оғриқли ҳолатни бироз муддатга тарқ этиш, атрофдагиларни ўз муаммоларига жалб этиш орқали ёрдам сўраш, қўмақ олишга қаратилган бўлади. Аёл жинси вакиллари орасида ўз жонига қасд қилиш ҳолатлари ҳар доим ҳам чин суицидал ҳаракат деб саналмайди, сабаби улардаги яшашга бўлган витал барьер эркак жинсига қараганда мустаҳкам бўлади.

Тадқиқот мақсади. Аёлларда ўз жонига қасд қилиш сабаблари ва унга олиб келган муаммоларни аниқлаш ва ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатлари хусусиятларини ўрганиш.

Текширув усуллари. Турли этиологияли ўткир заҳарланиш билан сўнгги 5 йил давомида (2017 йилдан 2021 йилгача) ўз жонига қасд қилган РШТЁИМнинг Токсикология бўлимига ётқизилган 18 ёшдан 65 ёшгача бўлган 2229 нафар аёлларда кузатув ва клиник, психопатологик усуллар ёрдамида ўз жонига қасд қилиш ҳаракатлари таҳлил қилинди. Ўз жонига қасд қилиш ҳаракатининг шахсий сабаблари, мазмуни ва ўз жонига қасд қилиш ниятларининг ҳақиқийлиги баҳоланди.

Натижа ва муҳокама. Сўнгги 5 йил давомида РШТЁИМ Токсикология бўлимига 5184 нафар аёл мурожаат қилган, шундан 2229 нафари касалхонага госпитализация қилинган. Йилига ўртача 1037 та аёл ўз жонига қасд қилишга уриниб мурожаат этиши қайд қилинади. Бу кўрсаткич барча аёллар нисбатининг 0,03% ини ташкил қилади.

Аёллардаги ўз жонига қасд қилишга уриниш ҳаракатларини ўрганиш натижасида энг кўп учрайдиган «огоҳлантириш» (ёрдам, ҳамдардлик исташ) – 28,92% ҳолатларда, «норозилик» – 25,90% ва «қочиш» – 25,30 % шахсга хос руҳий кечинмалар кузатилган. Шахс руҳий кечинмаларидан нисбатан камроқ тарқалган «ўз-ўзини жазолаш» – 12,4% ва «рад этиш» – 7,48% аёлларда қайд этилган. Суицидоген конфликт барча ҳолатларда реал воқеалар билан боғлиқ ҳолда рўёбга чиққан, фақатгина 31,33% ҳолатда психопатологик шахс хусусиятлари билан боғлиқ бўлган. Ўз жонига қасд қилишга уринган аёлларнинг суицидал можароларининг 1137 (51%) нафари оилада ва шахсий муносабатлардаги келишмовчиликлар билан боғлашса, қолган 1092 (49%) нафари ахлоқий, маънавий, диний, интим-сексуал муаммолар тўғрисида бўлганлигини таъкидлашган. Аёлларда ўз жонига қасд қилиш ҳаракати ҳақиқийлигини баҳолашда уларнинг ўлим истагини борлиги ёки йўқлиги ҳақидаги фикрларини объектив ҳолатлар билан таққослаш орқали амалга оширилди. Ўз жонига қасд қилишга уринган аёлларнинг 847 (38%) нафарида намоён шкорона, яъни чин ўз жонига қасд қилиш мақсадисиз хатти-ҳаракатлар қайд этил-

ган ва 669 (30%) аёлларда эса, ўзгарган муҳитга мослаша олмаслик реакцияси (дезадаптация) кўринишида баҳоланган.

Хулоса. Аёл жинси вакиллари орасида ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатларининг катта қисмини аномик ёки худбинлик кўринишидаги ўз жонига қасд қилиш деб таснифлаш мумкин. Бу қарама-қарши онг шакллариининг юзага келиши аутоагрессив ёки шахснинг импульсивлиги кўринишида намоён бўлиши билан тушунтирилади: бир томондан аёл руҳиятидаги ночорлик, изоляция, руҳий бўшлиқ, ахлоқий мақсаднинг етишмаслиги деб қаралса, бошқа бир томондан, ўзига рухсат бериш, масъулиятсизлик, бамайлихотирлик деб баҳоланади. Аёллар парасуициди асосан информатив, ҳимояланувчи хусусиятга эга («уйқудаги малика» кўринишига ўхшаш бўлиб, ўзини вақтинчалик қийновчи можароли вазиятдан халос этиш, узоқ уйқуга кетиш, вақтинчалик барчасини унутиш истиаги). Яъни ҳақиқий ўз жонига қасд қилиш мақсади бўлмасдан туриб, балки муаммони тубдан ҳал қилишга эришиш учун таъсир қилиш механизмига айланади.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ

Ю.С. Эгамов

Андижанский государственный
медицинский институт

Актуальность. В начале заболевания основную роль играет первичный источник интоксикации, который часто возникает вследствие деструктивного заболевания органов брюшной полости.

Однако, несмотря на своевременную ликвидацию первичного источника инфекции, у большинства больных продолжается ухудшение состояния и нарастание степени интоксикации организма. Вторичным источником интоксикации является инфицирование лимфатических узлов брюшной полости и забрюшинного пространства. При этом в лимфатических узлах образуются микроабсцессы, что в последующем ведет к вторичному очагу инфицирования и усилению интоксикации организма.

Третьим источником интоксикации ОРП является нарушение функции желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде, в котором, вследствие интоксикации организма, отмечается динамическая кишечная непроходимость. При продолжительной динамической кишечной непроходимости в просвете желудочно-кишечного тракта скапливается множество токсических веществ, которые в последующем усиливают степень интоксикации организма и обуславливают неудовлетворительный результат лечения заболевания.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных острым разлитым перитонитом путем уменьшения развития синдрома эндогенной интоксикации и оценка эффективности лимфатической терапии в комплексном лечении в послеоперационном периоде.

Материал и методы. В клинике АГМИ за период последних 10 лет проведено обследование и лечение 185 больных с распространенным перитонитом. Для сравнительной оценки результатов проводимого лечения больные были разделены на две идентичные группы.

В соответствии с поставленной целью исследования все больные с ОРП были распределены на 2 исследуемые группы: первую (контрольную) группу составил 91 (49,2%) больной, получавший общепринятое или стандартное комплексное лечение; вторую (основную) группу составили 94 (50,8%) пациента, которым произведено стандартное лечение с дополнением лечебных мероприятий по разработанной нами методике.

В обеих группах основная операция производила устранение источника перитонита, интубацию кишечника, санацию брюшной полости, дренирование.

Общепринятое стандартное лечение в I (контрольной) группе больных с ОРП складывалось из выполнения целого комплекса лечебных мероприятий, направленных на коррекцию нарушений гомеостаза (предоперационная подготовка), раннюю ликвидацию источника перитонита (оперативное вмешательство), а также послеоперационного ведения больных, состоящего из проведения интенсивной детоксикационной, эндомезентериальной антибактериальной терапии и коррекции нарушений функции лимфатической системы органов брюшной полости.

В общей группе пациентов мужчин было 122 (65,9%), женщин – 63 (34,1%). Среди них лица пожилого и старческого возраста составили 15,1% (28 пациентов).

Проведенный анализ клинического материала показал четкую зависимость между тяжестью состояния больных и сроком, прошедшим от начала заболевания.

По своему характеру выполненные оперативные вмешательства в большинстве случаев были радикальными: аппендэктомия – 39 (21,1%), ушивание дефектов кишечника – 20 (10,8%), резекция кишечника с наложением энтероэнтероанастомоза – 17 (9,2%), холецистэктомия – 9 (4,9%). Из паллиативных вмешательств основными являлись ушивание прободных гастродуоденальных язв – 37 (20,0%), секвестрэктомия с дренированием салниковой сумки и брюшной полости – 11 (5,9%).

Оперативное вмешательство включало: устранение источника перитонита, туалет и санацию брюшной полости с проведением лаважа антисептическими растворами (фурацилин, риванол) до

«чистых» вод и новокаинизации корня брыжейки тонкого кишечника. Для декомпрессии ЖКТ использовали назогастральную интубацию желудочным зондом, у больных с терминальной стадией ОРП накладывали один из видов разгрузочной стомы и проводили дренирование брюшной полости.

Обсуждение. В основной группе, в отличие от лечения контрольной группы больных, стандартное лечение было дополнено комплексом патогенетически обоснованных лечебных мероприятий на основании разработанного алгоритма, направленных на профилактику и лечение синдрома эндотоксической интоксикации. Последняя предусматривала проведение во время операции и в раннем послеоперационном периоде активной декомпрессии кишечника и селективной деконтаминации желудочно-кишечного тракта, а также лимфотропную терапию через катетер, установленный во время операции в брыжейку тонкого кишечника.

Выводы. Таким образом, лимфотропная терапия способствовала снижению интерстициального отека и концентрации токсинов в межклеточном пространстве, блокаде потока токсинов, токсических метаболитов, бактерий и продуктов их распада, поступающих лимфогенным путем в общий кровоток, повышению дренажной функции лимфатических капилляров и нормализации лимфоциркуляции на уровне органов брюшной полости.

В целом полученные результаты наглядно отображали эффективность предложенных патогенетически обоснованных мероприятий, позволивших улучшить качество оказываемой помощи и, соответственно, результаты лечения такой тяжелой патологии, как ОРП, путем снижения частоты гнойно-септических и кишечных осложнений с 26,4% до 12,7% и летальности с 14,6% до 7,5%.

СУРХОНДАРЁ ВИЛОЯТИ САНИТАР АВИАЦИЯ ХИЗМАТИНИНГ ФАОЛИЯТИ ВА БАЪЗИ БИР МУАММОЛАРИ

*Эшбоев А.Т.¹, Искандаров Э.Р.²,
Искандарова Д.Э.³, Курбонов О.М.⁴*

^{1,2,3,4}Республика шошилич тиббий ёрдამ
илмий маркази Сурхондарё филиали
^{2,3}Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали

Сурхондарё вилояти республикамининг энг жанубий қисмида жойлашган бўлиб, учта қўшни давлат – Афғонистон, Туркменистон ва Тожикистон билан чегарадош ҳудуд эканлиги туфайли муҳим стратегик аҳамиятга эгадир. Майдони 20,1 минг км², иқлими қуруқ субтропик бўлиб, аҳолиси 2021 йил 1 январь ҳолатига кўра 2681,0 минг кишини ташкил этади.

Мақсад. Сурхондарё вилоятининг сўнгги йиллардаги санитар авиация хизматини ўрганиш ва таҳлил қилиш.

Материал ва методлар. Сурхондарё вилоятининг санитар авиация хизмати фаолиятига доир сўнгги 3 йиллик (2019, 2020, 2021 йиллар) ҳисоботлари бевосита ўрганилиб, таҳлил қилинди.

Натижа ва муҳокама. Сурхондарё вилоятининг санитар авиация хизматига 2019 йил 4591 та, 2020 йил 4075 та, 2021 йилда 4756 та қақирққ тушган бўлиб, тегишли тартибда 5024, 4396, 5155 та шифокор томонидан тўлиқ хизмат кўрсатилган (баъзи беморларга 2 тадан ортиқ тор мутахассислар жалб этилиши, сурункали касалликлар учун ёки асосиз қақирққлар ва ҳ.к туфайли қақирққларга нисбатан врачлар сони кўп бўлган). Шу йиллар давомида 15764 та беморга тиббий санитар авиация хизмати кўрсатилган бўлиб, шулардан 18% (n=2838) ни болалар ташкил этган.

Сурхондарё вилоятининг санитар авиация хизматида жами 11 та автотранспорт воситаси мавжуд, шуларнинг 8 таси «Дамас», 1 таси «ISUZU NKR 55 E» ва 1 тадан «Hyundai» ва «Газель» авторусумли автомашиналардир.

Энг кўп қақирққлар Термиз шаҳри ва Термиз тумани, Ангор, Жарқўрғон ва Шеробод туманларидан тушган бўлиб, жами қақирққларнинг 57% (n=7651) ни ташкил этган. Қақирққлар асосан нейрохирург, невролог, нефролог, реаниматолог ва кўкрак жарроҳлиги мутахассисларига бўлган. Бу борада етишмайдиган мутахассисларни эса болалар гематологи, нефролог, токсиколог ва пульманологлар ташкил этган.

Шуни таъкидлаш лозимки, 2,5% (n=336) ҳолатлардаги қақирққлар асосиз бўлган. Ўз навбатида, хизматга жалб этилаётган мутахассисларнинг деярли барчаси ёндош ходимлар бўлиб, бу эса баъзи ҳолларда асосий иш фаолиятига салбий таъсир этмоқда.

Хулоса. Юқоридагилардан хулоса қилиш мумкинки, вилоятда аҳоли сони ошиши билан санитар авиация хизматига талаб ортиб бормоқда. Шунга кўра, ушбу хизмат самарадорлигини ошириш учун унинг моддий-техник базасини яхшилаш, хизматга жалб этилаётган мутахассисларнинг касбий салоҳиятини юксалтириш ва етишмайдиган мутахассислар сонини ошириш, қўшимча штат бирликларини ташкил этиш лозим.

САНАЦИОННАЯ БРОНХОСКОПИЯ: ПОКАЗАНИЯ И РОЛЬ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*Ч.И. Эшонкулов, Т.Э. Эгамбердиев,
Ж.А. Акбаров, Н.И. Махмудов*

Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель: снижение осложнений, инвалидности и летальности больных с травмами грудной клетки, создание больному комфорта, раннее выздоровле-

ние и восстановление нормальной трудоспособности.

Материал и методы. В наш филиал ФФРНЦМП с 2018 по 2021 год всего поступило 322 больных с различными травмами грудной клетки (ДТП, кататравма, бытовая, производственная травма, сочетанная и политравма). Из числа 322 больных у 202 больных было показание для проведения санационной бронхоскопии в ранней стадии травмы, у всех 202 больных выявлены и были диагностированы множественные переломы ребер с нарушением каркасной структуры грудной клетки с ушибом легких, а у остальных 120 больных выявлены легкие и средней степени тяжести травмы грудной клетки, которым не было показаний для проведения санации бронхиального дерева. Всем 202 больным в первые 3 суток в условиях реанимации и в хирургическом отделении стационара была проведена санационная бронхоскопия под местной анестезией с 2% лидокаином, с предварительными премедикациями. Во время осмотра бронхоскопом мы выявили, что в просвете долевого бронха в первые сутки за счет ушиба развивался травматический отек, кровоизлияние в слизистых бронхах, в данном случае мы ограничивались только манипуляциями санации бронхиального дерева с орошением адреналином и трипсином. А на вторые и третьи сутки выявляли сгустки и корки с полной и неполной закупоркой главного и долевого бронха, ателектаз нижележащих участков легких, в данном случае манипуляции заканчивали только санациями.

Показания для проведения бронхоскопии устанавливаются с помощью физикальных и дополнительно инструментальных обследований: пальпации, перкуссии, аускультации, рентгенографии грудной клетки, компьютерной томографии легких: больные, находящиеся длительное время на аппарате искусственной вентиляции легких, тоже подлежат санационной бронхоскопии 2 раза в сутки.

У всех больных с ушибом легких после проведенной санационной бронхоскопии отмечалось быстрое клиническое улучшение, при физикальном обследовании у больного сразу же после санации бронхиального дерева появилось везикулярное дыхание на стороне поражения, частота дыхания достигала нормального уровня – до 18–20 р. в 1 минуту, больные моментально чувствовали комфорт и облегчение в акте дыхания, дополнительно проведены М-холиноблокаторы, антигистаминные препараты, сочетанная антибактериальная терапия, противовоспалительные препараты, антикоагулянты, дыхательная гимнастика и ранняя активизация больного. На контрольном рентгенснимке: на 3–6 сутки после очередной санационной бронхоскопии мы выявили уменьшение ателектазированных участков в паренхиме легких и полное

удовлетворительное восстановление пневматизации в легких.

Результаты. После проведения активных санационных бронхоскопий больных с ушибом легких значительно сократилось число осложнений, таких как посттравматическая пневмония и абсцедирование, значительно сократился срок пребывания больного в стационаре, полностью восстановилась трудоспособность больных, и в данный момент все больные работают по специальности. Значительно уменьшилось число летальности.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИАФИЗА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

**Н.А. Юсупов, М.Х. Абдуллаев,
Ш.Ш. Кобулов, Х. Акбаров**

Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность совершенствования хирургического лечения переломов костей голени обусловлена достаточно высокой их частотой, которая составляет от 23 до 35,5% от общего числа повреждений опорно-двигательной системы и от 18 до 61,5% среди всех переломов длинных костей конечностей. Наиболее часто встречаются диафизарные переломы костей голени, на долю которых приходится от 84,4 до 87,9%. Оптимизация хирургического лечения диафизарных переломов длинных трубчатых костей голени представляет медико-социальную проблему травматологии и ортопедии.

Цель работы: улучшение результатов лечения больных с диафизарными переломами костей голени путем усовершенствования хирургического лечения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 42 больных с диафизарными переломами костей голени, лечившихся в отделении травматологии Наманганского филиала РНЦЭМП с 2019 по 2021 год, в возрасте от 18 до 49 лет, оперированных по методу накостного остеосинтеза. Мужчин было 24, женщин – 18. Все больные были трудоспособного возраста. Средний возраст пациентов составил 36,7 года. 24 пострадавших поступили в первые сутки после травмы в порядке самообращения, другие 18 были доставлены в стационар через трое суток и более.

Результаты. Отдаленные результаты накостного остеосинтеза изучены в сроки от одного до трех лет у 36 (85%), хорошие результаты получены у 36 (85%), удовлетворительные – у 5 (14%) и неудовлетворительные – у 1 (2%) больного. После операции в течение 45–50 дней больные продолжали носить гипсовые повязки, затем, после снятия повязок, больные получали физиотерапевтическое лечение. Таким образом, применение наружного фиксатора создает оптимальные условия для сра-

щения переломов и ранней активизации больных с быстрым восстановлением функции нижней конечности.

Выводы. Разработанное нами хирургическое лечение с применением наружного фиксатора создает оптимальные условия для сращения переломов и активизации больных и быстрого восстановления функции нижней конечности. Применение разработанного нами накостного фиксатора дало хорошие результаты – в 35 (84%), удовлетворительные – в 6 (14%), неудовлетворительные – в 1 (2%) случае.

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ

*Н.А. Юсупов, А.А. Мамадалиев,
М.Х. Абдуллаев, Ш.Ш. Кобулов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Венозный тромбоз и легочная тромбоэмболия настолько связаны между собой, что только единое рассмотрение этих двух патологических состояний позволяет осуществить адекватный патогенетический подход к диагностике, профилактике и лечению как тромбозов, так и эмболии. Актуальность проблемы венозной тромбоэмболической болезни, занимающей большой удельный вес среди непосредственных причин гибели больных при переломах нижних конечностей, диктует необходимость разработки дальнейших мер профилактики, своевременной и адекватной диагностики, эффективно-го лечения этого грозного осложнения.

Цель исследования: определить роль различных видов остеосинтеза в развитии венозной гипертензии и тромбообразования пострадавших с переломами нижних конечностей.

Материалы и методы: в зависимости от возможности осуществления активных движений в коленном суставе больные разделены на 2 группы. В первую группу вошли 38 пострадавших с переломами нижних конечностей после остеосинтеза интрамедуллярным блокирующим штифтом. Во вторую группу вошли 26 больных после накостного остеосинтеза пластиной АО с последующим наложением гипсовой повязки в период 2019–2021 гг. По возрасту, полу, характеру повреждений статистически значимых различий в группах не отмечалось.

Результаты и обсуждение. В первые сутки после операции как в 1 группе, так и во 2-й отмечались высокая линейная скорость кровотока, отсутствие фазности кровотока. К концу 2-й недели скорость и фазность кровотока восстанавливались в первой группе. Во 2-й группе кровотоки несколько снижались, но сохранялись высоким, не фазным на протяжении всего периода лечения. В первые сутки после

операции у пациентов в обеих группах отмечалась также дилатация вен. По мере восстановления линейной скорости кровотока уменьшался диаметр вен у пострадавших в первой группе исследования. Во второй группе у пациентов на фоне высокой линейной скорости кровотока наблюдалась дилатация вен. Данные проявления свидетельствовали о сохранявшейся венозной гипертензии у пострадавших 2-й группы на протяжении всего периода лечения.

Всем больным было назначено антикоагулянтное лечение препаратом Клексан 0,4 – 40 мг/сутки в течение 1-го месяца. Во время пребывания в стационаре у больных не был зарегистрирован тромбоз глубоких вен (ТГВ). При амбулаторном наблюдении больных обеих групп в течение 3 месяцев у пострадавших второй группы обнаружен ТГВ нижних конечностей в 6 (15,8%) случаях.

Выводы. Имобилизация нижней конечности гипсовой повязкой у больных приводит к замедлению тока крови в венах нижней конечности, что обуславливает развитие венозной гипертензии и способствует тромбообразованию глубоких вен.

Применение метода ранней функциональной нагрузки после блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза создает благоприятные условия для восстановления венозной гемодинамики в ранние сроки и максимально снижает риск развития венозных тромбоэмболических осложнений у больных с переломами нижних конечностей.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫМИ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Н.А. Юсупов, Х.Т. Акбаров, М.Х. Абдуллаев

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель: улучшение результатов лечения пострадавших с закрытыми переломами длинных трубчатых костей, сочетанными с черепно-мозговой травмой, путем применения малоинвазивных методик.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения 221 пострадавшего с закрытыми переломами костей конечностей, сочетанных 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, электроэнцефалографии.

У 66 (26,5%) пострадавших диагностирован ушиб головного мозга различной степени тяжести, у 155 (73,7%) – сотрясение головного мозга. В 165

случаях черепно-мозговая травма сопровождалась повреждением одного сегмента конечностей, в 35 – двух, в 15 – трех и в 6 случаях – 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 221 пострадавшим выполнен чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова, причем в первые сутки после поступления – в 118 случаях (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 выполнялись оперативные вмешательства на голове, органах грудной и брюшной полостей.

Консолидация костей конечностей достигнута у всех пострадавших. Всего умерло 3 больных, что составило 1,4%. Летальностью исхода была травма, несовместимая с жизнью.

Выводы. Наш опыт показывает высокую эффективность чрескостного остеосинтеза по Илизарову при лечении закрытых переломов костей конечностей, сочетанных с черепно-мозговой травмой. Малотравматичность, управляемость и высокая фиксирующая способность данного метода делают его оптимальным при лечении данной категории пострадавших.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Д.Р. Алимов

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Материал и методы. Материал исследования составили 126 (100%) наблюдений пострадавших с

сочетанными и черепно-мозговыми травмами, поступивших в Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и находившихся на стационарном лечении в отделении сочетанных травм с нейрохирургией в период с 2017 по 2021 г. Мужчин было 84 (66,6%), женщин – 42 (33,3%). Возраст пострадавших был от 21 до 67 лет. Всем больным пострадавшим с черепно-мозговыми травмами, поступившим в экстренном порядке, проведены различные оперативные доступы: костно-пластическая трепанация черепа – 17 (13,4%) больных, резекционная трепанация черепа – 83 (65,8%) больных, декомпрессионная трепанация черепа – 26 (20,6%) больных. Внутримозговые гематомы выявлены и удалены в 18 (14,2%) случаях, эпидуральная гематома – у 28 (22,2%) больных, субдуральная гематома – у 44 (34,9%) больных, острая внутримозговая гематома – у 25 (19,8%) больных, хроническая гематома – у 11 (8,7%) больных. У всех 126 больных черепно-мозговая травма сопровождалась различными сочетанными повреждениями, в том числе переломы верхних конечностей были у 52 (41,2%) больных, нижних конечностей – у 43 (34,1%) больных, тазовых костей – у 12 (9,5%) больных. Повреждения брюшной полости и органов забрюшинного пространства (разрывы селезенки, печени, капсулы почки и т.д.) были у 19 (15,0%) больных.

Результаты. При анализе общего количества 126 больных с сочетанными черепно-мозговыми травмами выяснили, что в удовлетворительном состоянии выписаны 54 (42,8%) больных, в состоянии средней тяжести переведены для продолжения лечения по дислокации 34 (26,9%) больных, скончались в стационаре 14 (11,1%) пострадавших.

Выводы. Основными механизмами получения травмы у пострадавших с сочетанными черепно-мозговыми травмами остаются дорожно-транспортные происшествия и кататравмы, вследствие которых отмечаются наиболее тяжелые виды повреждений головного мозга – субдуральные и внутримозговые гематомы, очаги ушиба и разможжения мозга, а также множественные повреждения костей скелета и внутренних органов.

2. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ

VIDEOTORACOSCOPY PLACE FOR THORACOABDOMINAL INJURIES

*Djalilov E.T., Iskhakov B.R., Khudoiberdiev B.A.,
Iskhakov N.B., Robiddinov B.S.*

**Namangan Branch of the
Republican Emergency Medical Service**

We for the period from 2002 to 2020. therapeutic and diagnostic videothoracoscopy was performed on 430 victims with chest injuries, of whom 320 (74.4%) were men and 110 (25.2%) were women aged 14 to 66 years. All victims with chest trauma were examined by X-ray. The indication for emergency videothoracoscopy was the presence of small and medium hemopneumothorax. The thoracoscopic equipment of the Karl Storz company was used.

Isolated chest injury was found in 126 patients; in 148 patients, a closed chest injury was combined with craniocerebral trauma of varying degrees, in 42 with damage to the abdominal organs, in 62 with fractures of the limb bones and with a complicated fracture of the thoracolumbar vertebrae – in 12.

In 72 (16.7%) patients with multiple rib fractures complicated by bleeding from the intercostal vessels, hemostasis was achieved by clipping the intercostal vessels and bipolar diathermy coagulation. In 54 (12.5%) patients with damage to the visceral pleura and small ruptures of the lung parenchyma, hemostasis was achieved by the imposition of endosutures. Superficial pleural rupture without signs of active bleeding was observed in 84 (19.5%) patients. Rib fractures without pleural damage were diagnosed in 43 (10.0%) patients.

Contusion and hematoma of the lungs were observed in 75 (17.4%), mediastinal organs in 25 (5.8%) patients. In all cases, the pleural cavity is drained. The reason for the conversion (transition to thoracotomy) in 22 (5.1%) patients was a ruptured lung with ongoing bleeding.

The intraoperative complication in the form of bleeding from the intercostal veins at the injection site of the thoracoport was observed in 3 patients in whom hemostasis was achieved by bipolar diathermocoagulation.

Twelve (2.8%) patients died from causes unrelated to thoracoscopy (open traumatic brain injury + rib fractures and severe concomitant injury, contusion of the lung and mediastinal organs + fracture of the thoracolumbar spine).

Thus, the use of videothoracoscopy in urgent thoracic surgery made it possible to reduce the percentage of diagnostic errors and shorten the time to establish a diagnosis. The use of videothoracoscopy in polytrauma

changes the tactics of treating patients and, in most cases, is an alternative to thoracotomy.

ADVANTAGES OF LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY

*Iskhakov B.R., Alizhanov A.A., Iskhakov N.B.,
Robiddinova D.B., Dadaboev A.U.*

**Namangan branch of the Republican Scientific
Center for Emergency Medical Aid**

In emergency surgery, the diagnosis and treatment of acute appendicitis have been and remains one of the urgent problems. The use of laparoscopy made it possible to reach a new level in the diagnosis of various forms of acute appendicitis and promptly resolve surgical treatment in the most difficult diagnostic cases.

Over the past ten years, 9818 patients were operated on for acute appendicitis in the Namangan branch of the RSCEMA, of which 1663 patients underwent laparoscopic appendectomy, which amounted to 16.9%. Of the 1663 patients operated on for acute appendicitis by the laparoscopic method, 701 (42.2%) men and 962 (57.8%) women aged from 5 to 67 years. Pediatric and adolescent patients accounted for 24.3% (404 patients). When studying the path of hospitalization, it was revealed that 673 (40.5%) patients were delivered by ambulance, 907 (54.5%) by gravity, and referral from the clinic – 83 (5%).

Up to 6 hours, 404 (24.3%) patients were admitted, within 7–24 hours 934 (56.2%) and more than 24 hours – 325 (19.5%).

The appendectomy was completed by the laparoscopic method in 1447 (87%) patients; the transition to the traditional way was performed in 179 (10.7%), to the central midline laparotomy in 37 (2.3%). The reasons for the conversion were: retrocecal, retroperitoneal location of the appendix, widespread peritonitis, periappendicular abscess.

By the nature of inflammatory changes: catarrhal appendicitis was detected in 97 (5.8%) patients, phlegmonous – 1151 (69.2%), gangrenous – 262 (15.8%). Periappendicular abscess was diagnosed in 20 (1.2%) patients, and empyema of the appendix in 133 (7.9%).

The introduction of diagnostic laparoscopy and laparoscopic operations made it possible to reduce the number of unsupported operations. As a rule, all laparoscopic appendectomies were performed after confirmation of the diagnosis during a diagnostic laparoscopy.

We used a laparoscopic stand made by Karl Storz and Horman in which the first one is in 10 mm. The trocar for the laparoscope was inserted supraumbilically. The second one will be in 10 mm. a trocar for removal of the appendix was inserted along with the McBurney

point on the right. Third, 5mm. a trocar for the manipulator was introduced by puncture of the left iliac region.

The duration of the operation ranged from 20 minutes to 35. The abdominal cavity was sanitized with saline or furacilin solution using an irrigoaspirator "BRUSAN." The pelvic cavity and the right iliac region were drained only in diffuse peritonitis every 10 mm. trocar on the right.

The intraperitoneal method of processing the mesentery and stump of the appendix using the ligature method was used in children.

Extraperitoneal processing of the mesentery and stump of the appendix by the immersion method was used in most patients. At the diagnostic stage of laparoscopy, only one 10mm was used when the chew-like process was available for review.

A feature of laparoscopically augmented appendectomy (LDA) was the expansion of the trocar wound with the parietal peritoneum up to 1.5–2 cm and the extraction of the appendix into the damage.

Atypical location of the appendix with a mobile cecum was found in 5 patients. In all, the operation was completed laparoscopically with an additional 10 mm insertion. Trocar through the epigastric left and right hypochondrium regions.

Relaparoscopy to diagnose postoperative intra-abdominal complications and debridement in continuing peritonitis was used in 18 (1.1%) patients.

Complications after laparoscopic appendectomy were observed in 128 (7.7%) patients. In 24 cases (1.4%), there was a suppuration of the surgical wound; in 36 (2.2%), there was infiltration in the injury. There were no deaths after laparoscopic appendectomy. The average bed-day was 2.8 days.

Thus, emergency laparoscopy allows timely verification of the diagnosis of acute appendicitis and an adequate video laparoscopic intervention, which has an undoubted advantage over traditional operations. (Low invasiveness, pharmacoeconomic and cosmetic effect). We believe that laparoscopically augmented appendectomy can be used in the treatment of acute appendicitis.

SANATION VIDEOLAPAROSCOPY IN PANCREATOGENIC PERITONITIS

*Iskhakov N.B., Iskhakov B.R.,
Alijanov A.A., Ustabaev Kh.Kh.*

**Namangan Branch of the Republican
Emergency Medical Service (NBREMS)**

Over the past ten years, in the complex treatment of 52 patients with destructive pancreatitis (DP), we have included the technique of laparoscopic video sanitation (VLS) of the abdominal cavity + intra-aortic antibiotic therapy.

DP was established in all patients during laparoscopy, including in 21 – a subtotal lesion of the body and tail of the pancreas (RV) with large-focal hemorrhagic

necrosis of parapancreatic tissue, in 12 – fatty necrosis, mainly of the head and body of the RV with massive infiltration and imbibition of the hepatoduodenal ligament, perirenal and paracolic tissue, in 19 – small focal and mixed necrosis of the body and tail of the pancreas with infiltration and imbibition of the mesentery root of the transverse colon and parapancreatic tissue.

In the course of VLS, 30 patients (first group) underwent several interventions: aspiration of exudate and sanitation with antiseptics, drawing of drainage tubes in an amount from 3 to 5 into sloping places of the abdominal cavity; novocaine blockade of the mesentery root of the transverse colon, parapancreatic tissue and the round ligament of the liver, debridement, and drainage of the omental bursa (SS) (14), laparoscopic cholecystostomy in the presence of biliary hypertension (3), laparoscopic cholecystectomy (LCE) in the destruction of the gallbladder, LCE with external drainage of the common bile duct through the stump of the cystic duct (2), transition to laparotomy and removal of necrotic areas of the pancreas (7).

In 22 (second group), during VLS, the spread of pancreatonecrosis is established, active aspiration of enzymatic effusion, sanitation, and drainage of sloping areas of the abdominal cavity for peritoneal lavage according to indications, cholecystostomy or LCE with decompression of the biliary ducts is carried out. At the same time, in no case were active interventions performed in the pathological process area (dissection, drainage, and tamponade of the SS, necrosectomy from the pancreas, retroperitoneal tissue (PCF), etc.). A single IVL was performed in 10 patients, two times – 6, three times – 4, four times – 2.

In patients of the first group (30), VLS and intra-aortic catheter therapy turned out to be effective and allowed to achieve relief of the inflammatory process in 23 (76.7%). In 7 (23.3%), the zones of necrosis of the pancreas and PCD were infected. These patients underwent traditional "open" operations programmed. 4 (13.3%) patients died after surgery. In patients of the second group (22), we did not observe the progression of pancreatonecrosis and retroperitoneal sequestration.

It should be noted that this tactic was effective in all patients of the second group. There were no complications or deaths. In our opinion, such results in patients of the second group are associated precisely with the minimum volume of interventions in the area of necrotic foci of the pancreas and PCD.

Thus, the results suggest that even destructive pancreatitis diagnosed upon admission is not always an indication for urgent surgery. The use of advanced technology – laparoscopic video sanitation and primary pathogenetic therapy will naturally decrease mortality in this severe category of patients.

SIMULTANE LAPAROSCOPIC SURGERY IN URGENT ABDOMINAL SURGERY*Iskhakov N.B., Iskhakov B.R., Alijanov A.A., Robiddinova D.B., Dadaboev U.A.***Namangan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid**

During the last 20 years of work, we have performed 6197 laparoscopic cholecystectomies. We have experience performing 601 (9.7%) simultaneous surgical interventions for combined pathology of the abdominal cavity and abdominal wall organs. The most common combinations of laparoscopic operations were cholecystectomy and procedures for concomitant gynecological pathology.

In 120 (20.0%) patients, the second laparoscopic intervention was performed for ovarian cysts, 5 to 10 cm in size. Tubal sterilization was performed in 302 (50.2%) patients, salpingoovariolysis and salpingostomy with hydrosalpinx – in 47 (7.8%). In 61 (10.1%) patients, laparoscopic cholecystectomy was preceded by hernioplasty of the umbilical ring. In Knoch's syndrome, dissection of adhesions was performed - in 68 (11.4%). In 3 (0.5%) cases, laparoscopic cholecystectomy was combined with cystectomy (echinococcectomy, fenestration of solitary liver cysts) from the liver.

First of all, the intervention was carried out on the tiny infected organs. To extract the gallbladder and ovarian cyst from the abdominal cavity, we used the access at the paraumbilical point. During the operation, there was no need to introduce an additional trocar into the abdominal cavity. Abdominal complications were not observed. The postoperative period in all patients was uneventful.

Comparative analysis of the surgical treatment of groups of patients who underwent simultaneous laparoscopic interventions showed that the severity of the postoperative period, the length of hospital stay, and the duration of temporary disability did not change.

The more active introduction of simultaneous laparoscopic operations in surgical practice allows the patient to be provided with qualified assistance. It will reduce financial costs without resorting to reoperation, especially laparotomy.

ROLE OF A COMPUTERIZED TOMOGRAPHY AT REVEALING HEMATOMAS OF A CEREBELLUM AND INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGES*Sharifbaev S.A., Ashurov Z.I., Abdusattarov K.A., Karimbaev Sh.T., Ismailov O.A., Ismailov A.I., Davlatov I.R.***Namangan branch of Republican emergency medical research centre Namangan, Uzbekistan**

Introduction: Hypertensive hematomas of a cerebellum with intraventricular hemorrhages is characterized by acute and sometimes subacute course

of disease. Even at volume of a hematoma of 14 sm³ the compression and a dislocation of a brainstem can develop, and at hematoma in a vermis – intraventricular hemorrhage and obstructive hydrocephalus.

Material and Method: At 15 patients with spontaneous cerebellar hemorrhage, was treated in amangan branch Republican emergency medical research centre in Uzbekistan within 2018–2021 yy. Age from 35 till 65 years. Level of the consciousness was estimated on a scale coma Glasgow and on a scale Hunt-Hess. To all patients was made CT a brain. At 11 (73,3%) cases there was a haemorrhage of cerebellar hemispheres and at 4 (26,6%) cases cerebellar vermis.

Results: All patients has hypertension-hydrocephalic syndrome of a various degree of expressiveness. Meningeal syndrome is observed at 80% of patients. Cerebellar symptoms in the form of nystagmus, ataxia, decrease in a muscular tone on the side of a hematoma is characteristic semiology for cerebellar hematomas. 9 (60%) patients, which has no CT signs of dislocation of a brainstem, compression and displacement of IV ventricle and axial dislocation are subjected to operative intervention. Operation decompressive craniectomy of posterior cranial fossa and removal of blood clot was performed. The remained 6 (40%) patients was not operated, because of severe condition of patient (GCS less than 8 and Hunt Hess 4–5 degree). On CT revealed significant compression and dislocation of IV-ventricle and brainstem and signs of axial dislocation.

Conclusions: CT is a method of a choice in acute period of a haemorrhage because of its high sensitivity hemoglobin in this phase of disease and small duration of research. Revealing dislocation of brainstem, compression and displacement of IV ventricle, an axial dislocation, deformation of quadrigeminal and ambience brain stem cisterns defines poor outcome.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭРПХГ И ЭПСТ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ*У.О. Абидов, К.Ш. Хаджаев, А.А. Хайдаров, З.П. Бафоев***Бухарский филиал РНЦЭМП, БухГосМИ**

Актуальность. Одной из основных и трудноразрешимых проблем хирургии до сегодняшнего дня остаются вопросы диагностики и лечения синдрома механической желтухи (МЖ). В последние годы отмечена тенденция увеличения количества больных с механической желтухой, остающейся важной медико-социальной проблемой во всем мире.

Цели и задачи. Оценить эффективность эндоскопических методов диагностики, лечения больных механической желтухой и нозологическую структуру заболевания.

В Бухарском филиале РНЦЭМП начиная с 2010 года выполняется практически весь спектр как диагностических, так и лечебных антеградных и ретроградных вмешательств, применяемых при билиарной гипертензии. Основными являются: ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), эндоскопическая механическая литоэкстракция, механическая литотрипсия, назобилиарное дренирование и стентирование холедоха. С 2017 года широко используется метод ЧЧХГ и ЧЧХС.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 2970 больных механической желтухой (МЖ), находившихся на лечении в отделениях I и II экстренной хирургии, эндоскопического кабинета при Бухарском филиале РНЦЭМП с 2010 по 2020 гг. В целом наблюдается рост числа госпитализированных, причем более выраженный в группе больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны. Больные были госпитализированы в экстренном порядке, а также госпитализированные больные, переведенные с данной патологией из онкоцентра, субфилиалов и из близлежащих областей. Необходимо отметить позднюю обращаемость больных в стационар. Мужчин было 1351 (46,2%), женщин – 1619 (53,8%).

Результаты и обсуждения. Причинами механической желтухи у 75,8% ($n=2251$) больных были доброкачественные заболевания, у 24,2% ($n=719$) – злокачественные. Отмечено увеличение частоты злокачественных новообразований гепатопанкреатодуоденальной зоны с 2010 по 2020 год. Среди злокачественных новообразований характерно увеличение опухоли ПЖ в динамике.

За период с 2010 по 2020 год в Бухарском филиале РНЦЭМП произведено 2964 ЭРПХГ и 2747 ЭПСТ. По результатам ЭРПХГ, причинами механической желтухи явились: холедохолитиаз – у 1977 (в том числе и резидуальный холедохолитиаз), опухоль большого дуоденального сосочка (БДС) – у 129 больных, опухоль головки поджелудочной железы – у 365 и стриктуры в терминальном отделе холедоха – у 76 больных; опухоли ворот печени, метастазы в печень из других локализаций опухолей и сужение ОЖП вследствие перихоледохеальной ЛАП – у 138 больных, прорвавшаяся эхинококковая киста печени в общий желчный проток – у 126 больных, гепатикофасциола – у 3 больных, синдром Мириззи (СМ) – у 15; киста холедоха – у 3; причина не МЖ (ХАГ, ЦП и т.д.) – у 66 больных (немеханической природы).

Эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) удалось выполнить у 2747 (97%) больных. Литоэкстракцию камней из ОЖП удалось выполнить у 1842 (93,2%) больных. При невозможности удаления камней из ОЖП по причине больших размеров конкрементов производили механическую литотрипсию. Удачно данная операция выполнена

у 91 больного (4,6%). Неудачи механической литотрипсии были у 44 (2,2%) больных, они связаны прежде всего с парапапиллярными дивертикулами и плотными камнями.

Вывод. Применение малоинвазивных вмешательств у больных с механической желтухой является обязательным условием полноценной работы современного эндоскопического кабинета. Высокая эффективность эндоскопических вмешательств обеспечивается наличием высококвалифицированных специалистов и комплексным применением эндоскопических методик с помощью современного оборудования.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

*У.О. Абидов, К.Ш. Хаджаев,
А.А. Хайдаров, У.У. Рузиев*

Бухарский филиал РНЦЭМП, БухГосМИ

Бухарским филиалом РНЦЭМП произведены 2964 ЭРПХГ и 2747 ЭПСТ. По результатам ЭРПХГ, причинами механической желтухи явились доброкачественные образования (холедохолитиаз – у 1977) – у 2251 – 75,8%; злокачественные – у 719 – 24,2%.

По различным причинам ЭРПХГ (невозможность доступа к БДС, ранее произведенные резекции желудка по Бильрот II, парапапиллярные дивертикулы и т.д.) у 42 больных произвести не удалось. При невозможности ретроградной декомпрессии билиарного тракта использовали ЧЧХГ и ЧЧХС у 44 больных. Длительность механической желтухи составляла от 2 до 30 суток.

Из числа больных 220 с явлениями гнойного холангита 87 (39,5%) произведено назобилиарное дренирование и санация желчного дерева растворами декасана и 20 мл (5мл/литр) раствором озонированного хлорида натрия. По влиянию озонированного раствора на течение острого холангита ведется научная работа.

После нормализации показателей функционального состояния печени проводили второй этап ЛХЭК или ТХЭК. Выбор метода операции зависел от деструктивных изменений в стенке желчного пузыря, наличия перитонита и холангита.

Лапароскопическая холецистэктомия (после ЭРПХГ и литоэкстракции) произведена у 1150 (58%); традиционная холецистэктомия (после ЭРПХГ и литоэкстракции) – у 717 (36,3%); традиционная холецистэктомия с дренированием холедоха по Пиковскому – у 25 (1,3%); традиционная холецистэктомия, холедохотомия, дренирование холедоха по Керу – у 60 (3%); традиционная холецистэктомия с дренированием холедоха по Вишневскому – у 25 (1,3%). При подозрении на стеноз большого

сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) производили эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию с последующей папиллосфинктеротомией – у 76 (2,6%) больных. Лечебная ЭПСТ проводилась во всех случаях при доброкачественных заболеваниях БСДК для восстановления проходимости протоков.

Прорыв эхинококковых кист в желчные ходы вызвал механическую желтуху у 126 больных. Выполнено извлечение хитиновой оболочки (с последующим оперативным лечением).

Вывод: Малоинвазивные эндоскопические декомпрессионные вмешательства являются эффективным способом восстановления желчеоттока при обструкции билиарной системы. Эти методики позволяют достаточно быстро и эффективно ликвидировать МЖ и холангит, дают возможность проводить хирургические вмешательства в наиболее благоприятных условиях.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ПРИ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕНАХ ПИЩЕВОДА, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

У.О. Абидов, К.Ш. Хаджаев, А.А. Хайдаров

**Бухарский государственный
медицинский институт,
Бухарский филиал РНЦЭМП**

Цель исследования: показать роль эндоскопического лигирования (ЭЛ) в лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода при urgentных ситуациях на базе Бухарского филиала РНЦЭМП.

Материалы и методы. Наши данные основаны на опыте эндоскопического лечения 320 пациентов с варикозным расширением вен пищевода за период с 2015 года по декабрь 2021 года. Возраст больных составлял от 18 до 83 лет, мужчин – 178 (57%), женщин – 142 (43%).

Нами эндоскопическое лигирование применялось к пациентам, поступившим в клинику с острым массивным пищеводным кровотечением у 278 (89%) больных. У остальных 42 (11%) пациентов из-за плохой визуализации источника кровотечения использовали зонд-обтуратор Блэкмора–Сенкстакена и госпитализировали в отделение реанимации и интенсивной терапии. После относительной стабилизации пациента на следующие сутки проводилась отсроченная эндоскопия с лигированием вен с приостановившимся кровотечением и вен, у которых был риск кровотечения.

Лечение острого кровотечения из ВРВ (рекомендации Baveno V). При восполнении ОЦК используют осторожное введение СЗП. Трансфузия эритрома-сы для поддержания гемоглобина 80 г/л. Профилактика печеночной энцефалопатии.

Назначали атенолол, нитроглицерин; соматостатин (Октреотид) вводили первоначально болюсно в дозе 50–100 мкг, затем переходили на длительную внутривенную инфузию в дозе 25–50 мкг/ч в течение 5–7 дней, блокаторы секреции соляной кислоты.

Результаты и обсуждение. Выполнено 395 сеансов лигирования 320 пациентам с варикозным расширением вен пищевода II–III степени (максимальное количество лигирования у 5 пациентов – 3). Для лигирования мы использовали эндоскопические лигаторы фирмы Wilson Cook Shooter MBL – 6-PK и EZY Shoot QF-OVL.

Рецидив кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода после первого этапа ЭЛ возник у 32 (10%) больных в стационаре, через 1–2 месяца после вмешательства – у 40 (12,5%), что в обеих ситуациях послужило показанием к проведению повторного эндоскопического лигирования. Летальные исходы в условиях стационара составили 6%.

Таким образом, ЭЛ варикозно расширенных вен пищевода вследствие его малоинвазивности и малотравматичности, безусловно, является методом выбора лечения и профилактики пищеводного кровотечения портального генеза, так как достигается быстрый эффект эрадикации вен при малом количестве осложнений.

Эндоскопическое лигирование применялось к пациентами с острыми пищеводными кровотечениями по возможности на момент поступления в приемное отделение. У больных с плохой визуализацией источника кровотечения считаем целесообразным выполнение эндоскопического лигирования в отсроченном порядке после достижения временного гемостаза с применением зонда-обтуратора Блэкмора–Сенкстакена на более благоприятных условиях для адекватной оценки эндоскопической картины.

БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИ АМАЛГА ОШИРИЛГАН ПСИХОЛОГИК МУАММОЛАР

*Акалаев Р.Н.^{1,2}, Шоумаров Г.Б.³,
Хаджибаев Ф.А.^{1,2}, Стопницкий А.А.^{1,2},
Хонбабаева Р.Х.¹, Акалаева А.А.¹*

**Республика шошилиньч тиббий
ёрдам илмий маркази¹
Тиббийёт ходимларининг касбий
малакасини ривожлантириш маркази²
Халқ таълими вазирлиги³**

Мавзунинг долзарблиги. Донор буйраги трансплантациясидан сўнг реципиентларни реабилитация қилиш давомли ва узоқ муддат парвариш қилишни тақозо этади. Айни шу жараёнда реципиентнинг янги ҳаётга мослашиши рўй бергани учун психологик кўниқувни талаб қилади. Дунёнинг кўплаб мамлакатларида трансплантология бўйича

психологик тадқиқотлар доимий равишда олиб борилмоқда. Мамлакатимизда 2018 йилдан бошлаб трансплантологиянинг қайта туғилиш даври бошланди ва яқин орада клиник тиббиётнинг ушбу соҳаси жадал ривожланиши туфайли буйрак трансплантациясидан кейинги беморлар сони тобора ортиб бормоқда. Бу эса, ўз навбатида, операциядан кейинги даврдаги тиббий реабилитацияни талаб қилади. Психологик реабилитация жарроҳлик амалиётига тайёргарлик даврида ҳам, айниқса, операциядан кейинги даврда ҳам муҳим роль ўйнайди.

Тадқиқот мақсади. Донор буйраги трансплантацияси амалиётидан кейинги даврда реципиентларда юзага келадиган ноқулай психологик ҳавф омилларини ўрганиш, шунингдек, психологик мослашиш ва реабилитация қилишнинг мақбул усуллари аниқлаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот РШТЭИМнинг буйрак трансплантацияси бўлимида, тирик донордан буйрак трансплантацияси амалиёти бажарилишидан олдин ва кейинги даврда реципиент беморлар ўртасида ўтказилди. Беморга тузилган клиник суҳбат асносида хавотир ва депрессияни аниқловчи Бек сўровномаси, Бигли сўровномаси (тана тасвирининг ҳаёт сифатига таъсири) Т.Ф. Кеш, К. Махвернинг «Одамни тасвирла» расми тестлари қўлланилди. Тадқиқотда 2018 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда тирик донордан буйрак трансплантацияси амалиёти ўтказилган 57 нафар реципиент, жумладан 35 эркак (61,4%) ва 22 аёл (38,6%) иштирок этди. Беморларнинг ёши 13 дан 62 гача бўлган.

Натижалар. Структурланган клиник суҳбат натижаларини таҳлил қилиш асносида қуйидагилар аниқланди: беморларнинг 72,3% операцияни ижобий баҳолаган; беморларнинг 16,1% трансплантацияни ноаниқ баҳолаган; барча текширув ўтказилган беморларнинг 11,6% ўзларида салбий характерга эга бўлган реакциялар кузатишган. А. Бек шкаласига кўра, барча беморларда хавотир ва депрессия белгилари аниқланган. Ўртача хавотир даражаси $23,58 \pm 4,01$ ($p < 0,05$) баллни ташкил этган. Беморларнинг 6,2% ида оғир депрессия (22–29 балл) аниқланган; ўртача (16–19 балл)ни – 32,1% ва енгил (10–15 балл)ни 61,7% беморлар ташкил этган. Аёл ва эркак жинси орасидаги тафовут кузатилмаган. Буйрак трансплантацияси амалга оширилган беморлар тана тасвирининг ҳаёт сифатига таъсирини инкор этиши билан тавсифланган (Бигли тестида юқори балл). Беморлар томонидан тасвирланган чизмаларни ўрганиш натижасида буйрак трансплантациясидан сўнг беморлар тана қиёфасидаги ўзгаришларга «ҳимоя тўсиқларини» ошириш орқали жавоб беришган, яъни хавотир, ўзига паст баҳо бериш, ажралиб қолганлик ҳисси (изоляция), паст энергетик кучга эга бўлиб бораётганликларини таъкидлашган.

Улар ўзларидаги тана яхлитлигини таназзулга учраган деб ҳисоблаш орқали, ҳиссий ресурслари ўзгаришларда курашишга дош бера олмайди.

Хулоса. Тирик донордан буйрак трансплантацияси ўтказилган беморлар операцияга тайёргарлик пайтида ҳам, операциядан кейинги даврда ҳам психологик ёрдамга муҳтож бўладилар. Психологик реабилитация узлуксизлик, комплексли, қулай, мослашувчанлик тамойилларига асосланган ҳолда амалга оширилиши керак.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОЭНДОСКОПА ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

*А.А. Алижанов, С.А. Шарифбаев,
К.А. Абдусаттаров, З.И. Ашуров,
И.А. Жиянов, У.А. Хайдаров*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Эндоскопическая хирургия направлена на то, чтобы минимизировать область вмешательства в организм человека. Развитие методов нейроэндоскопии изменили кардинальным образом способы операций на головном мозге. В нейроэндоскопе размером в несколько миллиметров используются микрохирургические приборы, установленные на конце гибкой трубки эндоскопа, которую можно проводить сквозь сложные анатомические образования мозга.

Цель работы: применение нейроэндоскопа при патологиях головного мозга.

Материалы и методы. Оперировано 16 больных с применением нейроэндоскопа. Из них 10 (62,5%) больных – с макроаденомами гипофиза, у 4 больных было явление акромегалии, у 2 больных – пролактиномы, а также у 4 больных было явление сдавления зрительных нервов. 3 (18,7%) больных оперированы по поводу острых нарушений мозгового кровообращения с прорывом в желудочковую систему с нейроэндоскопическим ассистентированием, у 3 (18,7%) больных произведена миниинвазивная операция для фенестрации дна III желудочка головного мозга при окклюзионной гидроцефалии.

Результаты. Больные оперированы с использованием ригидного нейроэндоскопа, который позволил значительно уменьшить травматизацию головного мозга во время доступа. Доступы в аденомы гипофиза проводились трансназально, через сфеноидальную полость клиновидной кости. В боковой желудочек осуществлялся стандартным путём в точке Арендта, отходя на 3 см от сагиттального шва и 2 см вперед от коронарного шва. При внутримозговых кровоизлияниях нейроэндоскоп применялся для ревизии места кровоизлияния.

Заключение. Применение нейроэндоскопа является миниинвазивным, менее травматичным и экономически более выгодным методом лечения при патологиях головного мозга.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*А.А. Алижанов, И.Р. Хужамбердиев,
Б.А. Худойбердиев, Д.А. Рашидов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки (ПДПК).

Материал и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования 13 больных с ПДПК, находившихся на стационарном лечении в Наманганском филиале РНЦЭМП в период с 2009 по 2020 год. Мужчин было 11 (84,6%), женщин – 2 (15,4%). Средний возраст составил $57,2 \pm 9,6$ года. При этом 6 (46,2%) больных поступили в сроки до 24 часов, 7 (53,8%) – позже 24 часов от момента получения травмы, что, в свою очередь, значительно ухудшало прогноз и утяжеляло состояние больных в послеоперационном периоде. ПДПК у всех пациентов были учтены в соответствии со шкалой дуоденальных повреждений (DIS) Американской ассоциации хирургии и травмы (AAST) по 5 степеням (G-Grade). При этом число случаев с G I составило 1 (7,7%), G II – 4 (30,8%), G III – 3 (23,1%), G IV – 1 (7,7%), G V – 0 (0,0%); 4 (30,8%) имели изолированные ПДПК. При выявлении повреждений смежных органов: повреждение поджелудочной железы было в 3 (20%) случаях, повреждение печени – в 4 (30,8%), желчного пузыря, селезенки, ободочной кишки и аорты – по 1 наблюдению. Забрюшинная гематома обнаружена в 6 (46%) случаях. У 5 (38,5%) больных была закрытая травма живота, полученная в результате избиения, при падении с высоты – у 1 и у 1 – после автотравмы. Проникающее ножевое ранение брюшной полости было в 3 наблюдениях. У 3 пациентов ПДПК были диагностированы после ранее перенесенных операций: гепатикодуоденостомия – 1, холедохоеюностомия – 1, холецистэктомия с антеградной папиллосфинктеротомией – 1.

Результаты исследования. До операции предположительный диагноз ПДПК был выставлен лишь в 4 (30,8%) случаях. 7-ми пациентам была выполнена диагностическая лапароскопия. Конверсия в лапаротомию составила 100%. От момента получения травмы хирургические вмешательства производились: через 1 час – в 1 случае, через 3 часа – в 1, через 6 часов – в 4, позже 24 часов – в 7. Из них в холле первичного вмешательства диагноз ПДПК был установлен у 5. Однако у 5 больных диагноз ПДПК не был установлен даже при лапаротомии,

что потребовало последующих вмешательств. Резекция желудка выполнена 5 больным (через 1 сутки – 1, через 3 суток – 2, через 4 суток – 1, через 5 суток – 1). Первичное ушивание дефекта стенки ДПК выполнено у 7 (53,8%), резекция желудка по Б-П – у 2 (15,4%). Дуоденоюностомия на отключенной петле по Ру – у 2 (15,4%). Гастроэнтероанастомоз с брауновским соустьем выполнен у 2 (15,4%) больных. Из 13 больных умерли 6 (46%). В 1 случае смерть наступила на операционном столе в результате развившейся острой сердечно-сосудистой недостаточности из-за массивного желудочно-кишечного и внутрибрюшного кровотечения. Течение послеоперационного периода остальных 5 умерших было тяжелым. Причинами летального исхода стали: рецидивирующие кровотечения из острых язв ДПК – у 1, тяжелая ЗЧМТ с полиорганной недостаточностью – у 1, несостоятельность швов дуоденоюноанастомоза на петле по Ру с формированием наружного дуоденального свища – у 1. Тяжелая сочетанная политравма с геморрагическим и травматическим шоком на фоне профузного внутрибрюшного кровотечения из сосудов панкреатодуоденальной зоны – у 2. Кроме того, все они имели сопутствующую патологию (ишемическая болезнь сердца, хронические обструктивные болезни легких, мочекаменная болезнь), отягочавшую прогноз.

Выводы. Лечение пострадавших с ПДПК остается сложной задачей. Восстановление дефекта с активной зондовой декомпрессией путем постоянной аспирации в послеоперационном периоде эффективно только в ранние сроки после травмы. В послеоперационном периоде важное значение имеет также медикаментозная профилактика несостоятельности швов двенадцатиперстной кишки и травматического панкреатита.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*А.А. Алижанов, А.Г. Мирзакулов,
И.Р. Хужамбердиев, Ш.Б. Исабоев*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Острая толстокишечная непроходимость продолжает оставаться важной и нерешенной проблемой ургентной хирургии. Это прежде всего обусловлено как ростом онкологических заболеваний толстой кишки, так и высокими показателями послеоперационной летальности. Следует отметить, что среди больных с острой толстокишечной непроходимостью основную часть (до 80%) составляют лица старше 60 лет. Большинство этих больных страдают сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, дыхательных путей и нарушениями обмена веществ, которые в 30% случаев обнаруживаются в декомпенсирован-

ной стадии. До настоящего времени остаются не до конца решенными вопросы выбора рациональной хирургической тактики при острой толстокишечной непроходимости, в том числе показания, сроки, характер и объем операций.

Цель: анализ результатов хирургического лечения больных с острой толстокишечной непроходимостью.

Материал и методы. С 2010 по 2020 гг. в отделении экстренной хирургии № 3 Наманганского филиала РНЦЭМП пролечен 101 больной с острой тонкокишечной непроходимостью. Мужчин было 51 (50,5%), женщин – 50 (49,5%). Больных в возрасте от 18 до 44 лет было 53 (52,5%), 45–59 лет – 27 (26,7%), старше 60 лет – 21 (20,8%). 99 больных оперированы, в 2 случаях с картиной распространенного перитонита терминальной стадии оперативное лечение не выполнено.

Результаты. В течение 1 часа поступили 14 больных, в течение суток – 60 больных, больше суток – 27 больных. Всем больным выполнено рентгенологическое исследование (ирригография), на основании которого у 60 больных имелась картина онкологической патологии толстой кишки: в 4 случаях – опухоль слепой кишки, в 6 случаях – опухоль восходящей ободочной кишки, в 18 случаях – опухоль печеночного угла, в 3 случаях – опухоль поперечно-ободочной кишки, в 12 случаях – опухоль селезеночного угла, в 4 случаях – опухоль нисходящей ободочной кишки, в 10 случаях – опухоль сигмовидной кишки, в 3 случаях – опухоль прямой кишки. В 39 случаях имелась картина заворота толстой кишки, преимущественно сигмовидной кишки. После установления диагноза толстокишечной непроходимости больные после предварительной подготовки были оперированы: в 28 случаях выполнена правосторонняя гемиколэктомия, в 26 случаях – левосторонняя гемиколэктомия. В 15 случаях выполнена резекция толстой кишки. В 15 случаях операция завершена наложением коло-колоанастомоза, в 14 случаях – илеотрансверзоанастомоза. В 14 случаях сформирован илеотрансверзоанастомоз. Нагноение послеоперационной раны отмечалось в 6 случаях. Релапаротомия была выполнена у 4 больных. Средний койко-день составил 6,4. Летальность была 10,9%.

Заключение. Выполнение ирригографии у больных с картиной острой толстокишечной непроходимости является золотым стандартом диагностики и в большинстве случаев даёт возможность выявить этиологический фактор. Результаты лечения напрямую зависят от сроков госпитализации, возраста пациентов и наличия сопутствующих заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЖИТЕЛЯМ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ В ГОРНЫХ РЕГИОНАХ НАМАНГАНА

*А.А. Алижанов, С.А. Шарифбаев,
К.А. Абдусаттаров, З.И. Ашуров, Ш.У. Уринов,
А.М. Бокиев, И.И. Отбаев*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Целью работы было выявить особенности ЧМТ в сельском регионе, выработать основные пути совершенствования неотложной помощи организационного характера в горном регионе Намангана.

Материалы и методы. Проведен анализ частоты встречаемости, состояния оказания неотложной помощи и результатов лечения больных с ЧМТ в сельской местности за период 2016–2021 гг. на основании специально разработанных анкет, которые были разосланы во все ЦРБ.

Результаты и их обсуждение. Особенности ЧМТ в сельской местности: высокая частота травм, полученных в результате ДТП на дорогах горных регионов (перевал) (38,2%), подавляющее преобладание лёгких черепно-мозговых повреждений (88,5%), а также низкая частота травм у детей (6,8%) и крайне высокие показатели летальности при тяжёлой ЧМТ (78,2%).

С целью улучшения результатов лечения тяжёлой ЧМТ в Папском и Учкурганском районах, а также в остальных районах проведен ряд организационных мероприятий:

По Постановлению Президента Республики Узбекистан в двух районах (Пап, Учкурган) организованы центры политравмы и сердечно-сосудистых заболеваний.

1. Рекомендовано по возможности избегать госпитализации пострадавших с ЧМТ в лечебные учреждения первичного уровня.

2. В ЦРБ выделены травматологи, которые прошли подготовку в специализированных учреждениях и ответственны за оказание помощи больным с ЧМТ.

3. Рекомендовано осмотр больных с тяжёлой ЧМТ в ЦРБ проводить совместно травматологу, невропатологу и реаниматологу, с почасовой оценкой их состояния.

4. Транспортировка пострадавших с тяжёлой ЧМТ в областной филиал РНЦЭМП при отсутствии витальных нарушений проводится врачом нейрохирургом по линии санитарной авиации и врачами, которые прошли обучение по экстренной нейрохирургии, а при наличии витальных нарушений оказывают нейрохирургическую помощь.

Заключение. В результате проведённых организационных мероприятий удалось снизить летальность при тяжёлой ЧМТ среди пострадавших в горных регионах до 46,5%.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков

**Наманганский филиал РНЦЭМП,
Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Введение. Повреждения поджелудочной железы (ПЖ) встречаются у 1–20% пострадавших с проникающими ранениями и при закрытой травме живота, этот показатель не имеет тенденции к снижению. Преобладают сочетанные повреждения, изолированная травма ПЖ отмечается примерно у 30% всех наблюдений. Повреждения ПЖ характеризуются тяжелым течением, прежде всего за счет травматического панкреатита, частота развития которого достигает 87,5%. Его течение сопровождается большим количеством осложнений, частота которых достигает 78%, и высокой летальностью, составляющей, по разным источникам, от 12 до 73% (А.С. Ермолов, Д.А. Благовестнов и др., 2015).

Цель: улучшение диагностики и лечения больных с повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства с применением эндоскопической техники.

Материал и методы. Нами проанализированы 106 историй болезни больных с повреждениями поджелудочной железы при сочетанной травме живота, находившихся в Наманганском филиале РНЦЭМП. Мужчин было 80 (75,5%), женщин – 26 (24,5%).

По возрастному показателю пострадавшие были распределены следующим образом: до 18 лет – 17 (16,03%), от 19 до 44 лет – 74 (69,8%), от 45 до 59 лет – 12 (11,3%), старше 60 лет – 3 (6,5%) больных. Лица трудоспособного возраста составили 69,8%.

При закрытой травме живота наиболее частыми причинами повреждения ПЖ были дорожно-транспортные происшествия – 38,7% (41 пострадавший). При изучении характера травмы было отмечено превалирование травм, полученных в результате удара тупым предметом, – у 33 (31,1%) пациентов, при падении с высоты – у 18 (17%), спортивная травма – у 8 (7,5%), а также травм производственного характера – у 6 (5,7%).

33 (31,1%) пострадавших были доставлены в стационар машиной скорой медицинской помощи, переведенных из других лечебно-профилактических учреждений (по договоренности с администрацией) было 14,2% (15 больных). «Самотёком», при самостоятельном обращении пациента в случае ухудшения его самочувствия на улице недалеко от больницы попутным транспортом с места ДТП или кататравмы, доставлены 58 (54,7%). В течение первого часа с момента полученной травмы по-

ступили 43 (40,6%) пострадавших, до 3 часов – 25 (23,5%) и до 24 часов – 16 (15,1%). На 2–5-е сутки из других лечебных учреждений в филиал были переведены – 15 (14,1%) больных.

По нашим наблюдениям, отмечалось учащение обращаемости пациентов в летний период года – 30 пациентов (28,3%), по сравнению с зимним периодом – 20 (18,9%).

Состояние при поступлении оценивалось крайне тяжелым у 21 (19,8%) пострадавшего, тяжелой степени – у 49 (46,2%), средней тяжести – у 34 (32,1%) и легкой степени тяжести – у 2 (1,9%). Больные тяжелой и крайне тяжелой степенью тяжести госпитализированы непосредственно в реанимационное отделение или палаты интенсивной терапии. Диагноз «повреждение поджелудочной железы» ставили на основании данных УЗИ, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастным усилением, видеолапароскопии, данных лабораторного исследования и подтверждали при интраоперационной ревизии.

Результаты и обсуждение. Повреждение головки поджелудочной железы наблюдалось у 32 (30,2%) больных, перешейка – у 4 (3,8%), тела – у 56 (52,8%), хвоста железы – у 14 (13,2%) больных. Изолированное повреждение ПЖ наблюдали у 7 (6,6%) пострадавших. При сочетанных повреждениях чаще других встречались повреждения селезенки (21 – 19,8%), печени (18 – 17%), желудка (7 – 6,6%), толстой кишки (9 – 8,5%), тонкой кишки (6 – 5,6%), двенадцатиперстной кишки (2 – 1,9%), почек (5 – 4,7%), диафрагмы (2 – 1,9%) и мочевого пузыря (1 – 0,9%). Повреждение ПЖ сочеталось с травмой черепа, груди, позвоночника, костей конечности и таза у 28 (26,4%) пациентов.

Для интраоперационной оценки степени повреждения ПЖ использовали классификацию D. Smego, предложенную в 1985 г. В соответствии с этой классификацией выделяют 4 степени повреждения без учета его локализации и повреждения двенадцатиперстной кишки, но отражающие соотношение повреждения капсулы, паренхимы и протока. I степень (минимальный ушиб, подкапсулярная гематома без повреждения паренхимы) повреждения была установлена у 40 (37,7%) пострадавших, II степень (разрыв паренхимы без повреждения протока ПЖ) – у 42 (39,6%), III степень (глубокий разрыв с предполагаемым или существующим разрывом протока ПЖ) – у 15 (14,2%), IV степень (массивное размоложение железы) – у 9 (8,5%) пострадавших. Торакоабдоминальная травма выявлена у 48 (7,7%) пострадавших, травма органов брюшной полости сочеталась с переломами костей таза – у 22 (3,5%), с переломом позвоночника – у 23 (3,7%).

Видеолапароскопию для диагностики и лечения травм ПЖ использовали у 61 (57,5%) пациента. Видеолапароскопические вмешательства при сочетанной травме органов брюшной полости и забрю-

шинного пространства оказались эффективными и окончательными у 19 (31,1%) пострадавших. У этих пациентов лапароскопический мониторинг, панкреатоскопия, диатермокоагуляция капсулы ПЖ, удаление гематомы из салниковой сумки, санация и дренирование брюшной полости были окончательным этапом операции. В 30 (49,2%) наблюдениях показаниями к лапаротомии были гемоперитонеум более 500 мл, перитонит, травма полых органов, глубокие (III и более степень по D. Smego) повреждения паренхиматозных органов с кровотечением.

Нами лапароскопические признаки поврежденный органов брюшной полости были исключены у 12 (19,7%) пострадавших. Один больной с небольшой гематомой ПЖЖ с линейным содержимым жидкости в салниковой сумке подвергся консервативному лечению. У 44 пострадавших с клиникой внутрибрюшной катастрофы проводили традиционные методы операции. Умерли после операции 14 пострадавших, летальность составила 13,2%. Средний койко-день составил 8,4. 27 больных были переведены в другие ЛПУ. С выздоровлением были выписаны 62 больных.

Заключение. Видеолапароскопическая хирургия является приоритетной, но к ней определены показания и противопоказания, соблюдение которых позволило избежать неблагоприятных исходов, связанных с применением этого метода в ургентной патологии. Видеолапароскопия при сочетанных травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагноза и выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных. Видеолапароскопия при сочетанных травмах и поли-травмах изменяет тактику лечения пациентов и в большинстве случаев избавляет их от «напрасной» лапаротомии.

ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОСТОМИИ И ХОЛЕЦИСТОСТОМИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

*А.А. Алижанов, А.А. Жалилов, Б.Р. Исхаков,
Н.Б. Исхаков, А.Э. Рузматов, Ш. Кенжабаев*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Одним из малоинвазивных вмешательств, выполняемых по поводу различных патологических состояний печени, желчных протоков и поджелудочной железы, является пункционный транскутанный доступ во внутривнутрипеченочные желчные протоки. Малоинвазивное проникновение позволяет, с одной стороны, путем чрескожной чреспеченочной холангиографии решить диагностические задачи, с другой – выполнить мероприятия лечебного характера.

Материалы и методы. С 2014 года на базе Наманганского филиала РНЦЭМП оперированы 62 больных с механической желтухой и кистой поджелудочной железы методом чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков и желчного пузыря, чрескожного дренирования кисты поджелудочной железы.

Возрастной размах составил: до 19 лет – 1 (1,6%), 20–44 – 6 (9,7%), 45–59 – 20 (32,3%), 60–74 – 24 (38,7%), старше 75 лет – 11 (17,7%) пациентов, из них мужчин – 39 (62,9%), женщин – 23 (37,1%).

Распределение больных по диагнозу: панкреонекроз и киста поджелудочной железы – 5 больных; опухоли печени с механической желтухой – 22 больных; опухоль Клацкина, тип IIIБ – 1 больной; острый гангренозный холецистит с холангитом и механической желтухой – 15 больных; опухоли головки поджелудочной железы – 18 больных; абсцесс печени – 2 больных.

Показания: синдром механической желтухи, вызванный опухолевым поражением органов гепатобилиарной зоны; синдром механической желтухи, вызванный послеоперационным рубцовым сужением желчного протока; острый обструктивный холецистит у больных с высоким операционным и анестезиологическим риском.

Противопоказания: асцит; множественное метастатическое поражение печени; нарушение свертываемости крови; невозможность выполнения (ожирение 4 ст.).

Методика выполнения: операция проводится натощак. Премедикация включает обезболивающие и седативные препараты. Длительность процедуры – от 30 минут до 2 часов. Для выполнения требуется специальный набор инструментов: пункционная игла, различные струны-проводники, расширители и дренажная трубка. Дренажная трубка – Pigtail (поросичий хвост), выполненная из специального гидрофильного пластика. Конец его обладает эффектом памяти и в свободном состоянии сворачивается в виде завитка.

Под местной анестезией производится надрез кожи в 3–4 мм. Контролем рентгеноскопии (мобильная рентгеновская установка) производится прокалывание передней стенки живота, ткани печени и стенки желчного протока или желчного пузыря пункционной иглой. Выбирают место «акустического окна», при этом учитывается расположение сосудов печени с целью выбора правильной траектории проведения пункционной иглы. В полость желчного протока через пункционную иглу вводится струна-проводник. Игла извлекается, и производится расширение пункционного канала до необходимого диаметра. По струне-проводнику в просвет желчного протока проводится дренаж. К трубке снаружи присоединяется специальный мешок для сбора отделяющейся желчи. На этом операция заканчивается.

Проведенные операции: чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков – у 30 пациентов; наружное чрескожное дренирование абсцесса печени – у 2 пациентов; наружное чрескожное дренирование кисты поджелудочной железы – у 5 пациентов; чрескожная чреспеченочная холецистостомия – у 25 пациентов.

Послеоперационный период после чрескожных вмешательств на желчных протоках протекает, как правило, благоприятно. В течение 2–3 часов после процедуры рекомендован строгий постельный режим и запрет на прием пищи и жидкости. В дальнейшем пациенту разрешается вставать, двигаться и принимать пищу.

Выводы. Диагностическая ценность данного исследования чрезвычайно высока и позволяет построить дальнейшую программу обследования и лечения пациента.

Применение ЧЧПХС и холецистостомии у больных иноперабельными опухолями ворот печени и головки поджелудочной железы позволяет облегчить страдание, продлевает жизни у этой тяжелой категории больных, в ряде случаев может стать этапом предоперационной подготовки.

ПОЭТАПНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

*А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков,
У.Р. Базарбаев, А.Э. Рузматов,
Ш.М. Саидметов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Проблема своевременной диагностики и определения тактики лечения повреждений органов брюшной полости у больных при сочетанных травмах на догоспитальном и стационарном этапах остается актуальной в связи с тяжелым состоянием пострадавших.

Целью нашего исследования является улучшение диагностики и лечение пострадавших сочетанными травмами органов брюшной полости с применением лапароскопии.

За последние 10 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП при сочетанных травмах с подозрением на повреждение органов брюшной полости и забрюшинного пространства выполнены 362 лечебно-диагностические лапароскопии. Мужчин было 242 (66,8%), женщин – 120 (33,2%). По возрастному фактору пострадавшие распределены следующим образом: до 19 лет – 75 (20,7%), от 19 до 44 лет – 135 (37,3%), от 45 до 59 лет – 102 (28,2%), старше 60 лет – 40 (11%) больных. Лица трудоспособного возраста составили 65,5%. В течение первого часа с момента полученной травмы поступило 202 (56,4%) пострадавших, до 3 часов – 115 (33%), до 6 часов и более – 41 (10,6%).

При изучении характера травмы преобладали травмы, полученные при дорожно-транспортном происшествии – 204 (56,4%), при падении с высоты – 112 (30,9%) и в результате удара тупым предметом – 46 (12,7%). Хотим отметить, что среди детей школьного возраста от 8 до 14 лет преобладали травмы, полученные при падении с высоты. Состояние при поступлении оценивалось как крайне тяжелое у 56 (15,5%) больных, тяжелой степени – у 264 (72,9%), средней тяжести – у 42 (11,6%).

98 (27,7%) пострадавших доставлены скорой помощью, переведены из травмпункта после оказания первой медицинской помощи 42 (11,6%) и самостоятельно поступили 222 (61,3%).

Противошоковые мероприятия проведены пострадавшим врачами скорой помощи и травмпункта. Из 56 пострадавших иммобилизация конечности стандартными шинами на догоспитальном этапе выполнена 30 пострадавшим, кровоостанавливающий жгут наложен 12, давящая повязка при ранениях была наложена 48, кровоостанавливающий зажим был наложен 3 пострадавшим. Катетеризация центральных вен осуществлена 28 пострадавшим, наркотические анальгетики применены по показаниям.

На стационарном этапе одновременно проводили клинические, лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые и другие методы исследования, включая диагностическую плевральную пункцию или торакоскопию. По стабилизации гемодинамики проведены первичная хирургическая обработка с репозицией и стабилизацией переломов костей, трепанации черепа и др.

Краниоабдоминальная травма наблюдались у 78 (21,5%) пострадавших, повреждения органов брюшной полости сочетались с переломами костей конечности – у 39 (11%) и с повреждением почек – 25 (6,9%). Торакоабдоминальная травма выявлена у 38 (10,5%) пострадавших, травмы органов брюшной полости сочетались 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 (19,6%) пострадавших. На диагностическом этапе лапароскопии выявлены: разрыв печени – у 44 (12,2%) больных, селезенки – у 42 (11,6%), брыжейки тонкой кишки – у 19 (5,3%), 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 выявлена у 36 (9,9%) пострадавших. Разрыв двенадцатиперстной кишки диагностирован у 2 (0,6%) пациентов, желудка – у 3 (0,8%). Травматическое повреждение двух и более органов брюшной полости диагностированы у 24 (6,6%) пострадавших.

ших. У 68 (18,8%) пострадавших при диагностической лапароскопии не было выявлено повреждений органов брюшной полости.

128 (35,4%) больным потребовалось традиционное хирургическое вмешательство в связи с серьезными повреждениями органов брюшной полости. Видеолапароскопическое вмешательство при сочетанной травме органов брюшной полости оказалось эффективным и окончательным у 166 (45,9%) пострадавших. Выявленные на диагностическом этапе лапароскопии субсерозные небольшие гематомы паренхиматозных и полых органов (12), гематома передней брюшной стенки (15) не потребовали активных хирургических вмешательств. Лапароскопическое ушивание раны печени с гепатооментопексией (42) и повреждений брыжейки тонкой кишки (28) выполнено 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. Умерли 6 больных с изолированными травмами органов брюшной полости. Причинами летального исхода являлись: посттравматический, постгеморрагический шок.

Таким образом, успех лечения пострадавших сочетанными травмами во многом зависит от правильного оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Применение видеолапароскопии при сочетанных травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагноза, выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных и в большинстве случаев избавляет их от напрасной лапаротомии.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН ГОЛЕНИ И БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТА

Д.Д. Алимухамедов, Ш.М. Муминов, Б.П. Хамидов, Н.Г. Дадамьянц, Д.Л. Ким, Ш.М. Абдуллаев

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) в общей популяции ежегодно регистрируется в пределах 1–1,5 случая на 1000 взрослого населения, а такое его осложнение, как тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), наблюдается примерно в 60

случаях на 100 000. Локализация тромбоза в глубоких венах голени и бедренно-подколенном сегменте по сравнению с подвздошно-бедренным сегментом и нижней полой вены (НПВ) составляет более 50%.

Цель исследования: оценка результатов хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии при тромбозах глубоких вен голени и бедренно-подколенного сегмента.

Материал и методы. В отделении хирургии сосудов Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2003 по 2021 гг. на стационарном лечении находилось 998 пациентов с тромбозом глубоких вен голени и бедренно-подколенного сегмента. Всем этим пациентам выполняли цветное дуплексное сканирование (ЦДС). Локализацию тромба в глубоких венах голени диагностировали 307 (30,8%) больным, в подколенном сегменте – 231 (23,1%), в бедренном сегменте – 460 (46,1%).

Результаты. В результате обследования флотирующий характер тромба был диагностирован у 79 (7,9%) пациентов, окклюзирующий – в 648 (64,9%) случаях и пристеночный – в 271 (27,2%).

В экстренном порядке оперативное лечение выполнено 156 (15,6%) больным, показанием к операции послужил флотирующий эмболоопасный характер тромба – у 79 (7,9%) пациентов, локализация проксимальной части тромба выше впадения ГВВ – у 29 (2,9%), а также диагностированные эпизоды ТЭЛА на момент госпитализации вне зависимости от характера тромба – у 48 (4,8%).

Больным с окклюзирующим и пристеночным характером тромба без признаков ТЭЛА на фоне проводимой консервативной терапии в динамике через 2–3 дня выполнялось контрольное ЦДС и в случае нарастания уровня тромба проводилось оперативное лечение – 189 (18,9%) случаев. При стабилизации тромба продолжалась консервативная терапия – 653 (65,4%) случая.

Всего 345 (34,6%) больным выполнены следующие операции: тромбэктомия из общей бедренной вены с пликацией бедренной вены (БВ) ниже устья глубокой бедренной вены (ГВВ) – 50, тромбэктомия из общей бедренной вены с перевязкой бедренной вены ниже впадения устья ГВВ – 41, пликация бедренной вены ниже впадения устья ГВВ – 77 или перевязка бедренной вены ниже впадения устья ГВВ – 177.

В послеоперационном периоде были следующие осложнения: лимфорея – у 4 (1,2%), нагноение послеоперационной раны – у 1 (0,3%), тромбоэмболия ветвей легочной артерии – у 2 (0,6%), ретромбоз общей бедренной вены с распространением на подвздошную вену – у 2 (0,6%). Всего летальный исход наблюдался у 12 (1,2%) больных, из них у 1 (0,3%) в послеоперационном периоде, а у остальных – по причине нарастания клиники дыхательной недостаточности из-за свершившейся до госпитализа-

ции тромбозов ветвей легочной артерии и других конкурирующих заболеваний.

Выводы. При тромбозах глубоких вен голени и бедренно-подколенного сегмента, как показывает клиническая практика и данные изучения информативности ЦДС, чувствительность, специфичность и точность данного метода обследования очень высокие и достигают практически 99,0%.

Результаты лечения больных с острыми тромбозами глубоких вен данной локализации указывают на оправданность и необходимость активной тактики в решении данного вопроса флебологии, так как у 7,9% (79 больных) встречаются флотирующие тромбы, в 4,8% (48 больных) случаев происходит тромбоз ветвей легочной артерии в догоспитальном периоде, а нарастание тромба в динамике происходит у 18,9% (189 больных).

Активная хирургическая тактика приводит к удовлетворительному результату у 97,1% оперированных больных.

ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОТЕРМИЧЕСКОЙ САНАЦИИ БРЮШИНЫ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

А.Ю. Анисимов, Р.А. Ибрагимов, М.В. Кузнецов

Кафедра неотложной медицинской помощи и симуляционной медицины Центра медицины и фармации Высшей школы медицины Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО, Казанский (Приволжский) федеральный университет, Российская Федерация

Распространенный перитонит (РП), как причину смерти в 60% наблюдений острых заболеваний органов брюшной полости, Jirasek справедливо называл «...последней главой проигранной битвы за живот». В аспекте интраоперационной санации брюшины традиционно важным считается получить санационный эффект, то есть удалить патологический экссудат и по возможности воздействовать на его микрофлору. Задача, как правило, решается на уровне выбора того или иного антисептического препарата. Однако помимо механического очищения брюшины существует ряд задач, не решенных до сегодняшнего дня. К ним относятся борьба с гипоксией, стабилизация гемодинамики, детоксикация. Такая переоценка приоритетов интраоперационной санации диктует необходимость разработки и внедрения инновационных технологий ее выполнения.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных РП на основе инновационной технологии интраоперационной гипотермической санации брюшины с помощью устройства для подачи промывных растворов «Гейзер».

Материал и методы. Перед операцией в бак устройства заливаем 18 литров антисептического раствора. С помощью ирригоаспиратора подаем антисептический раствор в брюшную полость. Конструкция ирригоаспиратора позволяет одновременно аспирировать отработанную жидкость. Скорость подачи раствора меняем с помощью специального регулятора. Санацию брюшины проводим до чистых промывных вод. Расход жидкости на одну процедуру санации при этом составляет 16-18 литров. Весь сеанс длится 10-15 минут.

Проанализированы результаты хирургического лечения 318 больных РП. Причинами возникновения РП явились острый аппендицит – у 82, перфорации язв желудочно-кишечного тракта – у 77, травмы живота – у 73, послеоперационный перитонит – у 32, острая непроходимость кишечника – у 31, деструктивный холецистит – у 14, ущемленные грыжи – у 9 больных. Мужчин было 209 (65,7%), женщин – 109 (34,3%). В возрасте от 15 до 39 лет было 163 (51,3%), от 40 до 59 лет – 97 (30,5%), от 60 и старше – 58 (18,2%) человек. Сроки от начала заболевания до операции у 93 (29,2%) больных составили менее 24 часов, у 164 (51,6%) – от 24 до 72 часов, у 61 (19,2%) – более 72 часов. При вскрытии брюшной полости у 248 (78,0%) пациентов был обнаружен гнойно-фибринозный, у 15 (4,7%) – гнойно-желчный, у 14 (4,4%) – гнилостный, у 41 (12,9%) – каловый экссудат. У 261 (82,1%) больных имел место диффузный распространенный перитонит, у 57 (17,9%) – диффузный общий. Сопутствующие заболевания в виде сердечно-сосудистой, бронхолегочной патологии, сочетанной травмы с явлениями шока, сахарного диабета были отмечены у 181 (56,9%) пациента. Всех больных разделили на две относительно репрезентативные группы. В первую группу вошли 144 человека, которым после ликвидации источника воспаления с помощью устройства для подачи промывных растворов «Гейзер» была выполнена гипотермическая санация брюшины антисептическим раствором, предварительно подогретым до температуры +40°C. Вторую группу составили 174 пациента, которым была выполнена гипотермическая санация брюшины антисептическим раствором, предварительно охлажденным до температуры +4...+6°C. Для купирования ответной реакции организма на охлаждение, непосредственно перед процедурой, выполняли блокаду рефлексогенных зон корня брыжейки тонкой и толстой кишок S. Novocaini 0,25% – 100,0–120,0.

Результаты. Гипотермическая санация брюшины вела в течение часа после процедуры к повышению от исходных величин наружной температуры тела на 0,9+0,03°C, температуры тела в пищеводе на 0,27+0,02°C, температуры тела в прямой кишке на 0,41+0,02°C (p>0,05). Это, по нашему мнению, не позволяет говорить о влиянии гипотермической санации на уровень обменных процессов при РП. На-

против, после гипотермической санации в течение часа имело место статистически достоверное снижение наружной температуры тела на $1,54 \pm 0,03^\circ\text{C}$, температуры тела в пищеводе – на $1,09 \pm 0,03^\circ\text{C}$, температуры тела в прямой кишке – на $2,27 \pm 0,03^\circ\text{C}$ ($p < 0,05$). Таким образом, локальное воздействие холода на брюшину вело к развитию общей гипотермии, глубина которой была незначительной. Анализ эволюции параметров центральной гемодинамики у больных первой группы показал, что изменения были статистически недостоверны ($p > 0,5$). В то же время, при локальном охлаждении брюшины было достигнуто повышение системного систолического и системного диастолического давления и урежение пульса ($p < 0,5$). Гипертермическая санация вела к увеличению концентрации молекул средней массы в сыворотке крови в 1,03 раза, а диеновых конъюгат – в 1,2 раза по сравнению с исходными величинами ($p < 0,5$). Напротив, во второй группе концентрация молекул средней массы в сыворотке крови уменьшилась в 1,24 раза, а диеновых конъюгат – в 1,35 раза по сравнению с исходными величинами ($p < 0,5$). Послеоперационные осложнения в первой группе были зарегистрированы у 99 (68,8%) больных, во второй группе – у 51 (29,3%). Во второй группе по сравнению с первой количество динамической непроходимости кишечника уменьшилось с 16,8% до 6,7%, нагноений срединной раны – с 31,7% до 21,1%, интоксикационных делириев – с 21,8% до 15,2%, внутрибрюшинных абсцессов – с 19,2% до 7,9%, эвентраций кишечника – с 16,7% до 8,8% ($p < 0,05$). Летальность в первой группе составила 23,6%, во второй группе – 16,5%.

Выводы. Включение в комплексную лечебную программу РП инновационной технологии интраоперационной гипотермической санации брюшины с помощью устройства для подачи промывных растворов «Гейзер» позволяет улучшить результаты хирургического лечения. Однако она не является самостоятельным методом лечения. Ее необходимо сочетать с остальными общепринятыми терапевтическими мероприятиями.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

*Ш.Я. Асранов, Х.Х. Хамдамов,
С.М. Яхёев, А.С. Джалалов*

Андижанский филиал РНЦЭМП

Исследование основывается на результатах диагностики и лечения 42 больных с различными торакоабдоминальными ранениями, находившихся на лечении в абдоминальном и торакальном отделениях АФ РНЦЭМП в 2018-2022 гг. Мужчин было 30, женщин – 12. Всем поступившим боль-

ным, помимо клинично-инструментальных методов обследования, лабораторных, эндоскопических и рентгенологических исследований проводилось лапароскопическое и торакоскопическое вмешательство. При этом у 18 больных обнаружено повреждение паренхиматозных органов брюшной полости. В 7 случаях найдены повреждения полых органов (желудок, кишечник, с наличием остановившегося и продолжающегося внутреннего кровотечения). У 5 больных торакальная патология сопровождалась ранением легких, у 12 больных – без повреждения органов плевральной полости. При этом малый гемоторакс у 8 больных, средний – у 7 больных, гемоторакс – у 1 больного. Результаты лечения показали, что у 16 больных оперативное вмешательство заключалось в лапаротомии с коррекцией имеющейся абдоминальной патологии. Торакальное вмешательство ограничилось торакоцентезом и дренированием плевральной полости. У 2 больных, наряду с лапаротомией для корректирования торакальной патологии, произведена торакотомия с видеоассистированием, и лишь у 2 больных выполнены классическая лапаротомия и торакотомия вследствие обширного повреждения легкого и продолжающимся интраплевральным кровотечением. У 2 из наблюдаемых нами больных возникли осложнения в виде нагноения ран. Летальных исходов не было.

Таким образом, включение торакоскопии и лапароскопии в план диагностики и лечения больных с торакоабдоминальным ранением позволило значительно улучшить диагностику данной патологии, уменьшить травматичность проводимых оперативных вмешательств и воздержаться от ненужных сочетанных операций в виде лапаротомии и классической торакотомии.

НОВЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА В ХИРУРГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ш.Я. Асранов, А.С. Джалалов, Х.Ш. Ёкубов

Андижанский филиал РНЦЭМП

Грозными последствиями травм поджелудочной железы ТПЖ являются панкреатит, панкреонекроз с последующим развитием гнойно-септических осложнений, свищей поджелудочной железы, сопровождающихся высокой летальностью.

Основной причиной неудовлетворительных результатов оперативных и малоинвазивных методов лечения ТПЖ служит ферментативная активность панкреатического сока. Поэтому для лечения данного вида травм актуальным является адекватное подавление внешней секреции поджелудочной железы в послеоперационном периоде.

В наших предыдущих публикациях была отражена роль лимфатического дренажа и микроциркуляции в регуляции инкреторных и секреторных механизмов эндокринных органов (Джумабаев Э.С., Алейник В.А., 1990 г.). Была показана возможность управления экзокрецией путем стимуляции и торможения лимфодренажа, а вместе с ним и лимфогенной инкреции ферментов эндокринных органов.

Целью исследования явилось изучение возможности уменьшения послеоперационных осложнений и летальности при травмах поджелудочной железы путем региональной лимфостимуляции поврежденного органа.

Материалы и методы. За период 1999–2005 годов наблюдались 45 пострадавших с травмой поджелудочной железы. Из них закрытые травмы были у 26, ранения – у 19. В 18 случаях (40%) повреждение носило изолированный характер, в 27 случаях (60%) травма сочеталась с повреждениями других органов. Основным методом диагностики явилось УЗИ, позволившее в 60% случаев уточнить топический диагноз. У 40% больных повреждение поджелудочной железы было диагностировано интраоперационно. В 10 случаях была предпринята диагностическая лапароскопия, в 4 – минилапаротомная технология.

Хирургическая тактика. При ушибах, разрывах и подкапсулярных ранениях вмешательство ограничивалось дренированием сальниковой сумки. Гемостаз обеспечивался наложением протензионных швов, коагуляцией и использованием фибринсодержащих губок. В 3 случаях полного разрыва поджелудочной железы с повреждением вирсунгова протока выполняли дистальную резекцию поджелудочной железы с наложением терминолатерального панкреатоеюноанастомоза. В целях профилактики травматического панкреатита использовали метод лимфостимуляции через оставляемый подкапсулярно микроиригатор по разработанному нами методу (патент № 1805855 РУз).

Результаты. Изучение активности α -амилазы крови из выделяемой сальниковой сумки жидкости показывало достоверное снижение секреторной активности поджелудочной железы на фоне лимфостимуляции. Этот механизм объясняется повышенной лимфогенной инкрецией ферментов при лимфостимуляции. Широкое использование этого метода в комплексном лечении травм поджелудочной железы позволило снизить осложнения с 72,3% до 34,2%, летальность – с 25,7% до 16,4%.

Заключение. Полученные данные показывают необходимость дальнейшего изучения возможностей регионарной лимфатической терапии в лечении и профилактике осложнений ТПЖ.

СОЗДАНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Ш.К. Атаджанов, Г.К. Сапарбаева, А.У. Усмонов

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

В настоящее время наиболее востребованными являются следующие модели острого панкреатита: окклюзия петли двенадцатиперстной кишки; безхолиновая диета, дополненная этионином; перевязка билиопанкреатического протока; инъекция церулеина; перфузия билиопанкреатического протока; введение алкоголя; перфузия билиопанкреатического протока и одномоментная гиперстимуляция церулеином.

Цель исследования: оценить существующие модели панкреонекроза у крыс, основанные на внутрибрюшинном введении церулеина с комбинацией выпаиванием алкоголем, а также создание механической модели путем перевязки билиопанкреатического протока. На основании проведенного анализа создать собственную модель острого некротического панкреатита, характеризующуюся массивным выбросом цитокинов в периферический кровоток.

Материалы и методы. Церулеиновую модель ($n=10$ крыс) создавали путем однократного внутрибрюшинного введения раствора церулеина в дозе 50 мкг/кг массы животного, дополнительно для потенцирования эффекта алкогольной модели производили выпаивание животных 10% раствором этилового спирта вместо питьевой воды (в течение 7 суток). Механическую модель создавали путем формирования неполного стеноза общего желчного протока ($n=10$ крыс). С целью создания гипертензии в билиарной системе произведена перевязка общего желчного протока ниже впадения панкреатического протока, непосредственно у стенки двенадцатиперстной кишки. В качестве дополнительного фактора агрессии производили травматизацию, путем повреждения ткани поджелудочной железы в области головки с помощью сдавления между браншами пинцета до образования в данной зоне гематомы. Контрольную группу составляли 10 здоровых крыс. Эвтаназию экспериментальных животных осуществляли помещением их в CO₂-камеру с последующим обескровливанием. Кровь забирали для исследования уровней диастазы, АЛТ и АСТ. После этого осуществляли забор внутренних органов для морфологического исследования. Поджелудочную железу извлекали целиком и фиксировали в 10% нейтральном формалине. Срезы окрашивали гематоксилином-эозином и исследовали методом световой микроскопии.

Результаты и обсуждения. Выполнена ревизия органов брюшной полости путем тракции и выведения в операционную рану двенадцатиперстной кишки и селезенки. При этом у крыс с механическим методом отмечается серозная мутная воспалительная жидкость, поджелудочная железа умеренно увеличенная, плотная, покрыта множественными стеариновыми бляшками. Ткань поджелудочной железы полнокровная, с очагами кровоизлияний вокруг мелких сосудов. В результате однократного введения церулеина в дозе 50 мкг/кг у крыс развивался интерстициальный отек паренхимы поджелудочной железы. При этом с увеличением дозировки препарат не усиливал степень выраженности воспаления, очаги некроза не выявлялись.

При анализе биохимических показателей у крыс с механическим методом создания панкреонекроза обращало на себя внимание практически двукратное превышение уровня диастазы крови. Показатели трансаминаз (АЛТ, АСТ) крови также существенно увеличились. Таким образом, по данным биохимических анализов, у животных отмечались признаки панкреатита и токсического гепатита в виде значительного повышения показателей печеночных ферментов и диастазы, при этом уровень данных показателей был намного выше, чем при использовании изолированного церулеина.

При анализе данных патоморфологии животных, перенесших частичную перевязку общего желчного протока, видно, что в отличие от церулеиновой модели в поджелудочной железе преобладали некротические процессы. Структура ткани поджелудочной железы подвергалась значительным дистрофическим изменениям, выразившимся резко выраженным межуточным отеком и полнокровием сосудов в парапанкреатической жировой ткани. Имелись признаки выраженного воспаления в ткани поджелудочной железы – отек, инфильтрация макрофагами и лейкоцитами.

Вывод и заключение. В результате проведенной серии экспериментальных исследований было установлено, что однократное внутрибрюшинное введение церулеина в дозе 50 мкг/кг у крыс вызывало умеренный отечный панкреатит. Выпаивание 10% раствором этилового спирта на протяжении 7 суток приводило к развитию у всех крыс острого отечного панкреатита. Патоморфологический анализ поджелудочной железы этих животных выявил интерстициальный отек различной степени, инфильтрацию долек макрофагами и частичный некроз части паренхимы, который характеризовался (в зависимости от степени поражения) потерей гранул зимогена, деградацией части ацинусов, образованием на месте разрушенных ацинусов округлых пустот.

Неполный механический стеноз общего желчного протока привел к развитию панкреонекроза различной степени выраженности. Однократная внутрибрюшинная инъекция церулеина в дозе 30 мкг/кг оперированным животным увеличивала степень деструкции ткани поджелудочной железы. Данная модель характеризовалась статистически значимым усилением секреции про- и противовоспалительных цитокинов.

Таким образом, механическая модель панкреонекроза у крыс может быть рекомендована для исследования новых стратегий лечения.

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА: МРТ, КТ, АНАТОМИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ

*И.С. Афанасьева, В.Е. Савелло,
Т.А. Шумакова, А.Н. Костеников, А.С. Казанкин,
Т.И. Тамаев, В.В. Сериков*

**ГБУ Санкт-Петербургский
научно-исследовательский институт
скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Россия**

Целью исследования явилось изучение возможностей комплексного применения МРТ и КТ у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями позвоночника с последующей хирургической корреляцией выявленных изменений.

Материалы и методы. Исследование проводилось в процессе первичного обследования 60 пациентов (48 мужчин и 12 женщин, средний возраст – 43±29 года) в условиях приемного отделения. У всех пациентов были выявлены признаки воспалительных изменений межпозвонкового диска, тел соседних позвонков, с наличием эпидурального абсцесса и паравертебральных инфильтратов. МРТ проводилась по стандартной методике, с использованием спинальной катушки. Использовался контрастный препарат Optimark в дозировке 0,2 мл/кг. КТ проводилась также по стандартным протоколам сканирования. Соматически тяжелым пациентам МРТ и КТ исследования выполнялись в сопровождении ИВЛ. КТ- и МРТ-исследования всем пациентам проводились в день поступления в стационар в условиях приемного отделения.

Результаты исследования. По данным проведенного исследования выявлена следующая корреляция между МРТ-, КТ-признаками и данными при первичных хирургических вмешательствах: 1) воспалительные изменения межпозвонкового диска: по данным МРТ – у 59 пациентов, по данным КТ – у 53 пациентов, во время хирургического вмешательства – у 56 пациентов; 2) воспалительные изменения тел соседних позвонков: по данным МРТ – у 59 пациентов (у 24 пациентов – отек

костного мозга), по данным КТ – у 49 пациентов, во время хирургического вмешательства – у 49 пациентов; 3) эпидуральные абсцессы: по данным МРТ – у 41 пациента, по данным КТ – у 38 пациентов, во время хирургического вмешательства – у 35 пациентов; 4) паравerteбральные инфильтраты – по данным МРТ – у 42 пациентов, по данным КТ – у 38 пациентов, во время хирургического вмешательства – у 31 пациента. Таким образом, выявлена корреляция между изменениями по данным МРТ, КТ и данными, полученными во время хирургического вмешательства: воспалительные изменения межпозвоночных дисков подтверждены в 94% случаев, воспалительные изменения тел соседних позвонков – в 83% случаев, наличие эпидурального абсцесса – в 89% случаев и паравerteбральные инфильтраты – в 77% случаев.

Вывод. Комплексное применение МРТ и КТ является оптимальным в первичной диагностике гнойно-воспалительных заболеваний позвоночника, позволяющим полноценно визуализировать изменения в области интереса, т.к. специфичность и чувствительность указанных методов для костной ткани и мягкотканых структур различна.

ЧАСТОТА ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

**Б.М. Ахраров, Б.А. Туйчиев,
Ш.А. Туланов, Н.И. Махмудов**

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 и/или абсцесс) интраоперационно диагностированы у 130 (75,1%) пациентов. Возраст больных варьировал от 23 до 76 лет. 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 выявлены флегмонозный холецистит или эмпиема желчного пузыря, у 17 (33,3%) – гангренозный холецистит. У 9 (17,6%) больных выявленные заболевания были осложнены формированием паравезикального инфильтрата или абсцесса.

Конверсия на традиционный доступ при деструктивном холецистите составила 3,9% (2 больных). Причиной ее у 1 больного явилось кровотечение из пузырного протока. У пациентки со сроком приступов более 6 суток было 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 указывает 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, 1 больному с послеоперационным желчеистечением из ложа удаленного желчного пузыря были произведены релапароскопия, клипирование дополнительного желчного протока ложа желчного протока, ложа желчного пузыря, санирование и дренирование брюшной полости. Еще у 1 больного желчеистечение по дренажу самостоятельно прекратилось на 5-е сутки. Еще одному больному потребовалась релапароскопия по поводу подпеченочной гематомы больших размеров и из-за неэффективности консервативного лечения.

В основной группе после операции умерла 1 (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 эндохирургической техники при деструктивном холецистите обеспечивает статистически достоверное сокращение времени оперативного вмешательства и некоторое снижение послеоперационной летальности. Малая инвазивность операции, в частности минимальная травматиза-

ция 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 эндохирургическим вмешательством. Кроме малой инвазивности 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 адекватным дренированием подпеченочного пространства, которое обеспечивает раннюю диагностику осложнений и выбор рациональной тактики их лечения.

СКАНИРУЮЩАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ ПРОЛЕНОВЫХ СЕТОК И ТКАНЕЙ ПОСЛЕ ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКИ

*И.М. Байбеков, О.М. Гуламов,
Ф.У. Музаффаров, Б.З. Мухамедов*

**ГУ «Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
хирургии имени академика В. Вахидова»,
Торакоабдоминальная онкохирургия**

Использование протезной пластики значительно улучшило результаты хирургического лечения больших гигантских вентральных грыж и уменьшило количество рецидивов. Наиболее часто используются проленовые сетки без покрытия. В связи с ростом числа операций с использованием различных имплантов возник ряд новых проблем. Изучение взаимодействия имплантата с тканями после протезной пластики вызывает особый интерес, это возможно при помощи сканирующей электронной микроскопии (СЭМ).

Цель исследования: оценка взаимодействия проленовой сетки с тканями с использованием СЭМ.

Материал и методы. В отделении торакоабдоминальной онкохирургии, ранее отделение общей и лазерной хирургии, с 2003 года по настоящее время выполнены более 1500 операций – протезная пластика при обширных и гигантских вентральных грыжах. Из числа этих пациентов у 70 выполнена повторная операция в связи с рецидивом и возникновением других осложнений. Во время повторных операций в большинстве случаев ранее установленные протезы и рубцовые ткани были иссечены в пределах неизменных тканей и направлены для исследования под СЭМ. Образцы тканей, протезы, кожно-протезные свищи при помощи СЭМ изучены у 14.

Изучаемый биоматериал фиксирован в 2,5% растворе глутарового альдегида и дофиксация была в 1% растворе четырех окиси осмия, после на том же буфере – обезжиривание в спирт-ацетоне, высушивание в аппарате НСР-2, напыление золотом в аппарате IP-2. Фото снимали цифровой камерой Canon с экрана микроскопа Hitachi S-405.

Результаты. При помощи СЭМ в 14 случаях изучены морфологические особенности и характер взаимодействия тканей и проленовой сетки. На поверхности проленовой сетки определяются неклеточные структуры в виде сплошной пленки, имеются дефекты нити сетки. Наличие дефектов обусловлено механическим воздействием. Клеточные скопления – лимфоциты, макрофаги, бактерии, грибы и зародышевые элементы. Среди микроорганизмов, обнаруженных при инфицировании сетки, встречаются золотистый стафилококк, стрептококк, грамотрицательные микроорганизмы, энтеробактерии и анаэробы. Также встречаются грибы, чаще рода Кандида и микобактерии.

Характер дефектов и разнообразие микроорганизмов свидетельствуют о вторичном инфицировании, что требует их удаления во время повторной операции.

Выводы. Во всех удаленных проленовых сетках имеются различные дефекты вследствие механического воздействия. Поверхность плетенных нитей сетки покрыта дискретной структурой в виде пленки (клетки, микроорганизмы, грибы). Выявленные морфологические изменения вследствие взаимодействия протеза и тканей могут привести к образованию кожно-протезных свищей.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Х.Н. Бекчанов, Б.Б. Файзуллаев

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и лечения больных с острым панкреатитом путем малоинвазивных методов и выбора соответствующей диагностической и лечебной тактики.

Материал исследования. В работе анализируются результаты обследования и лечения 350 больных с различными формами острого панкреатита, находившихся на стационарном лечении в период с 2018 по 2022 г. в Хорезмском областном филиале РНЦЭМП. Из них 32 пациентам проведено оперативное вмешательство.

Результаты исследования. На базе Хорезмского филиала РНЦЭМП нами произведена лапароскопия 32 больным с острым панкреатитом. В большинстве случаев она носила не только диагностический, но и лечебный характер. Показаниями к лапароскопии являлись: необходимость дифференциального диагноза острого панкреатита с другими

острыми хирургическими заболеваниями, явления ферментативного перитонита, уточнение формы острого панкреатита. У больных, которым выполнена лапароскопия по поводу панкреанекроза, в 20 случаях манипуляция завершена лапароскопической холецистэктомией и дренированием холедоха по Пиковскому, санацией и дренированием брюшной полости, в 5 случаях произведена конверсия из-за разлитого гнойного перитонита и абсцесса сальниковой сумки, в 7 случаях операция завершена санацией и дренированием подпеченочного пространства по поводу отечного панкреатита.

Наиболее частой находкой было наличие экссудата в брюшной полости. Количество жидкости в подпеченочном пространстве варьировало от небольшого до значительного, во всех отделах брюшной полости. По характеру экссудат также отличался – от серозного и прозрачного до темно-геморрагического.

Вторым по частоте признаком были очаги стеатонекроза на париетальной и висцеральной брюшине, преимущественно располагавшиеся по брюшине печени, в подпеченочном пространстве, желудке, большом сальнике.

Третьим важным признаком, свидетельствующим о деструктивном панкреатите, явилось выбухание сальниковой сумки. В некоторых случаях, особенно у больных с пониженным питанием, можно увидеть через желудочно-ободочную связку скопление темного экссудата в полости сальниковой сумки.

В отдаленных результатах из 27 пациентов у 5 развился абсцесс сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Было произведено вскрытие абсцесса сальниковой сумки и забрюшинного пространства. В 3 случаях образовалась киста поджелудочной железы, из них 1 больному сделана операция «наложение кистозентероанастомоза».

Выводы. Следует отметить значительное расширение малоинвазивных вмешательств при остром панкреатите, как диагностических, так и лечебных, позволяющих при низкой травматичности во многих случаях достичь адекватного дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства для отведения жидкостных скоплений. Совокупность патологических находок при лапароскопии является важным прогностическим фактором, с помощью которого можно вносить коррективы в лечебную тактику.

ЎТКИР БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИ ДАВОЛАШДА КАМ ИНВАЗИВ ЭНДОСКОПИК АРАЛАШУВНИНГ ИМКОНИАТЛАРИ

Бекчанов Х.Н., Саъдуллаев У.К.

РШТЁИМ Хоразм филиали

Ўткир панкреатит касаллиги ўткир хирургик касалликлар ичида энг долзарб ва аҳамиятлилардан

ҳисобланади. Ҳозирда ўткир билиар панкреатитни даволашнинг асосий мақсади билиар системанинг патогенетик асосланган эрта декомпрессиясидир.

Мақсад. Ўткир билиар панкреатитни даволаш натижаларини яхшилаш.

Материал ва текширув усуллари. РШТЁИМ Хоразм филиалида 2012–2022 йилларда ўткир билиар панкреатит билан 850 та бемор даволанган. Барча беморлар 2 та гуруҳга ажратилган: асосий гуруҳда 635 бемор бўлиб, комплекс даволаш чоратадбирларига кам инвазив эндохирургик аралашув қилинган. Назорат гуруҳида 215 та бемор бўлиб, уларда анъанавий даволаш ўтказилган. Беморларнинг текшириш кўрсаткичлари ва касаллик кечишининг ўзига хослигига қараб диагностик текширишлар эндоскопик даволаш усуллари билан тугалланган. Асосий гуруҳдаги ўткир билиар панкреатит (635) беморларда анъанавий даволашдан ташқари билиар системани эндохирургик технология асосида декомпрессия қилинган. Юқоридагидан ташқари, бу гуруҳдаги беморларга эпидурал аналгезия мақсадида оғриқсизлантириш ўтказилган.

Текширув натижалари. Бу текширишлар шуни кўрсатадики, бир хил ёшдаги, жинсдаги ва асосий ҳамда ёндош касалликлари ўхшаш беморларда асосий ва назоратдаги гуруҳлардаги беморларда, ўлим кўрсаткичи, асоратлар учрашиши ва даволаш давомийлигида сезиларли фарқ қилади.

Асосий гуруҳдаги беморларда катта дуоденал сўргич соҳасида патологик ўзгаришлар аниқланганда шошилиш равишида кам инвазив эндоскопик усулда касаллик сабабини йўқотишга ҳаракат қилинган.

Ўткир билиар панкреатит беморларда кам инвазив эндохирургик усуллари эрта муддатларда қўллаш даволаш натижаларининг сезиларли яхшиланишига олиб келган. Билиар панкреатитдаги қўлланилган даволаш-диагностик тактиканинг асосий босқичи шошилиш равишида ўт йўллари эндоскопик декомпрессия қилиш – ЭПСТ ва умумий ўт йўли ўтказувчанлигини тиклашдир. Барча ўт йўллари декомпрессия қилинган беморларда яхши натижа олиниб, оғриқларнинг тезда қолиши, биллирининг ферментларининг ва яллиғланиш белгиларининг камайиши кузатилган.

Асосий гуруҳда ўртача ётоқ ўрни 1,5 мартага камайиши кузатилган.

Ўт йўллари декомпрессия қилиш амалиётидан кейин асосий гуруҳдаги 72 та беморда (11,3%), назорат гуруҳидаги 56 та беморда (26,3%) асоратлар кузатилган. Асосий гуруҳдаги беморларни даволашда комплекс консерватив даволашнинг очиқ оператив даволашга ўтиши 66 та беморда (10,3%) кузатилган бўлса, назоратдаги гуруҳда 55 та беморда (25,5%) кузатилган, бу эса 2,5 марта кўп дегандир. Асосий гуруҳда назоратдаги гуруҳга нисбатан ўлим кўрсаткичи 2,6 мартага, операциядан кейинги

ўлим кўрсаткичи эса 2,3 баробарга камайиши кузатилган.

Хулоса. Ўткир билиар панкреатит беморларда эрта ўт йўллари эндоскопик декомпрессия қилиш даволаш давомийлигини, асоратлари ва ўлим кўрсаткичининг сезиларли даражада камайишига сабаб бўлади.

ЖАРОҲАТДАН КЕЙИНГИ ИВИГАН ГЕМОТОРАКСНИ БАРТАРАФ ЭТИШДА ВИДЕОТОРАКОСКОПИК АМАЛИЁТЛАРНИНГ НАТИЖАЛАРИ

Беркинов У.Б., Рашидов Д.А.

Тошкент тиббиёт академияси

Кириш. Кўкрак қафаси жароҳатларининг асоратлари ичида гемоторакс энг кенг тарқалган бўлиб, бугунги кун кўкрак қафаси хирургиясининг жиддий муаммоси ҳисобланади. Олимларнинг фикрича, ушбу асоратнинг учраши 26% дан 80% гача бўлиб, жароҳатнинг табиати ва беморнинг ёшига боғлиқ эмас. Ушбу тоифадаги беморларнинг 0,5–30%да кейинчалик ивиган гемоторакс (ИГ) ривожланади, бу эса, ўз навбатида, ўпка коллапсига ва кўкс ораллигининг силжишига олиб келиб, нафас ва юрак етишмовчилигининг ривожланишига ҳисса қўшади. Кейинчалик ушбу бартараф этилмаган ИГ 50% ҳолларда плевра эмпиемасига сабабчи бўлади.

Материаллар ва усуллар. 2012 йилдан 2021 йилгача бўлган давр мобайнида кўкрак қафасида жароҳат олган 625 нафар бемор Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли клиникасига мурожаат қилишди. Улар ичидан 103 тасига ИГ таъхиси қўйилган. Жабрланганларнинг ёши 16 дан 84 гача бўлган. Улар орасида 89 (85%) эркак ва 14 (14,9%) аёл бўлган. ИГни даволаш тактикаси видеоторакоскопия амалиёти билан бошланди. Фақатгина 5 нафар кичик ҳажмли ИГ ва ўта оғир аҳволда бўлган беморларда консерватив даво ўтказилди.

Натижалар. ВТА 98 ҳолатидан 86 беморда операция кам инвазив тарзда давом эттирилди. 12 ҳолатда конверсияга эҳтиёж туғилди. Конверсия ҳолатлари ИГ ривожланишининг давомийлигига бевосита боғлиқ бўлди. 10 кунгача бўлган жароҳатдан кейинги ИГни бартараф этишдаги ВТА барча ҳолларда самарали бўлган. Ундан ортиқ вақт давомида ивиган қонга инфекцион жараён қўшилиб, биздаги 18 ҳолатдан 10 тасида торакотомия ёрдамида қисман плеврэктомиа амалга оширилди, 8 ҳолатда эса видеоассист амалиёти қўлланилди. Операциядан кейинги даврда 10 (10,2%) беморда асоратлар кузатилди. 1 ҳолатда плевра эмпиемаси ривожланди ва 9 тасида чегараланган плеврит кузатилди. Ўткир миокард инфаркти сабабли бир ҳолатда ўлим қайд этилди.

Хулоса. Шундай қилиб, видеоторакоскопияни кўкрак қафаси шикастланган беморларда диагно-

стика ва даволаш тадбирлари комплексига кири-тиш нафақат ИГ мавжудлигини тасдиқлаш имко-нини беради, балки уни бартараф қилишнинг энг самарали кам инвазив усули ҳисобланади. Бу эса, бизнинг маълумотларимизга кўра, 88% ҳолларда торакотомиядан қочишга имкон берди. ИГни видеоторакоскопик бартараф қилишнинг мақбул шарт-ларидан бири унинг ривожланиш вақти – шикаст-ланишдан 10 кунгача бўлган вақтдир.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ

*Т.А. Вервекина, Д.А. Рузимурастов,
А.Д. Фаязов, У.Р. Камилов*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

В основе неблагоприятного исхода у пострадавших с обширными и глубокими ожогами лежат гнойно-септические осложнения ожоговой болезни, частота которых увеличивается параллельно запаздыванию восстановления целостности утраченного кожного покрова. Восстановление утраченного кожного покрова у больных с глубокими ожогами в возможно ранние сроки после травмы в большинстве случаев может предотвратить развитие гнойно-септических осложнений и гибель пострадавших.

В современной клинической комбустиологии при лечении больных с обширными и глубокими ожогами обособленная хирургическая некрэктомия без сочетания с методами временного или постоянного закрытия раневых дефектов всё больше отодвигается на задний план, представляя лишь исторический интерес.

Бурное и осложненное течение раневого процесса в фазе раневого воспаления, вялость фазы репаративной регенерации при электротермических поражениях обуславливает увеличение числа гнойно-септических осложнений ожоговой болезни. При этом применение временных раневых покрытий является приоритетным направлением.

Нами в местном лечении ран после некрэктомии были использованы раневые покрытия производства ЗАО «Новые перевязочные материалы» (Россия): Парапран с лидокаином, химотрипсином, хлоргексидином, Полипран с диоксидином.

Результаты морфологических исследований биопсии кожи пациентов с термическими поражениями, для лечения которых использовались различные виды временных раневых покрытий, позволили сделать выводы о явном сокращении сроков восстановительного процесса. Это проявлялось в раннем формировании грануляционной ткани, снижении вторичных воспалительных процес-

сов, которые равнозначно протекали как в дерме, так и гиподерме. При этом чем раньше от момента поражения проводилась некрэктомия с применением покрытий, тем быстрее проходило очищение раны и запускались процессы, стимулирующие образование грануляционной ткани с ранней эпителизацией раневой поверхности.

При традиционном ведении ран с использованием мазей на водорастворимой основе отмечены более длительные процессы формирования грануляционной ткани и переход ее в соединительную, медленное образование сосудов микроциркуляторного русла, длительное существование и медленная смена лейкоцитарной инфильтрации на макрофагальную, а также массивное распространение воспалительного процесса на дерму и подлежащую подкожно-жировую клетчатку.

Таким образом, при применении временных раневых покрытий в местном лечении достигается основная цель: раннее формирование грануляционной ткани, снижение вторичных воспалительных процессов, что верифицируется в морфологических исследованиях.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ

*В.Г. Гребеньков¹, Д.А. Суров¹, Б.Г. Безмозгин²,
В.Н. Румянцев¹, М.С. Коржук¹, Р.В. Еселевич¹*

¹ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

²СПБ ГУЗ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Оперативное лечение рецидивных опухолей органов малого таза является сложной и многогранной задачей, в решении которой важную роль занимают тщательное предоперационное обследование и применение современных методов интраоперационной навигации.

Технология дополненной реальности (augmented reality – AR) используется в медицине с 80-х годов XX в., значительно дольше она используется в обучении сложной технике и индустрии развлечений. Нынешний этап медицинского использования AR характеризуется необратимым переходом из средства обучения и предоперационного планирования в разряд хирургического инструмента. Возможности, которые предоставляет AR на этапе предоперационного планирования и во время хирургического вмешательства, позволяют обеспечить безопасность онкологической эффективности оперативного лечения у

пациентов с местными рецидивами опухолей органов малого таза.

Кафедра военно-морской хирургии совместно с НИИ СП им. И.И. Джанелидзе участвует в разработке, распространении, совершенствовании способов применения AR в хирургии брюшной полости и таза с 2021 года, и подведение промежуточных итогов представляется полезным.

Цель исследования: изучение потенциала технологии дополненной реальности при оперативном лечении рецидивных опухолей органов малого таза.

Материалы и методы. Клиническую часть исследования составили 5 пациентов, оперированных в клинике кафедры военно-морской хирургии в период с ноября 2021 по июнь 2022 года. Пациенты находились на стационарном лечении. Для сбора медицинской информации о пациентах применялись современные методы обследования, включая КТ с внутривенным контрастированием, а также морфологические методы диагностики.

Медико-техническую информационно-технологическую часть применения технологии AR составил аппаратно-программный комплекс дополненной реальности (АПК ДР), включающий персональный компьютер с подключенными к нему по интерфейсу Wi-Fi очками виртуальной реальности «Microsoft HoloLens II» и соответствующий набор программного обеспечения. Мы придерживаемся варианта с проецированием 3D-изображения модели пациента на его оптическое изображение на операционном столе. Предварительная 3D-модель пациента строится путем сегментирования данных КТ в открытом программном обеспечении «3D Slicer». Изображение на очках формируется модулем авторского программного обеспечения, которое позволяет загружать данные пациента в оперативную память очков, а также осуществлять сопоставление трёхмерной модели оптическому изображению по индивидуально изготовленной оптической метке.

Результаты. Всего АПК ДР применен нами в 5 клинических случаях. В исследование вошли 3 мужчин с локализацией первичной опухоли в прямой кишке и 2 женщины со злокачественной опухолью шейки и тела матки. У всех пациентов диагностирован местный рецидив опухоли без отдаленных метастазов. Показания к выполнению операции выставлялись на основе заключения мультидисциплинарного консилиума.

Распределение пациентов по возрасту оказалось следующим: максимальный возраст – 71 год, медиана – 57 лет, минимальный возраст – 46 лет.

У всех 5 проведена сегментация изображений, полученных при КТ и формировании первичной и вторичной 3D-моделей пациента.

В 4 случаях выполнены запланированные объемы оперативного вмешательства и получены по-

ложительные результаты. По объему операции распределились следующим образом: 2 инфралаваторные эквисцерии малого таза с дистальной резекцией крестца, 1 супралаваторная тотальная эквисцерия малого таза с формированием илео-кондуита по Брикеру, 1 резекция опухолевых узлов в области бифуркации подвздошных сосудов справа и резекцией участка передней брюшной стенки. Минимальная длительность операции составила 190 минут, максимальная длительность – 420 минут. Эти пациенты выписаны на продолжение специального лечения. У 1 пациента оперативное вмешательство носило характер эксплоративного.

Заключение. Предоперационное использование AR позволяет определить оптимальный объем хирургического лечения и облегчает интраоперационное ориентирование. Применение AR во время операции по поводу рецидивных опухолей органов малого таза улучшает интраоперационную навигацию, что приводит к сокращению времени операции. Трудозатратность технологии компенсируется ее информативностью, что, в свою очередь, приводит к повышению безопасности и онкологической эффективности операции.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

О.М. Гуламов, Ф.У. Музаффаров, Б.З. Мухамедов

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) являются наиболее распространенными мезенхимальными новообразованиями ЖКТ, которые обнаруживаются главным образом в желудке и тонкой кишке. На ГИСО приходится до 2% всех случаев желудочно-кишечных злокачественных новообразований, с ежегодной заболеваемостью около 10-20 пациентов на миллион человек. Чаще всего ГИСО локализуются в желудке (60-70%), тонкой кишке (25-35%), толстой кишке (5%), пищеводе и аппендиксе – менее чем в 2% всех случаев заболевания.

Материалы и методы. В отделении торакоабдоминальной онкохирургии за период с 2010 по 2020 год были выполнены радикальные вмешательства у 5 пациентов с ГИСО.

Результаты и обсуждения. Работа основана на анализе результатов лечения 5 пациентов с локализованным и локально распространенным ГИСО, прошедших хирургическое лечение в ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова» с янва-

ря 2010 по январь 2019 г. Среди них 2 (40%) женщины и 3 мужчин (60%) в возрасте от 34 до 82 лет (в среднем 60,5 года). Все пациенты прошли ряд необходимых лабораторных и инструментальных исследований, которые включали рентгенологические исследования, ЭГДФС, МСКТ, МРТ. Целевая биопсия была взята из пораженного участка, на котором была определена лейомиома. 4 пациента были оперированы в плановом порядке, 1 пациент был срочно оперирован по поводу желудочно-кишечного кровотечения. Объем вмешательства выбирался в зависимости от места расположения, размера, характера роста и локального распространения опухоли. Операции по первичным локально распространенным ГИСО проходили без технических трудностей и, как правило, не сопровождались интраоперационными осложнениями. В послеоперационном периоде осложнения развились у 1 (20%) больного. Смертность после хирургического лечения пациентов с первичными локализованными и местно-распространенными стромальными желудочно-кишечными опухолями составила 20% (один из 5 пациентов умер). Лечение химиотерапевтическим препаратом проводилось только у пациентов с рецидивом заболевания и после паллиативной операции.

Заключение. Хирургический метод остается основным методом лечения при отсутствии признаков распространения ГИСО, но следует учитывать, что его эффективность ограничена и зависит от локального распространения опухоли и радикального характера операции.

СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ПОСТПРОТЕЗНЫМИ ГРЫЖАМИ

О.М. Гуламов, Ф.У. Музаффаров, Б.З. Мухамедов

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: анализ причины рецидивов после протезной пластики и выбор оптимального способа хирургического лечения.

Материал и методы. Материал исследования – 70 пациентов с постпротезными грыжами из числа более 1500 первичной протезной пластики при вентральных грыжах за период 2003 года и по настоящее время. Ранее оперированных пациентов с послеоперационной вентральной грыжей было 58, с паховой грыжей – 9, с пупочной грыжей – 3 больных. Причины рецидива из числа исследуемых: у 46 больных произошел отрыв протеза по краю, у 9 больных имелся дефект под протезом, в 3 случаях выявлен полный отрыв хирургической сетки, также

у 12 больных диагностировано сочетание кожно-протезного свища с рецидивом грыжи. У 41 больного выполнены удаление старого протеза и повторная имплантация новой хирургической сетки с адекватно подобранным размером, у 12 больных использован старый протез для ликвидации дефекта, у 17 больных имплантирован новый протез в виде вставки. Среди оперированных относительно сложную группу составляли пациенты с кожно-протезными свищами из-за присутствия дремлющей инфекции. Во время выполнения повторных операций на раннем этапе мы использовали углекислотный лазер «Скальпель 1» и полупроводниковый диодный высокоэнергетический лазер «Лакта-Милон» с рассеивающим оптоволоконном.

Результаты. Разработана рабочая классификация, определены следующие варианты рецидивов постпротезных грыж: парапротезная грыжа – грыжа выходит из-под края протеза, причиной этого – отрыв имплантата дефект, в среднем 5–7 см; подпротезная грыжа – фиксация протеза не нарушена, грыжевой мешок и дефект находятся под протезом, в большинстве случаев образуется после корригирующей операции с использованием тканей грыжевого мешка; полный отрыв с рецидивом грыжи – протез полностью оторван и сморщен, смещение поверх грыжевого выпячивания; внепротезная грыжа – грыжевое выпячивание расположено вне зоны имплантации протеза; постпротезная грыжа с наличием кожно-протезного свища – причина образования свища, это длительно существующая и неадекватно пролеченная серома, использование плетеных нитей.

В случае сморщивания и дегенерации имплантата выполняли удаление старого протеза с репротезированием. При небольших дефектах парапротезной грыжи ранее интегрированную тканями сетку подшивали к краю протеза, в некоторых случаях дефект был ушит с имплантацией новой сетки поверх старой в виде вставки, а при внепротезной грыже выполнена имплантация нового протеза. В случае парапротезной грыжи в сочетании с кожно-протезными свищами выполнялись удаление старого протеза и имплантирование нового в условиях контаминации раны. Использовали в бактерицидных целях углекислотный лазер «Скальпель 1» в расфокусированном режиме. На сегодняшний день используем полупроводниковый диодный высокоэнергетический лазер «Лакта-Милон» с рассеивающим оптоволоконном. Удаленный во время хирургического вмешательства материал подвергался гистологическому изучению, отмечено слияние фрагментов протеза в массивные конгломераты, последние окружены соединительной тканью.

Вывод. Выбор способа хирургического лечения рецидивных грыж, возникших после протезирования, должен основываться на результатах методов лучевой диагностики, в зависимости от интраоперационной ситуации.

К ВОПРОСУ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА

*Ш.А. Дадаев, А.Т. Эрметов, С.М. Хасанов,
А.А. Сабирматов, О.У. Рахимов, Ш.Ш. Исаков*

**Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Узбекистан,**

**Ташкентский областной филиал
Республиканского научного центра
экстренной медицинской помощи, Узбекистан**

Цель исследования: разработать метод интраоперационной санации брюшной полости при распространенном перитоните на основе применения в качестве фотосенсибилизатора метиленовый синий и проведение фотодинамической терапии (ФДТ) на фоне лимфотропной антибактериальной терапии с последующим внедрением в клиническую практику.

Экспериментальное исследование выполнено на 186 белых крысах породы Wistar, массой 200–250 г., которые были разделены на 2 группы: контрольная (95) и основная (90), а также разделены на подгруппы по 5 в каждой. Изучение накопления фотосенсибилизатора – метиленовый синий в брюшине в основной и контрольной группах проводили с помощью многоканального оптического волоконного спектроанализатора ЛЭСА 01 «Биоспек» (Россия). В работе мы использовали аппарат Восток 2 и ЛГ-75 с длиной волны 632,8 нм и мощностью 25 мВт.

Фотосенсибилизаторы связываются с сывороточными белками, в том числе с липопротеинами низкой плотности, а патогенные клетки содержат в себе большое количество особых рецепторов, к которым прикрепляются липопротеины. Фотосенсибилизатор переносит энергию света на кислород, благодаря чему последний переходит в так называемое синглетное состояние. Синглетный кислород химически очень активен, он окисляет белки и другие биомолекулы и тем самым разрушает внутренние структуры патогенных клеток. Экспериментальные исследования включали 2 этапа: I этап – исследование влияния действующих начал на интактную брюшину – 96 животных, II этап включал оценку результатов ФДТ на экспериментальный перитонит в сравнительном аспекте у 90 животных. В работе было проведено изучение накопления фотосенсибилизатора метиленовый синий в интактной париетальной брюшине и брюшине при экспериментальном каловом перитоните и оценке

ны результаты ФДТ. Оценка эффективности лечения острого распространенного перитонита была проведена на 94 животных. В основной группе (90 животных) применяли в качестве фотосенсибилизатора метиленовый синий с последующим ФДТ с помощью отечественного аппарата Восток 2 и ЛГ 75. В контрольной группе (95 животных) санацию брюшины осуществляли традиционным способом.

Мы изучали уровень микробной обсемененности (КОЕ/мл) в контрольной и основной группах. Проведенные исследования и полученные данные свидетельствуют о ярко выраженном бактерицидном эффекте метода ФДТ на фоне лимфотропной антибактериальной терапии по сравнению с «традиционными методом» санации.

Заключение. Проведенные исследования свидетельствуют о высокой «стерилизующей» способности ФДТ на фоне лимфотропной терапии, по сравнению с традиционным методом лечения. Предлагаемый комбинированный метод лечения перитонита позволяет в более ранние сроки очистить брюшную полость от патогенной флоры, уменьшить эндогенную интоксикацию, снизить летальность животных с 30 до 8,9%. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высокой эффективности метода ФДТ на фоне метиленового синего для санации брюшины, который способствует сокращению острой фазы воспалительного процесса в брюшной полости, снижению бактериальной обсемененности брюшины, быстрому купированию пареза желудочно-кишечного тракта и почечно-печеночной недостаточности у животных с экспериментальным каловым перитонитом.

ПУТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ЖИВОТА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ БОЛЬНЫХ

Ж.А. Джурсаев

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Для выбора обоснованной тактики лечения у больных с сочетанными травмами живота важное значение имеет прогнозирование категории тяжести течения имеющихся повреждений. Совершенно очевидным является, что подобное прогнозирование не только позволяет выбрать тактику лечения, но и создает возможность определить объем необходимых мероприятий пред- и послеоперационной интенсивной терапии.

Цель работы: разработка интегральных шкал прогнозирования тяжести течения сочетанных травм живота для различных возрастных групп больных.

Материал и методы. Решение данной задачи нами было осуществлено путем модификации и адаптации к сочетанным травмам живота известных шкал ISS и SAPS.

При этом были проведены ретроспективные исследования по определению прогностической значимости и статистической достоверности антропометрических, клинических, инструментальных и лабораторных показателей риска развития тяжелого течения сочетанных абдоминальных травм, выбранных нами из вышеуказанных шкал.

Статистический анализ проводился отдельно в группах пациентов, у которых не наблюдалось тяжелого течения сочетанных абдоминальных травм и в группе пациентов, у которых отмечалось тяжелое течение последних: детей (от 0 до 18 лет) – 48 больных, взрослых (от 19 до 60 лет) – 52 больных и пожилых (свыше 60 лет) – 34 больных.

Результаты и их обсуждение. Нами рассчитывались значения χ^2 для каждого из выбранных показателей. Критическое значение последнего составляло 3,84. Превышение рассчитанных показателей χ^2 данного критического значения оценивалось нами как свидетельство статистической достоверности данного показателя ($P < 0,01$). При анализе обращают на себя внимание имеющиеся некоторые различия, как количественных критериев оценки предикторов, так и самих предикторов в целом. Всё это является следствием тех установленных нами особенностей течения САТ в различных возрастных группах.

Так, проведенными многочисленными исследованиями подтверждено, что дети имеют большую возможность компенсировать свою травму, чем взрослые. В связи с этим установлена разница показателей тяжести травмы по шкале ISS в прогнозировании смерти и, соответственно этому, тяжести течения политравм у взрослых и детей. Если смертность у взрослых ассоциируется со значением $ISS > 15$, то у детей это значение находится на уровне $ISS > 25$. Проведенные наблюдения показывают, что $ISS > 15$ является неверным значением для определения тяжести травмы у детей, что ведет к ошибочным прогнозам шансов смерти, наблюдения в отделении реанимации и прогнозирования инвалидности. ISS со значением ≥ 25 было определено как оптимальный порог для прогнозирования смертности у детей, так как имело лучшие диагностические характеристики по сравнению с общепринятыми $ISS > 15$ у взрослого контингента. При чем такой порог наблюдался у детей как с травмой одной системы, так и с травмой нескольких систем.

Что касается показателя кровопотери: у детей обращает на себя внимание имеющийся низкий порог чувствительности данного контингента на потерянный объем крови. У детей грудного возраста он находится в пределах $> 150,0$ мл, у старшего возраста $> 500,0$ мл, что намного ниже показателей

взрослого контингента больных с САТ. Скорее всего, это связано с тем обстоятельством, что отношение объема циркулирующей крови к весу у детей намного ниже таковых у взрослого контингента.

В связи с вышеприведенными особенностями установлено, что пожилые больные менее устойчивы к травмам и обладают меньшими физиологическими резервами для устранения последствий повреждения. Согласно этому оптимальный порог прогнозирования тяжелого течения сочетанной травмы и, соответственно, смерти у больных пожилого возраста оказывается ниже, чем у взрослых, и находится на уровне $ISS > 10$.

При анализе можно констатировать, что среди предикторов прогнозирования тяжести течения сочетанной травмы живота у пожилых большое место нами было отведено сопутствующим заболеваниям. Среди последних ведущее место занимают сердечно-сосудистые заболевания. Особое место в числе остальных сопутствующих патологий нами отведено эндокринным заболеваниям, в частности, сахарному диабету.

Проведенные нами проспективные исследования по выявлению эффективности данных шкал прогноза вероятности тяжелого течения сочетанных абдоминальных травм у обследованных 72 пациентов позволили заключить, что имеется более чем 80%-е совпадение предварительного определения вероятности тяжелого течения сочетанных абдоминальных травм и окончательного диагноза. Данное положение послужило первичным основанием для предположения о надежности и адекватности предложенных нами интегральных шкал прогнозирования для разных возрастных групп больных.

Предложенные нами интегральные шкалы прогноза вероятности тяжелого течения САТ в различных возрастных группах больных отличаются высокими показателями чувствительности (в среднем 82,5%), специфичности (в среднем 74,3%) и общей точности (в среднем 78,4%).

Выводы. Предложенная нами новая интегральная шкала прогнозирования вероятности тяжелого течения САТ в различных возрастных группах больных обладает высокими показателями чувствительности и специфичности.

В связи с этим ее широкое применение позволит объективизировать оценку тяжести течения САТ в различных возрастных группах больных, что, соответственно, приведет к улучшению результатов лечения у данных пациентов.

КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЕ ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК (КИ-ОПП): ПАТОГЕНЕЗ, ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

А.М. Есаян

**Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени акад. И.П. Павлова**

Йодсодержащие контрастные вещества широко используются в современной медицине для выполнения: КТ (внутривенно), ангиографии (внутриартериально), урографии (внутривенно).

Контраст-индуцированная нефропатия – одна из наиболее частых причин внутрибольничного ОПП, а также фактор риска развития хронической болезни почек (ХБП), терминальной ХБП (ТХБП) и смерти.

В 2012 году Рабочая группа KDIGO предложила термин «контраст-индуцированное острое повреждение почек» (КИ-ОПП) и определила его как нарастание креатинина сыворотки (SCr) на $> 50\%$ от исходного в течение 7 дней после воздействия или повышение SCr на $> 0,3$ мг/дл (26,5 мкмоль/л) в течение 48 часов.

Факторы риска развития КИ-ОПП: ХБП, сахарный диабет, обезвоживание, сопутствующая экпозиция других нефротоксинов, а также факторы, связанные с самим исследованием (контрастные вещества с высокой осмолярностью, большой объем вводимого контраста, повторные введения контрастов, внутриартериальное введение с эффектом первого прохождения). Риск развития КИ-ОПП прямо коррелирует с уровнем SCr.

Клинические проявления КИ-ОПП: повышение SCr в течение 24–48 часов и редко – олигурия. SCr достигает пика на 3–5 день, обычно снижаясь до исходного уровня на 7–10 день. Однако необходимо рассматривать другие причины ОПП, в частности, атероэмболические поражения почек при выполнении ангиографии, истинная частота которой неизвестна. В частности, риск ОПП достоверно коррелирует с распространенностью атеросклероза, а также при доступе через бедренную артерию, по сравнению с лучевой. При этом, хотя клиническое течение атероэмболического поражения почек имеет специфические проявления, их часто ошибочно диагностируют как КИ-ОПП.

Таким образом, ОПП не обязательно вызвано самим йодсодержащим контрастным веществом, поэтому предложены новые термины, такие как острое постконтрастное повреждение почек, контраст-ассоциированное ОПП. Это важно, т.к. недопустимо низок уровень кардиоангиографических процедур у пациентов с ХБП из-за опасений развития КИ-ОПП. В связи с этим предложен термин «ренизм», имея в виду нередко чрезмерное внимание к почкам, игнорируя при этом выполнение жизненно важных исследований в популяции паци-

ентов с ХБП. На самом деле в/в введение низкоосмолярного контраста (НОК) не нефротоксично у пациентов со стабильной рСКФ >60 мл/мин/1,73 м², при стабильной СКФ в пределах 45–59 мл/мин/1,73 м². В то же время применение рентгеноконтрастных препаратов нефротоксично при стабильно низкой СКФ <30 мл/мин/1,73 м². Т.о., риски КИ-ОПП, вероятно, преувеличены.

Выводы:

1. Риск КИ-ОПП существенно ниже, чем риск ассоциированного с контрастированием ОПП, хотя реальная картина остается пока неопределенной.

2. Не следует отказываться от необходимой для конкретного пациента КТ с контрастированием, если нет альтернативы (процедура гемодиализа позволяет эффективно выводить из организма йодсодержащие рентгеноконтрастные препараты).

3. Риск КИ-ОПП:

– выше при недавно перенесенном ОПП;

– при рСКФ <30 мл/мин/1,73 м².

4. Профилактика КИ-ОПП:

– внутривенное введение изотонического раствора NaCl (0,9%) пациентам с рСКФ <30 мл/мин/1,73 м² не на диализе;

– индивидуализированный подход для пациентов из группы высокого риска с рСКФ от 30–44 мл/мин/1,73 м².

5. Профилактика не показана пациентам со стабильной рСКФ ≥ 45 мл/мин/1,73 м² и у диализных пациентов.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ НА ОСНОВЕ DAMAGE CONTROL

*Ж.Ю. Жаббаров, А.Ш. Муминов, А.С. Яхъяев,
А.А. Орипов, С.Ю. Юсупов.*

**Бухарский филиал РНЦЭМП, Бухарский
государственный медицинский институт**

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения на современном этапе от жизнеугрожающих осложнений у пострадавших с переломами бедренной кости при сочетанной травме путем внедрения усовершенствованных методов лечения в рамках стратегии Damage control.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 233 больных с повреждениями бедренной кости при сочетанной травме. Общее состояние пострадавших – при стабильном состоянии пострадавших (IIS – 11–16 баллов) и при декомпенсированном (IIS – 17–36 баллов). Преобладали лица мужского пола (65,4%). В результате дорожно-транспортного происшествия травму получили 61,4% пострадавших. Наиболее частым сочетанием были сочетанная черепно-мозговая травма и перелом бедренной кости – 42,5%, множественные переломы конечностей – 16,3% и при политравме –

15,0%. В 76,8% случаев в момент госпитализации состояние больных – ISS:11,7–22,8. В зависимости от хирургической тактики все пострадавшие были распределены на 2 группы. У 31 пострадавшего (I группа) проводилась «традиционная» хирургическая тактика. Во II группе пострадавших (202 больных) в 88,7% случаев была применена хирургическая тактика типа Damage control.

Результаты. Нами разработана тактика лечения повреждений бедра, которая базируется на тяжести состояния и тяжести повреждения. Принципиальным явилось то, что все переломы бедра должны стабилизироваться с использованием хирургических методов в раннем периоде травматической болезни. Оперативные вмешательства должны выполняться после устранения доминирующей патологии или после стабилизации гемодинамики. На первом этапе выполнялись вмешательства по поводу опасных для жизни осложнений: дислокационного синдрома спинного и головного мозга. В ходе одного наркоза им симультанно проводили внеочаговый остеосинтез стержневыми аппаратами наружной фиксации при переломах бедра, после чего пострадавшие становились мобильными, прекращалась болевая импульсация из зоны переломов. Среднее время оперативного вмешательства составило $57,7 \pm 3,6$ мин.

На втором этапе всех больных после операции переводили в отделение нейрореанимации, где продолжали интенсивную терапию. На третьем этапе после стабилизации состояния пострадавшего проводились необходимые сложные восстановительные операции на конечностях, производили наkostный или внутрикостный стабильно-функциональный остеосинтез.

Использование концепции Damage control позволило II группе избежать отягощения общего состояния пострадавших и снизить летальность с 30,1% (показатель I группы) до 16,5%.

Вывод. Тактика принципа Damage control при оперативном лечении переломов бедренной кости у пострадавших с сочетанной травмой доказала свою эффективность. Комплекс лечения повреждений опорно-двигательного аппарата при сочетанной травме должен выполняться в первые трое суток с момента травмы. Целесообразно выполнять одновременный (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 предпочтителен малоинвазивный метод остеосинтеза. Применение данных методов позволило получить хорошие и удовлетворительные исходы лечения у пострадавших II группы 87,8 % (что на 20,0% больше, чем в I группе).

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

*Э.Т. Жалилов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков,
Ф.О. Убайдуллаев*

Наманганский филиал РНЦЭМП

За период с 2019 по 2021 г. мы наблюдали 697 больных, у которых отмечалась клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения или оно было заподозрено. Мужчин было 486 (69,7%), женщин – 211 (30,2%). Возраст больных колебался от 14 до 86 лет, старше 60 лет были 215 (30,9%) пациентов.

Для установления источника кровотечения проводили комплексное клиническое и инструментальное исследование. При наличии рвоты с «кофейной гущей» или мелены в первую очередь выполняли эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС). При необходимости проводилась повторная эндоскопия в отделениях реанимации или хирургии. В 95% случаев перед эндоскопическим исследованием в приемном отделении промывали желудок ледяной водой до чистых вод для улучшения результатов эндоскопии. ЭГДС после такой подготовки сразу позволяет верифицировать источник кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта.

Эндоскопическими критериями, определяющими прогноз кровотечения и тактику лечения больных, являлись: 1) макроскопические признаки, характеризующие особенности изъязвлений и повреждений органов (глубина, площадь, количество, локализация); 2) характер источника (сосуды слизистой оболочки, подслизистого, мышечного слоев, дна и краев дефектов); 3) факт кровотечения (отсутствие или продолжение его, наличие тромбированного сосуда); 4) характер изменений тканей органа, окружающих источник кровотечения.

При эндоскопическом исследовании были выявлены следующие причины кровотечения: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 373, язвенная болезнь желудка – 32, острые язвы и эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки – 133, варикозное расширение вен пищевода – 43, синдром Меллори-Вейсса – 54, пептическая язва анастомоза – 28, рак желудка – 25, рак пищевода – 9.

Согласно предложенной А.С. Балалыкиным (1995) классификации больные распределились следующим образом: I группа – кровотечения нет и вероятность рецидива минимальная – 248 (35,5%); II группа – кровотечения нет, но есть угроза рецидива (наличие черного и красного тромба) – 386 (55,4%); III группа – продолжающееся кровотечение (венозное и артериальное) – 63 (9%) пациента. У больных I группы целью лечения являлось ускорение сроков эпителизации медикаментоз-

ным и эндоскопическим путем. У больных II группы профилактика рецидивов осуществлялась путем укрепления тромба орошением 96° спиртом, инъекцией адреналина, диатермокоагуляцией. У больных III группы проводилась остановка кровотечения инъекцией адреналина, диатермокоагуляцией, при неэффективности – экстренные операции. Эндоскопический гемостаз достигнут у 103 (14,7%) больных. Рецидивы кровотечения отмечались: у больных I группы – 11 (4,4%) случаев, во II группе – 32 (8,2%), в III группе – 15 (25%).

Таким образом, значение современной эндоскопии при кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта многогранно, правильное использование диагностической информации позволяет выбрать правильную тактику, индивидуализировать выбор способов и средств лечения.

ЧАСТОТА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

*С.И. Исмаилов, Р.А. Садыков,
У.М. Махмудов, С.Т. Хужабаев*

**Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
хирургии имени акад. В. Вахидова**

Актуальность. Р.Ш. Шайморданов с соавторами (2004) ввели термин «клинически значимые скопления серозной жидкости в ране (КЗС)». К ним отнесли любые анэхогенные участки в слоях послеоперационной раны, которые, по данным УЗИ, превышали в одном из трех размеров (длина, ширина и высота) 20 мм. Авторы считали, что «клинически незначимые серомы» – это скопления жидкости, не вызывающие субъективных ощущений у пациентов. Подобрать объективный критерий для определения «клинически значимой и незначимой серомы» очень сложно, поскольку ни ее объем, ни размеры не могут иметь принципиального значения.

Материалы и методы. Общее число раневых ближайших послеоперационных осложнений составило 40,9%, т.е. они развились у 131 из 320 больных. В структуре раневых осложнений наиболее частыми являются серомы – 94 (29,4%), далее следует нагноение раны – 19 (5,9%) и инфильтрат – 18 (5,6%). Сравнительная оценка общего числа в группах показала, что после реконструкции раневые осложнения развились у 33,7% тогда как при коррекции отмечено увеличение раневых осложнений до 49,7% ($\chi^2=8,334$; Df=1; p=0,004). Мы придерживаемся мнения, что серомой нужно считать те случаи, когда опорожнение экссудата происходит через рану спонтанно и возникает необходимость прибегнуть к пункционным методам лечения.

Ожирение напрямую влияет на весь спектр раневых осложнений после протезной пластики. Если

при первой степени ожирения общее число осложнений составило 16%, то уже у пациентов, страдающих третьей степенью, раневых осложнений было 59 (45,0%) ($\chi^2=22,074$; Df=1; $p<0,001$). Данные показали, что раневые осложнения в основном возникали после пластики рецидивных грыж, при обширных – в 38,5% случаев, а гигантских – у 65,1% пациентов ($\chi^2=11,546$; Df=1; $p<0,001$).

Обсуждение. Проведенный анализ ближайших результатов хирургического лечения больных с вентральными грыжами показал, что использование синтетических материалов в настоящее время полностью обосновано, т.к. доказано многочисленными исследованиями, что частота рецидива после протезной пластики значительно меньше. Наиболее предпочтителен вариант надапоневротического расположения протеза и ушивание грыжевого дефекта «край в край», позволяющий сблизить прямые мышцы живота, провести реконструкцию белой линии с восстановлением потерянной функции передней брюшной стенки. Однако данный вид операции возможен в случаях, когда грыжевые ворота не превышают размер по ширине 10 см (W2) и когда сохранены прямые мышцы живота. При наличии грыжевых ворот шире 10 см (W3, W4), гипотрофии и рубцовых изменениях мышц передней брюшной стенки возможна только операция, направленная на коррекцию передней брюшной стенки с закрытием дефекта остатками грыжевого мешка с надапоневротическим расположением протеза. При больших дефектах, превышающих размер по ширине 15 см, операцией выбора считаем закрытие грыжевого дефекта вшиванием в его края протеза.

Наш сравнительный анализ показал частоту развития сером между двумя методиками имплантации протеза, так, при коррекции брюшной стенки частота сером составила 35,1%, а при реконструкции – 24,5%, что ставит под сомнение теорию о резорбции серозного отделяемого остатками грыжевого мешка и большим сальником. Данный факт также подтверждает анализ возникших осложнений в зависимости от размера дефекта апоневроза в поперечнике. Так, если при W2 раневые осложнения составили 33,7%, так как в данной группе пациентов выполнена реконструкция, то при W3 и W4 выполнена коррекция, и доля раневых осложнений составила 49,6%.

Выводы. Таким образом, необходимость широкой мобилизации тканей и, как следствие, пересечения лимфатических капилляров при имплантации протеза в позиции onlay, а также отсутствие достаточной резорбционной функции грыжевого мешка в позиции inlay определяет высокий показатель образования клинически значимых сером, частота которых достигает 26,3% (у 46 из 175 пациентов с пластикой onlay) и 33,1% (у 48 из 145 с пластикой inlay); в свою очередь, показатель частоты инфильтратов (4,0% против 7,6%) и нагноения раны (5,1% против 6,9%) также достоверно не отли-

чался, тогда как в целом общая частота ближайших осложнений оказалась существенно выше в группе inlay-пластики – 35,4% против 47,6% ($\chi^2=4,848$; Df=1; $p=0,028$). Так, общая частота ближайших осложнений в группе первичной герниопластики составила 17,6% (у 9 из 51 пациента) при обширных грыжах и 28,6% (у 28 из 98 пациентов) при гигантских грыжах, тогда как после вмешательств при рецидивных грыжах она составила 38,5% (у 25 из 65 пациентов; $\chi^2=5,976$; Df=1; $p=0,015$) и 65,1% (у 69 из 106 пациентов; $\chi^2=27,236$; Df=1; $p<0,001$) соответственно, в целом после пластики всех первичных грыж частота осложнений составила 24,8% (у 37 из 149 пациентов) и после операций по поводу рецидивов – 55,0% (у 94 из 171 пациента; $\chi^2=29,912$; Df=1; $p<0,001$). Наличие сопутствующего ожирения 1-3 степени также достоверно увеличивало риск развития ближайших послеоперационных осложнений, частота которых составила 15,6% (у 7 из 45) пациентов с нормальной или повышенной массой тела и существенно повышалась при нарастающей степени избытка веса – 32,4% (у 36 из 111; $p<0,05$) при 1 степени, 48,9% (у 45 из 92; $p<0,05$) – при 2 степени и 59,7% (у 43 из 72; $p<0,05$) – при 3 степени.

СВОДНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*С.И. Исмаилов, Р.А. Садыков, А.Х. Бабаджанов,
С.Т. Хужабаев, С.А. Султанов*

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии
имени академика В. Вахидова

Актуальность. Проблема хирургического лечения обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж является актуальной во всем мире, несмотря на совершенствование высоких технологий и внедрение новых методик лечения ведущими хирургическими центрами. По данным рандомизированного контролируемого исследования, о котором сообщил Burger, частота рецидивов через 10 лет составила 67% в группе пластики швами по сравнению с 32% в группе пластики сеткой. Иначе говоря, при оценке эффективности разработанного алгоритма мероприятий по снижению послеоперационных осложнений немаловажное значение имеет отдаленный период, когда в ряде случаев новая разработка может привести к неожиданным результатам и последствиям.

Материалы и методы. В исследование включено 448 пациентов с обширными и гигантскими ПОВГ, находящихся на лечении в хирургическом отделении 1-й клиники Самаркандского государственного медицинского института в период с 2012 по 2021 г., которые были условно разделены

на две группы: в основную группу включено 128 больных, оперированных в период с 2020 по 2021 г., в группу сравнения – 320 пациентов, оперированных с 2012 по 2019 г. включительно. Разработанный способ профилактики развития раневой инфекции при аллопластике ПОВГ грыж гарантирует усиление антибактериального эффекта отечественного антисептического средства «Фар-ГАЛС» и стимуляцию локальной репаративной активности за счет обеспечения фотосенсибилизирующего и фотодинамического эффекта на фоне воздействия низкоэнергетического лазерного излучения.

Обсуждение. Для оценки клинических результатов применения предложенных тактико-технических аспектов проведено исследование в двух группах. Отдаленный результат прослежен у 316 пациентов группы сравнения и 127 пациентов основной группы (исключены 4 летальных случая в группе сравнения и 1 летальный случай в основной группе).

Анализ сравнительной частоты отдаленных раневых осложнений в зависимости от размеров грыжи показал, что в группе сравнения чаще отмечено сморщивание протеза – 3,5% при обширных и 4,0% при гигантских грыжах, тогда как в основной группе при обширных грыжах сморщивание протеза не отмечено ни в одном случае, а при гигантских грыжах встретилось лишь в 1 (1,3%) случае. Аналогичная ситуация – с частотой кожно-протезных свищей: в группе сравнения 3,5% при обширных грыжах и 5,5% при гигантских, тогда как в основной группе 2,0% при обширных и 2,6% при гигантских грыжах.

Общее количество отдаленных осложнений значительно снизилось в основной группе с 11,7% до 3,1% ($\chi^2=7,902$; Df=1; $p=0,005$), как за счет уменьшения сморщивания протеза – 1 (0,8%), кожно-протезных свищей – 3 (2,4%), так и за счет отсутствия отрыва протеза. При сравнении частоты отдаленных раневых осложнений в зависимости от размеров дефекта апоневроза становится видно, что частота отдаленных осложнений напрямую связана с размером дефекта апоневроза и возрастает от W2 до W4. Если при W2 вышеуказанные отдаленные осложнения выявлены у 8,6% пациентов в группе сравнения и у 1,6% в основной группе, при W3 – 13,4% и 4,4% соответственно, то при W4 – уже 20,0% и 5,3% соответственно.

Мы выделили из всех больных рецидивные грыжи и провели анализ отдаленных осложнений среди них. У 8 (12,5%) из 64 больных с обширными рецидивными грыжами группы сравнения были отмечены специфические осложнения, в основной группе – у 1 (3,8%) из 26 больных ($\chi^2=1,538$; Df=1; $p=0,215$). Гигантских рецидивных грыж было на порядок больше, поэтому разница была достоверной

($\chi^2=4,258$; Df=1; $p=0,040$): у 19 (18,3%) из 104 больных группы сравнения были отмечены специфические осложнения, в основной группе – у 2 (4,9%) из 41 больного.

Общее количество отдаленных осложнений значительно снизилось в основной группе с 16,1% до 4,5% ($\chi^2=7,902$; Df=1; $p=0,017$), как за счет уменьшения частоты сморщивания протеза с 9 (5,4%) до 1 (1,5%), кожно-протезных свищей – с 11 (6,5%) до 2 (3,0%), так и за счет отсутствия отрыва протеза. Следует отметить, что при первичной пластике в группе сравнения осложнения отмечены в 10 (6,8%) случаях из 148 больных, тогда как в основной группе – в 1 (1,7%) случае из 60 больных.

Вывод. Внедрение усовершенствованной методики ненатяжной протезной пластики ПОВГ в совокупности с применением предложенного варианта профилактики развития раневых осложнений позволило снизить частоту отдаленных осложнений с 11,7% (у 37 из 316 пациентов в группе сравнения) до 3,1% (у 4 из 127 пациентов в основной группе; $\chi^2=7,902$; Df=1; $p=0,005$), в том числе сморщивание протеза – с 3,8% (у 12 больных) до 0,8% (у 1 пациента), формирование кожно-протезных свищей – с 4,7% (15) до 2,4% (3), а также нивелировать риск отрыва протеза с образованием парапротезной грыжи (с 3,2% (10) до 0%). При этом отмечено существенное снижение риска развития этих осложнений при наиболее сложных ситуациях, в частности, при аллогерниопластике гигантских грыж – с 12,9% (у 26 из 201 пациента в группе сравнения) до 3,9% (у 3 из 77 пациентов в основной группе; $\chi^2=4,869$; Df=1; $p=0,028$) и после пластики рецидивных ПОВГ – с 16,1% (у 27 из 168 пациентов в группе сравнения) до 4,5% (у 3 из 67 пациентов в основной группе; $\chi^2=5,781$; Df=1; $p=0,017$).

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Б.Р. Исхаков, А.А. Алижанов, Базарбаев У.Р.,

Н.Б. Исхаков, Э.Т. Жалилов,

Ш.М. Саидметов, У.Р. Мухитдинов

Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. В настоящее время заболеваемость, инвалидизация и смертность от цирроза печени (ЦП) с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка остается актуальной среди острой хирургической патологии в экстренной хирургии.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных циррозом печени (ЦП) с порталь-

ной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Материалы и методы. За период с 2004 по 2021 г. под нашим наблюдением находились 1387 больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии, осложненным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВ). С повторными кровотечениями из ВРВ поступили в стационар 276 (19,9%) больных. Из общего числа больных вирусный гепатит однократно перенесли 693 (49,9%), 122 (8,8%) больных несколько раз перенесли вирусный гепатит, у 97 (7,0%) больных установлен алкогольный цирроз печени. Возрастной размах: до 19 лет было 92 (6,5%), 20–44 – 582 (42,0%), 45–59 – 405 (29,2%), 60–74 – 249 (17,9%), старше 75 лет – 59 (4,3%) пациентов, из них мужчин – 849 (61,3%), женщин – 538 (38,7%).

Всем больным диагноз установлен на основании клинико-лабораторных данных, УЗИ, эзофагогастродуоденоскопии. У 262 (18,9%) больных диагноз «цирроз печени» установлен впервые, 195 (14,1%) больных поступили в состоянии печеночной комы в отделение реанимации, 128 (9,3%) пациентов поступили с сильными болями в животе, по ходу обследования установлен «асцитический перитонит», им проведена лапароскопическая санация брюшной полости.

При эзофагогастродуоденоскопии варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка по Шерцингеру 1 ст. было выявлено у 145 (10,4%) больных, 2 ст. – у 416 (29,9%), 3 ст. – у 557 (40,1%) и 4 ст. – у 228 (16,4%). У 41 (2,9%) больного варикозного расширения вен в пищеводе и в кардиальном отделе желудка не отмечено.

Функциональное состояние печени по Чайлд – Пью класс А установлено у 228 (16,5%), класс В – у 674 (48,6%), класс С – у 485 (34,9%) больных. При УЗИ-исследовании ЦП + асцит установлено у 738 (53,2%) больных, спленоmegалия – у 536 (38,6%), тромбоз воротной вены – у 30 (2,2%), признаки сдавления воротной вены – у 15 (1,1%) пациентов.

Тяжесть состояния больных и степень кровопотери оценивали на основании данных физикальных методов обследования, лабораторных исследований и гемодинамических показателей. Всем больным с кровотечением проводили интенсивное комплексное лечение: применение зонда-обтуратора Блекмора, эндоскопическое лигирование, гемостатическую терапию, снижение портального давления, гемоплазматрансфузию для восполнения кровопотери и симптоматическое лечение.

От прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности и от профузных пищеводных кровотечений умерли 243 (17,5%) больных.

Результаты лечения. Применением вышеотмеченных мероприятий получили положительные результаты у 888 (64,0%), у остальных 142 (10,2%)

на высоте кровотечения производились следующие виды операции: Палиоры – у 98 (69,0%), Палиоры–Таннера со спленэктомией (СЭ) – у 14 (9,8%), шунтирующие операции сосудов – у 31 (21,8%) больных.

У 21 больного, оперированного на высоте кровотечения, была достигнута полная остановка, лишь у 3 больных с терминальной стадией ЦП после операции Палиоры не удалось добиться полного гемостаза, продолжение его привело к летальному исходу.

Заключение. В комплексе интенсивной терапии – разобщающие операции у больных циррозом печени с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка дали положительный результат в большинстве случаев. Исходя из этого тотальное разобщение варикозных вен гастроэзофагального коллектора является наиболее эффективным методом лечения у больных с синдромом портальной гипертензии. Применение эндоскопических методов остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода улучшает результаты лечения у этой тяжелой категории больных.

ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПАНКРЕАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

*Б.Б. Карабоев, Г.М. Ходжиматов, Д.М. Хакимов,
Х.Х. Хамдамов, Н.А. Касимов*

**Андижанский филиал РНЦЭМП,
Андижанский государственный
медицинский институт**

Эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография (ЭРПХГ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) являются эффективным диагностическим и лечебным методом терапии пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой. В то же время методика ЭРПХГ и ЭПСТ не лишена риска развития осложнений, наиболее грозными из которых являются острый панкреатит, кровотечение и ретродуоденальная перфорация двенадцатиперстной кишки, составляющие от 4 до 22%, а летальность при этом достигает 1,2%. Наиболее частым осложнением при эндоскопических вмешательствах на большом дуоденальном сосочке (БДС) двенадцатиперстной кишки является острый панкреатит, составляющий от 1,2 до 25%.

Цель исследования: определить способы снижения уровня постманипуляционных осложнений при ЭРПХГ, ЭПСТ у пациентов с холедохолитиазом и механической желтухой.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 45 пациентов с диагнозом ЖКБ, холедохолитиаз, механическая желтуха, находившихся на лечении в стационаре в период с 2020 по 2012 г. Уровень гипербилирубинемии достигал 90-450 мг/мл. Билиарный панкреатит сопровождал течение болезни в 10% случаев с развитием болевого синдрома и повышением амилазы сыворотки крови более чем в 3 раза, развитием характерной УЗ-картины. Всем пациентам проведено инструментально-лабораторное обследование, по данным УЗИ расширение холедоха выявлено у 95% пациентов, размер конкрементов составлял от 5 до 35 мм. Множественный холедохолитиаз выявлен в 85% случаев. Всем пациентам эндоскопическое вмешательство выполнено в сроки от 2 до 12 часов после поступления в клинику.

В целях снижения риска развития острого панкреатита нами разработан и применялся протокол ведения пациентов, включающий предоперационную интенсивную терапию, эндоскопический комплекс, включающий методы предотвращения инфицирования протоков, щадящие методы канюляции, сокращение попыток канюляции за счет использования проводников, превентивное протезирование главного панкреатического протока, щадящий режим коагуляции при рассечении зоны устья БДС.

Результаты. Канюляция и контрастирование холедоха достигнуты в 97% при первом исследовании. Одномоментная ЭПСТ выполнена в 67%, в остальных случаях потребовалось проведение двухмоментной ЭПСТ. При неэффективности попыток селективной канюляции терминального отдела холедоха предварительно выполняли канюляцию главного панкреатического протока с установкой пластикового эндопротеза. При невозможности абсолютной литоэкстракции выполняли назобилиарное дренирование дренажами. Проведение внутриспросветной эндоскопической литотрипсии с последующим извлечением фрагментов конкрементов потребовалось в 5 случаях. Летальных исходов не было. Повышение амилазы сыворотки крови менее чем в три раза выявлено в 50% случаев, клиническая картина острого панкреатита легкой степени тяжести отмечена у 3 пациентов, средней степени тяжести – у 1 пациента, которые были купированы консервативными методами.

Заключение. Проведение комплексных лечебно-профилактических мероприятий позволяет значительным образом снизить уровень развития острого панкреатита средней и тяжелой степени тяжести при проведении ЭРПХГ, ЭПСТ у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАХ СЕЛЕЗЕНКИ

*М.Р. Каримов, Ш.Э. Ашууров,
А.У. Жуманазаров, Т.Ж. Матризаев*

Ташкентская медицинская академия

Одной из актуальных проблем urgentной абдоминальной хирургии до настоящего времени остается диагностика и лечение открытых и закрытых повреждений паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ведущее место среди которых занимают разрывы селезенки – от 20 до 58%.

Материал и методы. В многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии в 2015–2020 годы на стационарном лечении находились 64 больных с подозрением на закрытые повреждения селезенки, из них 44 (68,7%) мужчин и 20 (31,2%) женщин в возрасте от 20 до 72 лет. В первые часы после травмы поступили 38 (59,3%) больных, до 3 часов – 15 (23,4%) больных, до 6 часов и более – 11 (17,1%). Всем больным проведены клиничко-лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые исследования брюшной полости.

Результаты. Анализ травм показал, что при падении с высоты травму получил 21 (32,8%), в ДТП – 36 (56,2%), в результате удара тупым предметом – 7 (10,9%) пациентов.

У 12 (18,7%) больных в связи с явными признаками внутрибрюшного кровотечения и нестабильной гемодинамикой выполнена экстренная лапаротомия. У 52 (81,2%) пациентов со скрытой картиной травмы органов брюшной полости, неопределенной ультразвуковой картиной и подозрением на повреждение внутренних органов произведена диагностическая лапароскопия.

У 6 (11,5%) пациентов во время диагностической лапароскопии обнаружен разрыв селезенки, гемоперитонеум более 1000 мл, что потребовало перехода на лапаротомию. У 5 (9,6%) пострадавших повреждения органов брюшной полости не выявлены, у 5 (9,6%) отмечалась забрюшинная гематома с сохранением целостности брюшины, у 3 (5,7%) – гематома брыжейки тонкой кишки. У 19 (36,5%) больных с внутрибрюшным кровотечением до 500 мл выявлены надрывы капсулы и разрывы селезенки от 0,5×2,0 см до 1,0×4,0 см, глубиной до 0,5–1,0 см, с фиксированными сгустками крови без продолжающегося кровотечения. У 14 (26,9%) больных с капиллярным кровотечением из капсулы селезенки гемостаз достигнут биполярной диатермокоагуляцией. Во всех случаях лапароскопия была завершена удалением сгустков крови, орошением поврежденного участка селезенки холодным физиологическим раствором, аспирацией промывных вод брюшной полости и дренированием левого

поддиафрагмального пространства, полости малого таза.

В послеоперационном периоде больным проводились гемостатическая терапия и ультразвуковой скрининг. Рецидива кровотечения и послеоперационных внутрибрюшных осложнений не наблюдалось.

Таким образом, у большинства больных диагностическая лапароскопия позволила избежать лапаротомии и ограничиться лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости. Видеолапароскопия при закрытой травме селезенки позволяет повысить качество диагностики, уменьшить количество диагностики, уменьшить количество напрасных лапаротомий и послеоперационных осложнений.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОК ПО НАПРАВЛЕНИЮ ВРАЧЕЙ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

И.В. Ким, И.М. Барсукова, Е.Н. Пенюгина

**ФБГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ,
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
СПб ГБУЗ «Женская консультация № 33»**

Важнейшими направлениями Концепции демографической политики Российской Федерации, рассчитанной на период до 2025 года, являются: популяризация традиционных семейных ценностей и активного долголетия, повышение рождаемости и благополучия семей с детьми, снижение материнской смертности, улучшение репродуктивного здоровья.

Важную роль в сохранении и укреплении репродуктивного здоровья выполняют женские консультации.

Следует также отметить, что большинство пациенток, поступающих в стационары по поводу патологии беременности и гинекологических заболеваний, направляются на госпитализацию врачами скорой медицинской помощи и врачами амбулаторно-поликлинических учреждений, и прежде всего – врачами женских консультаций. Для изучения динамики показателей экстренной госпитализации пациенток с патологией беременности и гинекологическими заболеваниями было проведено исследование уровня госпитализации и состава госпитализированных пациенток.

Исследование проводилось в женской консультации №33 Невского района Санкт-Петербурга. Численность обслуживаемого женской консульта-

цией населения увеличилась с 62,5 тыс. женщин в 2015 году до 70,2 тыс. женщин в 2020 году (+12,3%). Изучение динамики числа экстренных госпитализаций пациенток по направлению женской консультации свидетельствует о существенном увеличении и абсолютного числа госпитализаций, и числа госпитализаций в расчете на 1000 женщин. По сравнению с 2015 годом в 2020 году число госпитализаций женщин по направлению врачей женской консультации увеличилось более чем в 1,5 раза: с 340 случаев до 535 случаев (+ 57,3%). Число экстренных госпитализаций пациенток акушерско-гинекологического профиля в расчете на 1000 женщин обслуживаемой женской консультацией территории увеличилось с 5,4 случая в 2015 году до 7,5 случая в 2020 году (+ 38,9%).

Важно отметить, что и в 2015 году, и в 2020 году большинство госпитализированных составляли женщины фертильного возраста (94,8% в 2015 году и 93,8% в 2020 году).

Сравнительный анализ нозологического состава пациенток, госпитализированных по направлению врачей женской консультации в экстренном порядке, показал, что первое место и в 2015 году, и в 2020 году заняли пациентки, направленные в стационар по поводу беременности, родов и послеродового периода (XV класс по МКБ-10). Удельный вес пациенток, направленных в стационар по поводу патологии беременности, родов и послеродового периода составил 75,6% в 2015 году и 74,4% в 2020 году.

Второе место занимали пациентки с болезнями мочеполовой системы (класс XIV по МКБ-10). Причем доля пациенток, госпитализированных с заболеваниями, относящимися к данному классу, увеличилась с 13,8% в 2015 году до 20,9% в 2020 году.

Третье место в 2015–2017 гг. занимали состояния, входящие в класс МКБ «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (класс XXI)». Следует обратить внимание на снижение доли пациенток, госпитализированных в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции (XXI класс МКБ-10), с 5,6% в 2015 году до 1,7% в 2020 году.

Четвертое место занимали женщины, госпитализированные по поводу новообразований (II класс МКБ-10), причем доля таких пациенток уменьшилась с 5,0% в 2015 году до 3,0% в 2020 году.

Необходимо отметить, что в женской консультации с 2016 года функционирует дневной стационар для женщин с патологией беременности. Ежегодно в дневном стационаре проходят лечение около 600 пациенток. Однако развитие стационар-замещающих технологий ограничено ввиду отсутствия дополнительных площадей. Поэтому при разработке проектов женских консультаций необходимо учитывать современные направления раз-

вития акушерско-гинекологической помощи, в том числе развертывание в структуре женских консультаций дневных стационаров, кабинетов специализированного приема (маммолога, онкогинеколога и т.д.).

АСПЕКТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭМФИЗЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В УРГЕНТНОЙ УРОЛОГИИ

*У.М. Маткаримов, Ж.Т. Мамасаидов,
Э.Х. Инобатов, Ф.А. Дадажонов*

Ферганский филиал РНЦЭМП

Общеизвестно, что эмфизематозный пиелонефрит (ЭП) является причиной развития редкой формы гнойного пиелонефрита, вызываемого микроорганизмами, разлагающими глюкозу на кислоту и углекислый газ. Вместе с тем очень часто он характеризуется развитием острого некротизирующего процесса в почечной паренхиме. Нередко газообразующие бактерии становятся причиной развития острого некротизирующего процесса почечной паренхимы (А.Т. Эрметов и соавт., 2016).

Цель исследования: обоснование и выбор тактики оперативного лечения при эмфизематозном пиелонефрите.

Материал и методы исследования. С 2016 по 2021 г. в урологическом отделении Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи лечились 4408 больных, из них с эмфизематозным пиелонефритом – 45 (1,02). Всем больным оказана соответствующая лечебно-диагностическая помощь по стандарту, установлен диагноз «эмфизематозный пиелонефрит» и выявлена при МСКТ различная степень скопления газов в паренхиме почек. Все больные подвергнуты оперативному лечению.

Результаты и их обсуждение. Всем больным, поступившим в экстренное урологическое отделение, проведены клиничко-лабораторные, бактериологические и инструментальные методы исследования по стандарту, включая обзорную рентгеноскопию, уроскопию и контрастное исследование при МСКТ. При обследовании больных особое внимание уделяли наличию признаков пиелита или пиелонефрита. Выбор тактики оперативного лечения данной категории больных без комплексного рентгеноконтрастного обследования с применением МСКТ не представляется возможным. Поэтому для выбора метода оперативного лечения как нефрэктомии, так и субкапсулярной нефрэктомии проведение МСКТ с контрастным исследованием имело большое практическое значение. Так, при упорной лихорадке с проявлением пиурии в лабораторном обследовании мочи контрастное исследование позволяло выявить скопление газов, локализующихся вдоль собирательного тракта мо-

чевыводящей системы. Если учесть тот факт, что это тяжелейшее осложнение в 60-80% случаев заканчивается смертельным исходом, то несомненным становится активное оперативное лечение у данной категории больных на раннем этапе выявления признаков эмфизематозного пиелонефрита.

Нами оперированы все больные (100%). У 34 (75%) больных обнаружено скопление газов в паренхиме почек. Образовавшийся газ инфильтрировал ткань почки, а затем газовая инфильтрация распространялась на паранефральную клетчатку. Всем больным с проявлением паранефрита выполняли субкапсулярную нефрэктомию с дренированием забрюшинного пространства. Из них у 10 больных (22,2%) был смертельный исход, когда как у 24 больных (53,3%) с осложненным эмфизематозным пиелонефритом было достигнуто улучшение с последующей выпиской на дом для амбулаторного наблюдения. Из числа второй группы больных со скоплением газов в чашечно-лоханочной системе 5 больным установлена перкутанная нефростомия, а 5 больным установлены стенты с последующим адекватным введением антибактериальных средств и таким образом достигнуто улучшение результатов оперативного лечения.

Выполненные урологические операции: у 5 больных – перкутанная нефростомия, у 24 – субкапсулярная нефрэктомию, у 3 – стентирование почек, у 2 – стентирование единственной почки и мочеточников.

Следует отметить, что, по данным разных авторов, факторами неблагоприятного прогноза являются гипоальбуминемия <30 г/л или гипонатриемия при поступлении, а также неэффективность стартовой эмпирической антибиотикотерапии и выявление микробных ассоциаций. Повышение уровня креатинина на 30% и более по сравнению с уровнем при поступлении может расцениваться как признак острой почечной недостаточности. По нашим данным, пациенты с двусторонним ЭП составляли особую категорию. Выбор лечебного подхода во многом зависел от состояния пациента и степени поражения почек. Максимальные усилия при этом направлены на то, чтобы избежать летального исхода. Однако при отсутствии возможности органосохраняющего лечения выполнение нефрэктомии было отсрочено. У данной категории больных проведено перкутанное пункционное дренирование, которое является методом выбора для большинства пациентов по сравнению с открытыми вмешательствами. Так, нефрэктомию потребовалась 7 из 34 пациентов, которым была выполнена чрескожная пункционная нефростомия по поводу ЭП. Смертельный исход наблюдался у 10 пациентов из 34, что составило 29%.

Таким образом, полученные нами данные показывают важность определения показаний и критериев для выполнения малоинвазивных дренирующих вмешательств и нефрэктомии при ЭП. Однако

сложность выбора тактики вызывает малое количество случаев выполнения малоинвазивных и щадящих методов лечения, а отсутствие единых подходов к лечению пациентов с ЭП затрудняет сравнение данных разных зарубежных авторов. Эффективные малоинвазивные методы лечения могут быть выполнены только у отобранных пациентов. Последние представляют альтернативу удалению почки.

Выводы:

1. ЭП возможно диагностировать на начальных этапах развития, что делает возможным выполнение малоинвазивных методов хирургического лечения на фоне адекватной антибиотикотерапии.

2. По нашим данным, чрескожное пункционное дренирование почки – эффективное, безопасное лечение, которое является стандартом лечения пациентов, страдающих ЭП с компенсированной функцией почечной паренхимы. Выполнение этого метода лечения позволяет избежать нефрэктомии.

3. Нефрэктомия должна быть вариантом выбора только при невозможности или неэффективности консервативных методов лечения.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

*К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев,
Ш.Р. Бойменов, А.Ш. Исмоилов*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан**

Лечение внутричерепной гипертензии является одним из актуальных направлений в экстренной нейрохирургии. У пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) стойкое повышение ВЧД до уровня 20 мм рт. ст. и более в послеоперационном периоде сопровождается ростом летальности до 70%. При повышении ВЧД на фоне истощения механизмов пространственной компенсации происходит перераспределение ликвора из интракраниальных в экстракраниальные пространства, приводя к увеличению диаметра оболочек зрительного нерва (ДОЗН). Наиболее выражены эти изменения в дистальной трети зрительного нерва. Проведено проспективное исследование влияния декомпрессионной краниэктомии (ДК) и ДК с дополнительной цистернотомией у пострадавших с ТЧМТ на ВЧД, методом измерения изменений ДОЗН в послеоперационный период.

Цель исследования: изучение изменения размеров ДОЗН после проведенной ДК и ДК с цистернотомией у пострадавших с ТЧМТ в послеоперационный период.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали 110 больных с ТЧМТ, поступивших в нейрохирургическое отделение РНЦЭМП в период 2000–2001 гг. Критерием отбора было исходное на-

рушение сознания ниже 12 баллов по шкале Глазго (сопор), наличие сдавления головного мозга травматической гематомой, отсутствие заболеваний и травмы глазного яблока. Средний возраст составил $43 \pm 0,7$ года. Из них мужчин было 85 (77,2%), женщин – 12 (22,7%). Больным из 1 группы – 58 (52,7%) – выполнена ДК с удалением внутричерепной гематомы, 2 группе больных – 52 (47,2%) – после ДК с удалением травматической гематомы выполнена цистернотомия и санация ликвора с целью дополнительного интраоперационного снижения ВЧД. Всем больным выполнена компьютерная томография (КТ) в до- и послеоперационный период (на 1–2 сутки). Измерение ДОЗН проводилось по КТ сканированием глазного яблока на расстоянии 3 мм от глазного яблока (норма – 4,5–5,1 мм), в диапазоне 25–300 ед. Hu.

Результаты и их обсуждение. Результаты нашего исследования показали, что в обеих группах средний объем гематом составил $72,4 \pm 12,4$ см³. При измерении ДОЗН в дооперационный период в обеих группах средний размер составил $8,2 \pm 0,2$ мм (норма – 4,5–5,1 мм). В послеоперационный период в первой группе отмечается уменьшение средней величины ДОЗН до $6,7 \pm 0,3$ мм, во второй группе больных с цистернотомией – до $5,6 \pm 0,2$ мм. Анализ изменений ДОЗН в послеоперационный период выявил, что уменьшение его диаметра с приближением к норме уже на 3 сутки отмечено у 14 (24,1%) больных первой группы и у 31 (59,6%) больного второй группы. Неблагоприятный исход в 1 группе отмечен в 8 (13,7%), во 2 группе – в 2 (3,8%) случаях.

Выводы. Измерение изменений ДОЗН у пострадавших с ТЧМТ в ранний послеоперационный период является альтернативным методом оценки ВЧД.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНВАЗИВНОЙ И НЕИНВАЗИВНОЙ ОЦЕНКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан**

В настоящее время для лечения больных с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) активно применяются протоколы этапного лечения, рекомендованные фондом Brain Trauma Foundation. Одним из условий успешного лечения внутричерепной гипертензии, сопровождающих травму головного мозга, является мониторинг внутричерепного давления (ВЧД). Между тем 100% мониторинг ВЧД у больных с ТЧМТ с помощью датчиков измерения ВЧД недоступен даже в высокоразвитых странах, что определяет актуальность вопроса.

В настоящее время известные методы неинвазивного измерения ВЧД – по смещению барабанной перепонки (Martin A., 1990), высчитыванию пульса-

ционного индекса с помощью транскраниальной доплерографии (Hassler W., 1988), по ультразвуковой оценке диаметра зрительного нерва (Geeraerts T., 2008) – признаны оператор-зависимыми.

Цель исследования: разработка неинвазивной методики оценки ВЧД у пострадавших с ТЧМТ для принятия решения о дальнейшей тактике лечения.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали 45 больных с ТЧМТ, поступивших в нейрохирургическое отделение РНЦЭМП в период 2000–2001 гг. Из них мужчин было 33 (73,4%), женщин – 12 (26,6%), средний возраст составил $43 \pm 0,7$ года. Критерием отбора было исходное нарушение сознания ниже 9 баллов по шкале Глазго (кома 1), отсутствие заболеваний и травмы глазного яблока. Всем больным после первичной компьютерной томографии (КТ) по показаниям установлен паренхиматозный датчик измерения ВЧД (Spigelberg, Германия) по общепринятой методике. По монитору регистрировали показатели ВЧД в до-, интра- и послеоперационный периоды. Средняя длительность периода оценки ВЧД составила $9,7 \pm 1,2$ дня. Оценка уровня ВЧД проведена по общепринятой методике, при этом нормальные показатели – 3–15 мм рт. ст.; гипертензия средней степени тяжести – 15–25 мм рт. ст.; выраженная гипертензия – более 25–35 мм рт. ст.; грубая – более 40 мм рт. ст. Интраоперационное выявление выраженной или грубой гипертензии явилось показанием к проведению одномоментной декомпрессивной краниэктомии в 32 (71,2%) случаях. При обнаружении гипертензии средней степени тяжести в 13 (28,85%) случаях продолжена интенсивная терапия в условиях реанимационного отделения. Всем больным проведено КТ-исследование в динамике на 2, 5, 7, 10 сутки лечения. При сохранении показателей ВЧД в пределах нормы в течение 48 часов паренхиматозный датчик удаляли. По результатам КТ-исследований у всех больных измерены диаметры оболочек зрительного нерва (ДОЗН) на расстоянии 3 мм от глазного яблока (норма – 4,5–5,1 мм) в диапазоне 25–300 ед. Ну. Увеличение или снижение исходных показателей ДОЗН на фоне проведенного лечения отмечено во всех случаях.

Результаты и их обсуждение. Выявлена сильная положительная связь между показателями ВЧД и ДОЗН ($p < 0,001$). При высчитывании средних величин показателей получено соответствие величин ДОЗН показателям ВЧД. Нормальным показателям ВЧД соответствует диапазон изменений ДОЗН – от 4,5 до 5,1 мм; гипертензии средней степени тяжести – от 5,2 до 6,5 мм; выраженной гипертензии – от 6,5 до 8 мм; при грубой гипертензии – более 8 мм.

Выводы. При проведении первичной или динамической КТ головного мозга у пострадавших с ТЧМТ вычисленные диапазоны изменений ДОЗН позволяют судить об уровне ВЧД и соответственно определять дальнейшую тактику лечения.

ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОСТНОГО ОКНА ПРИ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ КРАНИОЭКТОМИИ

*К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев,
М.К. Махкамов, Ш.Р. Бойменов*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: сравнение результатов типичной декомпрессивной краниоэктомии (ДК) со стандартизированной ДК.

Материалы и методы. Исследованы результаты хирургического лечения 128 больных с ТЧМТ, пролеченных в нейрохирургическом отделении Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период 2019–2021 гг. Критерием выборки больных являлось угнетение сознания до уровня комы, менее 8 баллов по шкале комы Глазго, сдавление головного мозга внутричерепной травматической гематомой. Средний возраст больных составил $42,8 \pm 3,2$ года, среди них мужчин было 114 (89,1%), женщин – 14 (10,9%). Больные разделены на две группы: первой группе – 86 (75,4%) случаев – выполнена ДК с удалением внутричерепной гематомы. Второй группе – 42 (24,5%) случая – выполнена стандартизированная ДК, которая включала резекцию лобного и теменного бугров черепа, формирование костного окна максимально близко к основанию черепа с дополнительной резекцией крыла клиновидной кости (птериональная резекция). Преимущества стандартизированной ДК: устранение нарушения оттока крови из вен лобно-теменной группы и сигма-венозной щели; возможность вмешательства в структуры сигма-венозной щели при травматических повреждениях; проведение полноценного гемостаза из зон ушиба базальных отделов лобной и височной доли головного мозга, проведение дополнительных микрохирургических манипуляций в виде вскрытия цистерн с дополнительной внутренней декомпрессией; профилактика ущемления вещества мозга в костном окне с развитием ишемических расстройств при реализации посттравматического отека. Всем больным до и после операции на 1-2 сутки выполнена компьютерная томография с измерениями объема внутричерепной гематомы, площади костного окна, ширины остаточной части височной кости на основании черепа.

Результаты и их обсуждение. Результаты нашего исследования показали, что в первой группе площадь костного окна составила $82,3 \pm 21,5$, во второй – $87,0 \pm 16,7$. Ширина остаточной части височной кости на основании черепа в первой группе составила $25,3 \pm 10,0$, во второй группе – $7,9 \pm 5,7$. Показатели ширины костного мостика имели статистически достоверные различия (U-критерий Манна-Уитни = 352,5, $p < 0,05$), что в последующем повлияло на результаты оперативного лечения.

Послеоперационные осложнения: сохранение дислокационного синдрома в 1 группе – 12 (9,4%), во второй группе – 1 (2,3%); повторные кровоизлияния: в 1 группе – 11 (8,5%); во 2 группе – 1 (2,4%); гидромы: в 1 группе – 17 (13,2%), во 2 группе – 2 (4,7%); пролапс и ишемия: в 1 группе – 8 (6,2%), во 2 группе – 1 (2,4%); ликворея: в 1 группе – 9 (7%), во второй группе – не отмечалась; атрофия и некроз кожного лоскута в 1 группе – 3 (2,3%), во 2 группе не отмечались.

При оценке результатов лечения по шкале исходов Глазго: в первой группе: 5 баллов (хорошее восстановление) – 19 (45,2%); 4 балла (умеренные нарушения жизнедеятельности) – 11 (26,1%); 3 балла (тяжелые нарушения жизнедеятельности) – 5 (11,9%); 2 балла (вегетативное состояние) – 2 (4,7%); 1 балл (умерло) – 13 (15,1%). Во второй группе соответственно: 5 баллов – 19 (45,2%); 4 балла – 11 (26,1%); 3 балла – 7 (16,6%); 2 балла – 3 (7,1%), умерло – (4,7%).

Выводы. Полученные результаты лечения при ДК с применением стандартной техники формирования костного окна свидетельствуют об эффективности лечения и уменьшении послеоперационных осложнений.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАННЕЙ ГЕРМЕТИЗАЦИИ КОСТНОГО ДЕФЕКТА ЧЕРЕПА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

*К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов,
Ш.Р. Бойменов, А.Б. Салаев*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования: сравнение результатов ранней и поздней краниопластики черепа у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Материалы и методы. Исследованы результаты хирургического лечения 42 больных тяжелой черепно-мозговой травмой после декомпрессивной краниэктомии в нейрохирургическом отделении Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период 2019–2021 гг. Критерием выборки больных являлось угнетение сознания до уровня комы, менее 8 баллов по шкале комы Глазго, сдавление головного мозга внутримозговой травматической гематомой. Средний возраст больных составил $41,8 \pm 2,2$ года, среди них мужчин было 31 (73,9%), женщин – 11 (26,1%). Больные разделены на две группы: в первой группе – 20 случаев (47,6%) – выполнена ранняя герметизация послеоперационного костного дефекта черепа в сроки 21 ± 3 суток после первичной операции. Преимущества ранней герметизации костного дефекта у больных тяжелой черепно-мозговой травмой: устранение нарушения оттока крови и перфузии

вещества головного мозга вследствие спаечного процесса, раннее восстановление нервных трактов, отвечающих за прояснение сознания, раннее устранение влияния атмосферного давления на головной мозг. Во второй группе – 22 случая (52,3%) – выполнена поздняя герметизация костного черепа у больных тяжелой черепно-мозговой травмой в сроки 6 и более месяцев. Всем больным до и после операции на 1–2 сутки выполнена компьютерная томография и МРТ-трактография для определения состояния нервных пучков.

Результаты и их обсуждения. Послеоперационные осложнения: приступы судорог с утратой сознания в 1 группе не отмечались, во второй группе – 1 (4%); инфекционные осложнения в 1 группе не отмечались; во 2 группе – 1 (4%); атрофия и некроз кожного лоскута в 1 группе не отмечались, во 2 группе – 1 (4%).

При оценке результатов лечения по шкале исходов Глазго в первой группе: 5 баллов (хорошее восстановление) – 14 (70,0%); 4 балла (умеренные нарушения жизнедеятельности) – 3 (15%); 3 балла (тяжелые нарушения жизнедеятельности) – 1 (5%); 2 балла (вегетативное состояние) – 2 (5%). Во второй группе соответственно: 5 баллов – 11 (50%); 4 балла – 5 (22,7%); 3 балла – 4 (18,8%); 2 балла – 2 (9,9%).

Выводы. При исследовании в динамике полученные результаты лечения при применении ранней герметизации костного дефекта у больных тяжелой черепно-мозговой травмой в течение 14–21 дней свидетельствуют об эффективности лечения и уменьшении неврологических осложнений, раннем восстановлении сознания.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ МОЯЯ-МОЯЯ

*К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов,
М.А. Алиакбаров, С.Т. Насимов*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования: оценить отдаленные результаты реваскуляризации головного мозга при болезни мояя-мойя.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 10 пролеченных пациентов с болезнью мояя-мойя в отделении нейрохирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период 2019–2021 гг. 40% ($n=4$) пациентов были мужчины, 60% ($n=6$) – женщины. Возраст больных варьировал от 5 до 19 лет. У всех пациентов наблюдалось билатеральное поражение. В момент поступления всем пациентам проводился неврологический осмотр по общепринятым стандартам. До операции проводили мультиспиральную компьютерно-томографическую (МСКТ)

ангиографию экстра- и интракраниальных артерий, с оценкой перфузии головного мозга, дигитальную субтракционную ангиографию. Перфузионные показатели головного мозга в до- и послеоперационном периоде определялись из расчета следующих показателей: объемная скорость кровотока (CBF) из расчета мл/100 г/мин, объем кровотока (CBV) – мл/100 г и среднее время транзита (МТТ), которые оценивались на аналогичных участках коры обоих больших полушарий. Стадии болезни определяли по классификации «Suzuki-Takaku». Все пациенты в зависимости от видов ревааскуляризации головного мозга были разделены на 3 группы: 1 группа – непосредственно прямая ревааскуляризация экстракраниально-интракраниального микроанастомоза (ЭИКМА); 2 группа – непрямая ревааскуляризация энцефалодуромииосинангиоза (ЭДАС) и 3 группа – комбинированная ревааскуляризация (ЭИКМА и ЭДАС). Также проводилась сравнительная оценка неврологической картины и показателей перфузии головного мозга до и после ревааскуляризации в период 3 и 6 месяцев. Качество жизни оценивалось по шкале Карновского.

Результаты. Из 10 пациентов в 80% (n=8) случаев были пациенты до 12 лет и в 20% (n=2) случаев – старше 18 лет, которым выполнено 20 операций по поводу ревааскуляризации головного мозга. Оценка неврологического статуса показала, что в 50% (n=5) случаев было 70 баллов по Карновскому, в 30% (n=3) случаев – 60 баллов по Карновскому, в 20% (n=2) случаев – 50 баллов по Карновскому. Оценка стадии болезни мойя-мойя по «Suzuki-Takaku» показала, что в 50% (n=5) случаев болезнь была в III стадии, в 30% (n=3) случаев – в IV стадии и в 20% (n=2) случаев – в V стадии. Запущенность заболевания была связана с затруднением диагностики и лечением пациентов по поводу ишемического инсульта без уточнения этиологического фактора. В 70% (n=7) случаев значения CBF в корковых областях головного мозга колебались от 12 до 49 мл/100г/мин, в 30% (n=3) – от 50 и выше (мл/100г/мин), в 100% (n=10) случаев CBV варьировала от 4,8 до 12,1 мл/мин, составив в среднем $8,9 \pm 2,7$ мл/мин.

В 20% (n=2) случаев была произведена ЭИКМА, в 70% (n=7) случаев – ЭДАС и в 10% (n=1) случаев – комбинированная ревааскуляризация. Во втором случае у пациентки, которой была показана комбинированная ревааскуляризация, не было выполнено из-за V стадии болезни мойя-мойя. Оценка результатов хирургического лечения показала, что в раннем послеоперационном периоде (в течение 10 дней) во всех случаях отмечается положительная динамика в виде регресса неврологической симптоматики. Оценка результатов перфузии головного мозга в период 3 и 6 месяцев показала, что на сравнительных картинах КТ-перфузии головного мозга отмечено увеличение показателей МТТ в лоб-

ной доли в среднем на 39%, в височной доли – на 14%, в теменной и затылочной долях – на 19%. При сравнительной оценке данных КТ-ангиографии в послеоперационном периоде отмечалось развитие мелких дополнительных артериальных сосудов на стороне операции, также обращали внимание на функционирование анастомоза, что проявлялось улучшением контрастирования периферических ветвей средней и задней мозговой артерии на уровне окклюзии. У всех пациентов в катамнезе отмечалось увеличение цереброваскулярного резерва по данным перфузионной МСКТ с нагрузочными пробами. Острых нарушений мозгового кровообращения, эпилептических приступов, хирургических осложнений не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, болезнь мойя-мойя является одним из возможных причин ишемического инсульта или ТИА как у детей, так и у взрослых. У пациентов до 12 лет при применении ЭДАС в 98% случаях достигается улучшение показателей кровотока, а у пациентов старше 12 лет наилучшие результаты достигаются при комбинировании ЭИКМА и ЭДАС.

ПРАКТИКА МИКРОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

*К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев,
М.К. Махкамов, Ш.Р. Бойменов*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ), учитывая ее распространенность и частую встречаемость у лиц наиболее трудоспособного возраста, с высокими показателями смертности и инвалидизации, остается одной из актуальных проблем нейрохирургии. Современными исследованиями патофизиологии травмированного мозга доказано, что в формировании посттравматической внутричерепной гипертензии и усилении отека головного мозга играют роль изменения типичного ликвотока с проникновением его в ткань мозга через периваскулярные пространства. Методы микрохирургического вскрытия цистерн мозга с созданием дополнительного оттока ликвора для уменьшения отека мозга в экстренной нейротравматологии практически не применяются.

Цель исследования: сравнение результатов традиционной декомпрессивной краниоэктомии (ДК) с ДК и микрохирургическим вскрытием цистерн основания головного мозга у пациентов с ТЧМТ.

Материалы и методы. Исследованы результаты хирургического лечения 128 больных с ТЧМТ, пролеченных в нейрохирургическом отделении

Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период 2019-2021 гг. Критериями выборки больных были нарушения сознания по шкале ком Глазго (ШКГ) менее 8 баллов, наличие сдавления головного мозга внутримeningeальной гематомой. Средний возраст больных составил $39,8 \pm 2,2$ года, среди них мужчин было 114 (89,1%), женщин – 14 (10,9%). Больные были разделены на две группы: в первой группе – 86 (75,4%) случаев ДК с удалением внутримeningeальной гематомы. Во второй группе – 42 (24,5%) случая после ДК с удалением внутримeningeальной гематомы, под микроскопическим увеличением последовательно и целенаправленно вскрыты оптико-хиазмальная, оптико-каротидная, межножковая, прехиазмальная цистерны, с завершением вмешательства вскрытием терминальной пластинки. Критерием успешности процедуры явилось поступление эритрохромного ликвора на каждом этапе вскрытия цистерн, снижение ВЧД в виде смягчения и западения вещества мозга. Всем больным выполнена компьютерная томография в до- и послеоперационный период (на 1–2 сутки), с измерениями объема гематом, размеров ширины парастеволовых цистерн мозга.

Результаты и их обсуждение. Результаты нашего исследования показали, что в обеих группах средний объем гематом составил $74,4 \pm 24,7$ см³. В первой группе в послеоперационный период средний размер обводной цистерны составил $2,1 \pm 1,1$ мм, в группе с дополнительно вскрытием цистерн – $3,4 \pm 0,6$ мм. При сравнении размеров ширины мозговой цистерны в первой группе – $4,02 \pm 2,01$, во второй – $5,7 \pm 1,4$. При статистическом анализе результатов получено статистически значимое различие $p < 0,05$. Полученные данные свидетельствовали о более полном раскрытии парастеволовых цистерн после дополнительного микрохирургического вскрытия цистерн мозга и регресса дислокационного синдрома.

При оценке результатов лечения по шкале исходов Глазго в первой группе: 5 баллов (хорошее восстановление) – 19 (45,2%); 4 балла (умеренные нарушения жизнедеятельности) – 11 (26,1%); 3 балла (тяжелые нарушения жизнедеятельности) – 5 (11,9%); 2 балла (вегетативное состояние) – 2 (4,7%); 1 балл (умерли) – 13 (15,1%). Во второй группе соответственно: 5 баллов – 19 (45,2%); 4 балла – 11 (26,1%); 3 балла – 7 (16,6%); 2 балла – 3 (7,1%), умерли – 2 (4,7%).

Вывод. Полученные улучшенные результаты лечения при применении микрохирургического подхода в лечении больных с ТЧМТ показывают необходимость широкого применения методики в нейрохирургической практике.

ПРЯМОЙ ИЛИ НЕПРЯМОЙ АНАСТОМОЗ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ МОЯ-МОЯ

*К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов,
М.А. Алиакбаров, С.Т. Насимов*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. В настоящее время не существует эффективного медикаментозного лечения для купирования или снижения скорости прогрессии заболевания, поэтому консервативная терапия имеет вспомогательный характер, а основным методом лечения во всем мире признана хирургическая реваскуляризация головного мозга. Цель хирургического лечения при болезни мойя-мойя заключается в создании новых путей экстраинтракраниального кровообращения для снижения риска ишемических и геморрагических поражений, улучшения реабилитационного прогноза и качества жизни пациентов.

Материалы и методы. С целью хирургической реваскуляризации головного мозга используются различные подходы: создание прямых экстраинтракраниальных микроанастомозов (ЭИКМА) и не прямых синангиозов между корой головного мозга и хорошо васкуляризованными тканями. Исходя из накопленного мирового опыта, современные тенденции в лечении болезни мойя-мойя сводятся к сочетанию этих методов, то есть приоритет отдается комбинированной реваскуляризации. В настоящее время за рубежом широко применяются различные виды комбинированной реваскуляризации. Однако опубликованные результаты лечения являются достаточно разнородными, что, вероятно, связано с различными факторами, такими как клиническая картина, возраст, тяжесть течения заболевания, степень цереброваскулярной недостаточности и перфузионного дефицита, ангиоархитектоника заболевания, а также изменения гемодинамики.

Результаты. Таким образом, по причине малой распространенности заболевания и, соответственно, небольшого количества проведенных исследований, сложности и многокомпонентности патофизиологии болезни до сих пор не предложено единых стандартизированных протоколов по оптимальному варианту хирургического лечения пациентов с болезнью мойя-мойя. В общей сложности в нашем Центре выполнено и проанализировано 19 оперативных вмешательств. Во всех случаях отмечались хорошие результаты хирургического лечения в виде улучшения клинической симптоматики. Удовлетворительными результатами считались отсутствие динамики неврологической симптоматики, наличие повторных НМК, а также низкая эффективность выполненной реваскуляризации.

Выводы. Показания к хирургическому лечению пациентов с болезнью мойя-мойя и выбор варианта реваскуляризации основывается на результатах мультимодальной диагностики структурно-морфологической, ангиографической и перфузионной характеристик цереброваскулярной системы, которая включает различные режимы МРТ и раздельную селективную ангиографию. Исследования перфузии эффективны при выявлении признаков цереброваскулярной недостаточности у пациентов с болезнью мойя-мойя. Предпочтительным методом хирургического лечения всех пациентов с болезнью мойя-мойя является этапная комбинированная реваскуляризация головного мозга. В отдаленном послеоперационном периоде данная методика приводит к лучшим клиническим результатам. Создание ЭИКМА в рамках комбинированной реваскуляризации головного мозга позволяет снизить риск осложнений по сравнению с непрямой реваскуляризацией головного мозга. Использование двойных ЭИКМА достоверно улучшает ангиографические и перфузионные результаты хирургического лечения. Факторами эффективности непрямой реваскуляризации являются младший возраст пациентов, наличие трансдуральных коллатералей, а также большое количество использованных вариантов синангиозов. Наилучшие ангиографические и перфузионные результаты при комбинированной реваскуляризации достигаются при совместном влиянии прямых и не прямых компонентов. При неэффективности одного из компонентов комбинированной реваскуляризации другой выполняет страхующую роль в обеспечении хорошего результата операции.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

*М.К. Махкамов, Х.Н. Матякубов,
З.Л. Тухтабеков*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Частота повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей колеблется в довольно широких пределах, составляя от 1–5% до 20% случаев. В отличие от изолированных повреждений головы или брюшной полости диагностика сочетанной травмы (СТ) головы и живота весьма затруднительна.

В лечебных учреждениях частота диагностических ошибок высока и колеблется от 20 до 45%. При этом количество неоправданных лапаротомий, при которых признаков продолжающегося кровотечения не выявлено, а повреждения органов брюшной полости не являются жизненно опасными, составля-

ют 7–28,6%, а при тяжелой сочетанной травме возрастает от 50 до 80%.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения детей с торакоабдоминальными повреждениями при сочетанных травмах (СТ) на основании совершенствования диагностики и разработки лечебной тактики с применением минимально инвазивных технологий.

Материалы и методы. Наши исследования основаны на анализе результатов лечения 55 детей с торакоабдоминальными повреждениями при СТ за период с 2018 года по 2022 год (с момента функционирования отделения хирургии повреждений детского возраста с нейрохирургией). Среди всех пострадавших преобладали мальчики – 60% (33 ребенка), в возрасте от 2 до 18 лет.

По шкале ISS тяжесть сочетанных травм у пациентов с торакоабдоминальными повреждениями составила $28,4 \pm 12,2$ балла. Стандартная хирургическая тактика включала выполнение лапароскопии, по показаниям – лапаротомию, дренирование плевральной полости (по показаниям – торакоскопию), стабилизацию костных отломков при скелетной травме и нейрохирургические вмешательства при черепно-мозговой травме, которые требовали urgentного вмешательства по поводу устранения сдавления головного мозга.

Результаты и обсуждение. Причиной сочетанных повреждений в 32,7% случаев (у 18 детей) была кататравма, в 67,3% (у 37 детей) – дорожно-транспортное происшествие.

Наиболее часто торакоабдоминальная травма сочеталась с черепно-мозговой травмой, по сравнению со скелетной, что наблюдалось у 40 пациентов (72,7%). Из них в 70% случаев отмечалось нарушение сознания ниже 10 баллов по шкале комы Глазго. При оценке тяжести абдоминальной травмы при применении УЗ-диагностики нами была использована шкала USS. При проведении анализа у 55 больных в 9 случаях оценка тяжести по шкале USS была равна 0 баллов – у которых вмешательство ограничилось страховочной лапароскопией. В остальных 46 случаях оценка по шкале USS была равна 1–2 баллам. На УЗИ наличие крови в латеральных каналах, в подпеченочном пространстве, а также в полости малого таза выявлено у 37 детей. У 9 пациентов (16,3%) определялось сочетание абдоминальной и торакальной травмы. Среди повреждений органов и структуры груди были отмечены переломы ребер – у 6 пациентов, перелом лопатки – у 1 пациента, перелом ключицы – у 3 пациентов, наличие гемо- и пневмоторакса отмечено у 6 пациентов, у 1 пациента наблюдалось легочное кровотечение, которое требовало проведения диагностической торакоскопии.

При диагностической лапароскопии были выявлены: в 21 случае – повреждение селезенки, в 10 случаях – повреждение печени, в 4 случаях – повреж-

дение поджелудочной железы, в 3 случаях – разрыв полого органа, в 7 случаях – повреждение почек, в 1 случае – разрыв уретры. При повреждениях печени у 6 больных и при кровотечении из селезенки у 16 больных достижения гемостаза удалось выполнять путем электрокоагуляции. В 4 случаях осуществлены санация и дренирование салниковой сумки при травматическом панкреатите. В 12 (21,8%) наблюдениях выявленные при лапароскопии повреждения органов брюшной полости потребовали перехода к широкой верхней средне-срединной лапаротомии, показаниями к которой были разрыв полого органа брюшной полости – у 3 пациентов, глубокие повреждения печени и селезенки – у 9 пациентов и разрыв почек – у 7 пациентов. В 8 (14,5%) наблюдениях операция начата с лапаротомии из-за общего тяжелого состояния пациентов и выявленной на УЗИ жидкости во всех отделах брюшной полости.

Заключение.

1. Видеондотомический доступ в большинстве случаев позволяет провести как хирургическую коррекцию, так и выполнить органосохраняющие операции у детей с сочетанными травматическими повреждениями органов брюшной, грудной полостей и забрюшинного пространства и реализует концепцию «быстрого ведения хирургического больного», что ведет к снижению длительности пребывания пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии.

2. Таким образом, одним из важнейших направлений улучшения медицинской помощи больным с СТ является диагностическая эндотомическая хирургия, которая является малоинвазивным методом, не усугубляет тяжесть травматической болезни и в свое время заметно снижает частоту напрасных торакотомий, лапаротомий и диагностических ошибок.

НАЛОЖЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЛИГАТУРЫ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕНОЗНЫХ СОСУДОВ ПИЩЕВОДА

Б.Б. Мирзаев, М.Х. Абдуллаев, Э.Б. Шаматов

**Ферганский медицинский институт
общественного здоровья**

Одной из наиболее актуальных проблем современной медицины на сегодняшний день является дилатация желудочных и пищеводных вен и их кровотечение при портальной гипертензии (ПГ), осложненной циррозом печени. Этот процесс остается одним из самых актуальных и проблемных на сегодняшний день.

Основной целью и задачей работы является оказание неотложной медицинской помощи больным с данным состоянием и разработка планов

оперативного вмешательства на более позднем этапе.

У 7 из 23 больных, перенесших кровотечение из кровотокающей вены с помощью зонда Блэкмора, рецидив кровотечения наблюдался в первые 10 дней. Остальное оставалось стабильным. При пищеводном венозном кровотечении (ПВК) кровотечение из вены высокого давления усугубляет состояние больного и резко ослабляет оставшееся компенсаторное состояние печени (Ф.Г. Назиров).

Возрастной диапазон 117 пациентов, поступивших в стационары в период с 2017 по 2021 г. варьировал от 17 до 68 лет (в среднем $42,5 \pm 2,34$). Мужчин было 82 (70%), женщин – 35 (30%). Оценка состояния пищеводных и желудочных вен проводилась на основе классификации А.Г. Шерзингера (1983). Их сравнивали с 9 пациентами (стадия 7,7%) в стадии 1, 44 пациентами в стадии 2 (37,6%) и 64 пациентами в стадии 3 (54,7%), связанными с венозной дилатацией. Варикозное расширение вен поперек пищевода выявлено у 101 (86,3%) больного, по смешанному типу – у 16 (13,7%). Начиная со средней трети пищевода наблюдали у 74 (63,3%) больных, а переход на кардиальный отдел желудка – у 43 (36,7%) больных. Гиперемия или покраснение артерий выявлены у 36 (30,8%) больных и у 18 (15,4%) больных с эрозивным эзофагитом. Стойкое кровотокающее состояние с разрывом вен наблюдалось у 38 (32,3%) больных, сосудистое кровотечение было остановлено у 79 (67,7%) больных.

В результате эндоскопическая лигатура была выполнена у 34 (29%) больных в момент кровотечения, у 5 больных – в момент кровотечения и в 28 случаях – в момент остановки кровотечения. Одновременно накладывали от двух до четырех спиральных эндолигатур. После лечения у некоторых пациентов наблюдались дисфагия и легкая боль в области грудной клетки. Эта жалоба исчезла через 1–2 дня, осложнений не наблюдалось. Эндоскопическая склеротерапия выполнена 13 (11%) больным.

Профилактика и купирование расширенных вен отмечены у 10 (8,5%) больных, а рецидив расширенных сосудов в послеоперационном периоде отмечен у 3 (2,5%) больных. В качестве склерозирующих средств использовали Тромбовар, Склеран, Фибро-вейн. Кровотечение наблюдалось у 8 (6,8%) больных до выписки из стационара. Операция выполнена в экстренном порядке у 1 пациента после эндоскопической склеротерапии.

Летальность наблюдалась у 1 (12,5%) пациента после эндоскопической склеротерапии и у 2 (25%) пациентов после эндоскопического наложения лигатуры. Причиной смерти у одного больного явилась постгеморрагическая анемия, у другого –

стойкая печеночная недостаточность, что показали результаты обследования и лечения.

Таким образом, эндоскопическое обследование и лечение у всех больных является наиболее эффективным методом остановки кровотечения из расширенного пищевода и желудочно-кишечного тракта, особенно у больных с очень высоким риском.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАНИЕНИЯХ СЕРДЦА МИРНОГО ВРЕМЕНИ

*М.А. Мирсидиков, Ф.А. Хаджибаев,
У.А. Абдуганиев*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Цель: оценка эффективности современных методов диагностики при ранениях сердца.

Материал и методы. В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи с 2001 по 2021 год на стационарном лечении находились 72 больных с ранениями сердца. Мужчин было в 8 раз больше женщин. Возраст больных был в диапазоне от 17 до 72 лет. У 63 пострадавших ранение локализовалось в «сердечной зоне» грудной клетки, у 9 – вне «сердечной зоны», причем у 3 имелась картина абдомино-торакального ранения, когда раневой канал проходил через переднюю брюшную стенку и диафрагму.

Среди традиционных методов исследования использованы рентгенография органов грудной клетки, электрокардиография, ультразвуковое исследование плевральных полостей и перикарда. Из современных методов диагностики применены мультислайсная компьютерная томография (МСКТ) органов грудной клетки и видеоторакокопия (ВТС). Все больные были оперированы.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения напрямую зависели от сроков поступления больных с момента получения травмы. 50 больных доставлены в течение 1 часа после получения ранения; среди данной группы больных летальных исходов не отмечалось. В 46 случаях имелась картина проникающего ранения сердца, при этом у 23 больных имелось повреждение левого желудочка, у 11 – левого предсердия, у 8 – правого желудочка, у 4 – правого предсердия. Объем кровопотери при ранениях сердца является ведущим фактором, определяющим летальность. У 42 больных объем кровопотери не превышал 500 мл, у 24 больных был в пределах от 500 мл до 2 литров, в 6 случаях отмечалась кровопотеря более 2 литров.

Патогномоничным признаком рентгенологического исследования является увеличение размеров сердца, которое мы наблюдали у 22 больных.

В случаях, когда больные поступали с выраженной картиной геморрагического шока, оперативное лечение выполнялось без рентгенологического исследования. У 35 больных на электрокардиограмме имелась картина синусовой тахикардии, в 11 случаях отмечались желудочковые экстрасистолы. Важным методом инициальной диагностики при ранениях сердца является ультразвуковое исследование перикарда и плевральных полостей. В наших исследованиях у 13 больных имелась картина гемоторакса, у 10 больных – картина гемоперикарда.

К сожалению, не всегда удалось визуализировать ранение сердца при использовании вышеуказанных методов диагностики, в связи с чем, при наличии подозрения на ранение сердца, при расположении раны в «сердечной зоне», а также при сомнительных случаях мы использовали такие современные методы диагностики, как МСКТ органов грудной клетки и ВТС.

Важным условием для выполнения МСКТ у больных с сомнительной картиной повреждения сердца является стабильность гемодинамических показателей. Данный метод выполнен у 8 больных с подозрением на ранение сердца, причем результат во всех случаях был положительным, т.е. данный метод исследования был высокоэффективным.

ВТС также выполняется в сомнительных случаях при наличии стабильной гемодинамики. В наших исследованиях у 14 больных выполнена ВТС, на которой выявлена картина синюшного цвета перикарда, сглаженность его контуров и снижение амплитуды его сокращений. Во всех подтвержденных случаях ранения сердца переходили на торакотомию с последующим ушиванием ранения сердца.

Летальный исход отмечался у 14 больных. Ведущим фактором летального исхода являлся объем кровопотери и, как следствие, развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Заключение:

1. Своевременная диагностика ранений сердца и выполнение оперативного лечения в максимально ранние сроки способствуют улучшению результатов лечения.

2. При нестабильной гемодинамике больного с подозрением на ранение сердца необходимо минимизировать методы инициальной диагностики, при этом «золотым стандартом» остаётся выполнение УЗИ перикарда и плевральных полостей.

3. При сомнительной картине ранения сердца и стабильности гемодинамических показателей среди методов диагностики обязательным является использование МСКТ органов грудной клетки и ВТС.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ «СВОБОДНОЙ ЖИДКОСТИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ» У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

*Т.Я. Мусоев, Б.М. Аюбов,
К.Ш. Ходжаев, Н.Р. Болтаев*

Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Свободная жидкость в брюшной полости является основным, а иногда и единственным признаком повреждений внутренних органов у пострадавших с закрытой травмой живота. Ключевым моментом, определяющим хирургическую тактику (лапаротомию, лапароскопию или консервативное лечение) у таких больных, являются уровень сознания пациента, наличие признаков внутрибрюшного кровотечения или перитонита, а при отсутствии таковых – количества свободной жидкости, оцененной при динамических исследованиях.

Цель работы: улучшить результаты лечения у пострадавших с закрытой абдоминальной травмой.

Материалы и методы. В исследование включено 335 пациентов, проходивших лечение в Бухарском филиале РНЦЭМП с диагнозом «изолированная или сочетанная закрытая абдоминальная травма» и выявленными при УЗИ и КТ признаками свободной жидкости в брюшной полости. Средний возраст пациентов составил $38,3 \pm 7,9$ года. Мужчин было 213 (63,6%), женщин – 122. Основными механизмами получения травмы были ДТП, падение с высоты и избиение. Сочетанная травма диагностирована у 157 пострадавших (46,9%), причем черепно-мозговая травма выявлена у 86 больных, скелетная травма – у 97, торакальная травма – у 52 пострадавших. Изолированная абдоминальная травма выявлена у 178 больных. Все эти пациенты были первично госпитализированы в протившоковое отделение и в отделения реанимации.

Результаты. Пациентам с абдоминальной травмой при стабильной гемодинамике и наличии сознания на момент поступления и осмотра, при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения, а также признаков перфорации полого органа и перитонита при выявлении свободной жидкости в брюшной полости, по данным УЗИ и КТ, в количестве до 500 мл, проводилось консервативное лечение с динамическим УЗИ- и КТ-контролем. Пациентам, у которых по данным УЗИ гемоперитонеум оценивался как «большой» (более 1000 мл), а также пациентам с меньшим количеством крови в брюшной полости при отсутствии сознания и нестабильной гемодинамике выполнялась диагностическая лапароскопия. Увеличение количества свободной жидкости при УЗИ в динамике также являлось показанием к диагностической лапароскопии. Показанием к лапаротомии являлось продолжающееся внутрибрюшное кровотечение (по данным лапа-

роскопии) при невозможности эндоскопического гемостаза, наличие повреждения внутренних органов, требующее экстренной операции, перитонит и нестабильные забрюшинные гематомы. Консервативное лечение проведено 91 пациенту (27,2%), диагностическая лапароскопия была выполнена 211 пациентам, причем по результатам исследования только у 52 было принято решение о необходимости экстренной лапаротомии. У 159 пациентов с гемоперитонеумом лапароскопия явилась единственным инвазивным хирургическим вмешательством. Трое пациентов были оперированы более чем через сутки после лапароскопии в связи с поступлением «свежей» крови по дренажам. У 84 пациентов, источником гемоперитонеума у которых были забрюшинная гематома, разрывы паренхиматозных органов брюшной полости, забрюшинного пространства, брыжейки тонкой и толстой кишки, повреждения большого сальника, выполнена эндоскопическая санация и дренирование брюшной полости. Ещё у 12 пациентов, у которых при наличии гемоперитонеума источников его выявлено не было, выполнено эндоскопическое дренирование брюшной полости. Лапаротомия была выполнена 85 пациентам, из них, как уже указывалось, 52 – после выполнения диагностической лапароскопии. Летальность составила 16,3%, причём в группе больных с консервативным лечением (27,2% пациентов) летальных исходов не отмечено. Основными причинами летальных исходов были геморрагический шок 2–3 степени (6,2%, из них умерли во время операции 3,4% и в первые послеоперационные сутки – 2,8%), травматический шок при сочетанной травме (4,9%, из них умерли во время операции 2,7% и в первые послеоперационные сутки – 2,2%), профузное кровотечение вследствие повреждений крупных сосудов и нестабильных переломов костей таза, обуславливающих возникновение обширной забрюшинной гематомы (1,6%), гнойно-септические осложнения (2,4%), черепно-мозговые травмы (1,2%).

Заключение. Таким образом, внедрение в клиническую практику тактики дифференцированного подхода (которая заключается, прежде всего, в стремлении избежать «напрасной» лапаротомии), использование малоинвазивных технологий диагностики и хирургического лечения позволили значительно снизить показатели летальности, сократить количество осложнений и объем оперативной активности у пациентов с абдоминальной травмой.

**ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА
МИРНОГО ВРЕМЯ**

А.Л. Мустафаев

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования: обобщить опыт хирургического лечения травм поджелудочной железы при закрытой травме живота в РНЦЭМП и его областных филиалах.

Материалы и методы. Нами проанализированы 125 случаев повреждений поджелудочной железы за 2011–2021 гг. в РНЦЭМП и его областных филиалах. Мужчин было 104 (83,2%), женщин – 21 (16,8%), в возрасте от 18 до 58 лет. Среди причин травм поджелудочной железы первое место занимала автотранспортная травма, второе – падение с высоты, третье – бытовая и спортивная травма. У всех пострадавших травма поджелудочной железы сочеталась с повреждениями других органов и систем (печени, селезенки, желудка, тонкого и толстого кишечника, забрюшинной гематомы, травмами головного и спинного мозга, повреждениями груди и др.). По линии СМП было доставлено 53 (42,4%), самотеком – 67 (53,6%), переводом из другого ЛПУ – 5 (4%). В первые 6 часов с момента получения травмы поступило 105 (83,6%) пострадавших, от 6 до 12 часов – 9 (7,3%), от 12 до 24 часов – 5 (3,6%), позже 24 часов – 6 (5,4%).

Всем пострадавшим проводилось экстренное комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование. Были использованы стандартное исследование общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи, обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей, ультразвуковое исследование плевральной, брюшной полости и забрюшинного пространства. Большое значение для верификации диагноза имели инструментальные методы исследования (УЗИ, МСКТ, лапароскопия).

Тяжесть повреждения ПЖ определялась по шкале органных повреждений Американской ассоциации хирургии травмы (AAST), которая в настоящее время широко распространена и используется практическими хирургами.

По тяжести повреждений у наших больных мы различаем: I степень – небольшую контузию без повреждения протока или поверхностный разрыв без повреждения протока – у 66 (52,8%) больных; II степень – значительную контузию без повреждения протока и утраты ткани или большой разрыв без повреждения протока или утраты ткани – у 50 (40%) пациентов; III степень – дистальное пересечение или повреждение паренхимы/протока – у 7 (5,8%) пострадавших; IV степень – проксимальное пересечение или повреждение паренхимы, вклю-

чая ампулу – у 2 (1,4%) больных; V степень – массивное разрушение головки поджелудочной железы – не наблюдалась.

Клиническая картина травмы поджелудочной железы характеризуется явлениями травматического шока (у 16), внутреннего кровотечения (у 44) и перитонита (у 10 больных).

В зависимости от характера и локализации повреждений применяли следующие виды оперативного лечения травм ПЖ:

- прецизионный гемостаз (прошивание кровоточащего сосуда) – у 12 (9,6%);
- использование биологически активного компонента «Гепроцел» с гемостатической целью – у 10 (8%);
- резекция тела и хвоста ПЖ – у 5 (4%);
- вскрытие субкапсулярной гематомы ПЖ – у 3 (2,4%);
- вскрытие сальниковой сумки с дренированием брюшной полости – у 75 (60%);
- вскрытие сальниковой сумки с дренированием и тампонированием – у 20 (16%).

Послеоперационные осложнения встречались в 41 случае (32,7%). Наиболее частым осложнением травм ПЖ явился посттравматический панкреатит – 24,2% случаев, панкреонекроз имел место в 5,7% случаев. Также из гнойно-септических осложнений следует отметить имевшие место абсцессы в брюшной полости и сальниковой сумке, а также флегмону забрюшинного пространства – 2,8% случаев.

Из 125 пострадавших с повреждением поджелудочной железы умерли 17 (13,6%). Основными причинами летальных исходов у 8 был тяжелый деструктивный посттравматический панкреатит, у 2 пострадавших были травмы с тяжёлым травматическим и гиповолемическим шоком, у 2 – парапанкреатит и перитонит, у 5 – множественные осложнения сочетанных повреждений, груди, головного мозга.

Выводы:

1. Редкость повреждений поджелудочной железы, особенность анатомического расположения органа, отсутствие патогномичных признаков, частое сочетание с повреждениями других органов значительно затрудняет диагностику повреждения поджелудочной железы.

2. Эндовизуальные технологии в большинстве случаев позволяют выявить лишь косвенные признаки повреждений внутренних органов при закрытой травме живота, но их использование, безусловно, важно, т.к. позволяет сокращать сроки обследования и уточняет показания к лапароскопическим или открытым вмешательствам.

3. Интраоперационная ревизия сальниковой сумки остается единственным достоверным способом выявления повреждений поджелудочной железы.

4. Необходимо подчеркнуть, что при всех повреждениях поджелудочной железы необходимо проводить антисекреторную, антиферментную, антибактериальную и дезинтоксикационную терапию.

5. Тампонирование сальниковой сумки должно применяться только у пострадавших с нестабильной гемодинамикой в рамках лечебной тактики «Damagecontrol».

ПОТРЕБНОСТЬ В ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

*Ф.Г. Назиров, А.Х. Бабаджанов, У.М. Махмудов,
О.А. Омонов, Р.Р. Байбеков, С.А. Султонов,
С.М. Шарифжонов, Ш.У. Маткаримов,
Э.К. Тургунбоев*

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова

Цель исследования: провести динамическую оценку потребности в трансплантации печени (ТП) у пациентов после хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) при циррозе печени (ЦП).

Материал и методы. Исследование проведено в ГУ «РСНПМЦХ им. академика В. Вахидова». Фундаментом исследования послужили результаты хирургического лечения кровотечений из ВРВПЖ у 710 больных ЦП, включая 367 пациентов после портосистемного шунтирования (ПСШ), 62 – после тотального разобщения гастро-эзофагеального коллектора (ТРГЭК) и 281 – после эндоскопических вмешательств (ЭВ). Отдаленный период прослежен в сроки от 1 до 115 месяцев после различных вмешательств, при этом до 6 месяцев результаты прослежены у всей выборки, до 12 месяцев – у 418 больных, до 36 месяцев – у 272, до 5 лет – у 97 и более 5 лет – у 51 пациента. Проведена ретроспективная оценка необходимости в ТП в исследуемой группе больных, которым выполнены ПСШ, ТРГЭК или ЭВ за период с 2008 по 2019 г., и прослеженных в отдаленные сроки.

Результаты. Исходное компенсированное течение ЦП у больных в группе ПСШ показало самые лучшие отдаленные результаты. Необходимость в ТП возникла только у 3% пациентов в сроки до года наблюдения. В дальнейшем этот показатель увеличился до 14% к трем годам после ПСШ и до 36% в сроки до пяти лет. Соответственно, в указанный период без абсолютных показаний к радикальному лечению было 64% пациентов, другими словами, из 119 операций ТП по расчетным значениям понадобилась бы только 43 больным. В свою очередь, к

6 месяцам после ТРГЭК радикальное лечение было показано 5% пациентов, к году наблюдения – 16%, к трем годам – 36% и в сроки до пяти лет – 64%. Следовательно, профилактика кровотечений из ВРВПЖ посредством выполнения ТРГЭК позволяет избежать необходимости в ТП в сроки до пяти лет после вмешательства 36% больных. Наиболее низкая эффективность была характерна для ЭВ. Уже в сроки до 6 месяцев радикальное лечение было показано 10% пациентов, к году наблюдения – 34%, к трем годам – 70% и в сроки до пяти лет – 82%. Такая тенденция была связана не только с прогрессированием ЦП, но и, безусловно, с высокой частотой рецидивов геморрагического синдрома. Соответственно, только при ЭВ лишь у 18% пациентов будут отсутствовать показания к ТП в течение пяти лет наблюдения.

Более остро проблема стоит в группе с начальной декомпенсацией ЦП у больных с показателем MELD более 12 баллов. В группе ПСШ необходимость в ТП возникла уже у 10% в сроки до 6 месяцев после операции. Этот показатель возрос до 24% к году наблюдений и в дальнейшем увеличился до 44% к трем годам после ПСШ и до 80% – в сроки до пяти лет. Соответственно, в указанный период без абсолютных показаний к радикальному лечению будет только 20% пациентов, то есть из 248 операций в этой группе ТП по расчетным значениям понадобится 189 больным. К 6 месяцам после ТРГЭК радикальное лечение было показано 14% пациентов, к году наблюдения – 146%, к трем годам – 66% и в сроки до пяти лет – 76%. Следовательно, в этой группе отсутствие необходимости в ТП в сроки до пяти лет после вмешательства будет у 24% больных.

Необходимость в ТП возникла у 15% пациентов с HBV+HDV-циррозом в сроки до года наблюдения. В дальнейшем этот показатель увеличился до 57% к трем годам и до 95% – в сроки до пяти лет. Соответственно, в указанный период без абсолютных показаний к радикальному лечению было только 5% пациентов. В свою очередь, при HBV-циррозах радикальное лечение потребует 36% пациентов к трем годам наблюдения и в сроки до пяти лет этот показатель возрастет до 56%.

У больных с HBV+HDV-циррозом необходимость в радикальном лечении возникла у 18% пациентов в сроки до 6 месяцев, к году наблюдения – у 70%. В дальнейшем этот показатель увеличился до 92% к трем годам и до 100% – в сроки до пяти лет. При HBV-циррозах радикальное лечение потребует 15% пациентов в ранние сроки, к году – 34%, к трем годам наблюдения – 73% и в сроки до пяти лет этот показатель также возрастет до 100%. При HCV-циррозах радикальное лечение было показано к 6 месяцам после различных вмешательств у 6% пациентов, к году наблюдения – у 20%, к трем годам это значение возросло до 44% и в сроки до пяти лет

также составило 100%. При ЦП невирусной этиологии ТП была показана 22% в сроки до года наблюдения, 40% – к трем годам и 68% – в течение пяти лет после различных вмешательств.

Заключение. Верифицированная потребность в ТП при компенсированном цирротическом процессе в сроки до пяти лет наблюдения характеризовалась наиболее высоким показателем в группе после ЭВ, и в зависимости от этиологии ЦП после различных вмешательств для профилактики кровотечений из ВРВПЖ наиболее высокая потребность в ТП определяется в группе HBV+HDV-циррозов, что обусловлено высокой частотой рецидивов кровотечений из ВРВПЖ.

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

*Ф.Н. Норкузиев, М.П. Тожибоев,
М.Х. Абдулахатов, М.Х. Юлдошев,
А.Н. Гофуров, Б.Ф. Холмурзаев*

Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: оценить результаты и перспективы выполнения симультанных лапароскопических операций при сочетании желчнокаменной болезни и грыж передней брюшной стенки.

Материал и методы. В нашем исследовании проанализированы результаты лечения 22 больных с желчнокаменной болезнью, сочетающейся с грыжами передней брюшной стенки: 14 женщин и 8 мужчин. Средний возраст пациентов составил $54,1 \pm 1,3$ года. В качестве основного этапа симультанного вмешательства все 22 больных перенесли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭК), из них 13 пациентов были прооперированы без технических трудностей по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита с местным ограниченным перитонитом в экстренном порядке. В качестве дополнительного оперативного вмешательства выполнялось устранение паховой грыжи (2 больных) с помощью сетчатого трансплантата «Пролен». Пациентам с пупочной грыжей (20 больных) произведено ушивание пупочного кольца ($n=18$) и трансабдоминальная пластика с помощью сетчатого эксплантата ($n=2$). В 1 случае диастаз прямых мышц живота устранен отдельными лигатурами с помощью иглы для ушивания троакарных ран.

Результаты и обсуждение. Интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. Больным с острым холециститом в послеоперационном периоде назначали антибиотики и ненаркотические анальгетики. Средняя длительность операции ЛХЭК составила 25 ± 10 мин. Продолжительность симультанных операций составила 65 ± 15 мин.

Средний койко-день после симультанных операций у всех исследуемых больных не отличался от соответствующего показателя у пациентов, перенесших аналогичные изолированные вмешательства, и составил 5 дней.

Выводы. Первый опыт выполнения симультанных операций в виде ЛХЭК и лапароскопически асцизированной герниопластики свидетельствует о том, что они не сопровождаются увеличением числа осложнений, непосредственно связанных с основным или дополнительным этапами сочетанного вмешательства, и не продлевают сроки лечения больных. Симультанные операции должны производиться по показаниям с учетом тяжести основного заболевания, возможных технических трудностей в ходе ЛХЭК и общесоматического статуса пациента. Выполнение подобных вмешательств в экстренных случаях при флегмонозном калькулезном холецистите с местным ограниченным перитонитом должно быть обоснованным и строго индивидуальным. Таким образом, симультанная ЛХЭК и лапароскопическая герниопластика у больных с желчнокаменной болезнью и грыжами передней брюшной стенки является оправданной операцией, очевидные достоинства которой определяют возможность расширения показаний к ее выполнению.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ

*А.В. Осипов, А.Е. Демко, Д.А. Суров,
А.В. Святненко, И.М. Батыршин*

НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург

Внедрение малоинвазивных технологий во многом изменило хирургическую тактику при лечении острого холангита. Однако без адекватной антибактериальной терапии даже успешно выполненные декомпрессивные вмешательства не всегда приводят к достижению положительного результата.

Цель: определение принципов антибактериальной терапии при остром холангите.

Материалы и методы. Проспективно проанализированы результаты лечения 735 пациентов с острым холангитом, поступивших в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в период с 2014 по 2021 г., которым выполнялись неотложные малоинвазивные декомпрессивные вмешательства: чрескожное чреспеченочное холангиодренирование, эндоскопическое назобилиарное дренирование, эндоскопическое стентирование, ЭПСТ. Производилось интраоперационное бактериологическое исследование желчи, а также посев крови в первые 6 часов после поступления. Учитывался контакт пациентов с системой здравоохранения. Степень тяжести холангита определялась по Токийским рекомендациям (2013–2018 гг.). Средняя длительность

механической желтухи составила $11,6 \pm 4,2$ суток (от 8 часов до 36 дней). Средний уровень общего билирубина сыворотки крови был $134,5 \pm 23,4$ мкмоль/л (от 76,5 до 654,2 мкмоль/л). Холангит легкой степени встречался в 162 (22,0%) случаях, средней степени тяжести – в 421 (57,3%) случае, тяжелый – у 152 (20,6%) больных.

Результаты. Контаминацию желчи (10^3 – 10^5 КОЕ/мл) наблюдали в 694 (94,4%) случаях. В большинстве наблюдений – в 292 случаях (42,1%) выявлялась *E. coli*, *Klebsiella* – в 142 (20,5%), *Pseudomonas aeruginosa* – в 14,2%. Реже – *Enterobacter* (9,6%), *Str. viridens* (7,6%) и грамотрицательные палочки – в 6,1%. При оценке чувствительности к антибиотикам отмечалось наличие полирезистентных штаммов у пациентов, контактировавших с системой здравоохранения в ближайшие 3 месяца до заболевания.

С учетом ретроспективного анализа бактериологического спектра и чувствительности к антибиотикам, рекомендаций Токийских протоколов 2013 г., при поступлении больных с острым холангитом назначали эмпирическую терапию по следующей схеме: легкий холангит – фторхинолоны (ципрофлоксацин, левофлоксацин) в сочетании с метронидазолом, холангит средней степени тяжести – цефалоспорины 3 поколения (цефепим, цефтазидин) в сочетании с метронидазолом, холангит тяжелой степени – карбапенемы (имипенем, меранем, доприпенем). При наличии контактов с системой здравоохранения в срок до 3 месяцев без имплантов и 12 месяцев с наличием имплантов вне зависимости от степени тяжести холангита – карбапенемы или монобактамы в сочетании с метронидазолом.

После получения результатов посевов у конкретных пациентов назначали смену антибактериальной терапии. При применении предложенной схемы противомикробного лечения коррекцию схемы приходилось производить в 148 (21,3%) случаях, причем в 101 (14,5%) случае необходимость эскалации АБ-терапии была продиктована выявлением смешанной флоры. При использовании описанной тактики лечения удалось снизить летальность в группе лечения острого холангита доброкачественной этиологии на 38,6%.

Выводы. Бактериологический анализ желчи с учетом чувствительности к антибиотикам позволил разработать адаптированную схему эмпирической антибактериальной терапии при лечении пациентов с острым холангитом. При оценке ее эффективности отмечается сокращение числа случаев смены АБ-терапии и снижение летальности в группе холангита доброкачественной этиологии.

ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ ОБРАБОТКИ ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*О.У. Рахимов, А.А. Турсуметов, Ш.А. Дадаев,
М.М. Каримов, Э.Р. Юлдашев*

Ташкентский педиатрический медицинский
институт, Ташкентский областной
филиал РНЦЭМП

Актуальность. Одной из важнейших задач современной хирургии является обеспечение эффективного гемостаза. При проведении лапароскопических операций, особенно в неотложной хирургии, достаточно часто возникают ситуации, когда бывает трудно добиться надежного гемостаза в ложе желчного пузыря. Поэтому на сегодняшний день имеется острая необходимость в надежных средствах местного гемостаза и клеевых субстанциях, которые могли использоваться в лапароскопической хирургии. Основными методами гемостаза при этой операции являются: прошивание ложа желчного пузыря, наложение гемостатической губки и т.д.

Цель исследования: изучение эффективности применения нового отечественного местного гемостатика «Гемогубка» для профилактики кровотечений из ложа желчного пузыря при лапароскопической холецистэктомии у больных с калькулезным холециститом.

Материалы и методы исследования. Представлены результаты наблюдения за 107 больными, оперированными по поводу острого холецистита в возрасте от 19 до 76 лет. Средний возраст больных составил $53,4 \pm 4,5$ года. Основная группа включала 37 пациентов, у которых ЛХЭК завершили гемостазом ложа желчного пузыря, используя препарат «Гемогубка». Контрольную группу составили 56 пациентов с ЖКБ, у которых ЛХЭК осуществляли, используя высокочастотную электрокоагуляцию для обработки ложа желчного пузыря. В группу сравнения включены 14 пациентов, у которых после ЛХЭК с целью гемостаза использовали гемостатическую губку «SPONGOSTANTM STANDART».

Результаты. В первой группе послеоперационные осложнения имели место у 6 (16,2%) пациентов. Объем интраоперационной кровопотери в основной группе в среднем составил 65 ± 13 мл. Время оперативного вмешательства у данной категории больных колебалось от 55 до 80 минут, составив в среднем $61,2 \pm 4,8$ минуты. Средняя длительность послеоперационных койко-дней составила $2,6 \pm 0,55$ суток.

Время интраоперационного гемостаза в контрольной группе составило $4,2 \pm 0,47$ минуты. Объем интраоперационной кровопотери в контрольной группе в среднем составил 105 ± 16 мл. Продолжи-

тельность операции с использованием высокочастотной энергии в среднем была равна $72,8 \pm 14,8$ минуты. Различные осложнения наблюдали у 14 пациентов (25%) контрольной группы. Из специфических осложнений только у 1 (1,8%) больного отмечено кровотечение из ложа желчного пузыря, что потребовало релапароскопию и коагуляцию ложа желчного пузыря. В 1 (1,8%) случае в послеоперационном периоде мы фиксировали истечение желчи по дренажу до 10 мл через 4 часа после окончания операции. Среднее значение послеоперационных койко-дней в контрольной группе составило $3,4 \pm 1,2$ суток.

Время оперативного вмешательства у больных 3 группы колебалось от 60 до 90 минут, составив в среднем $63,6 \pm 9,3$ минуты. Время интраоперационного гемостаза в данной группе составило $3,1 \pm 0,51$ минуты. Объем интраоперационной кровопотери в группе сравнения в среднем составил 78 ± 18 мл. Различные осложнения наблюдали у 3 пациентов (21,4%) группы сравнения. У 1 (7,1%) пациента отмечено воспаление послеоперационной раны. В 2 (14,2%) случаях в послеоперационном периоде отмечена лихорадка. Среднее значение послеоперационных койко-дней в данной группе составило $2,8 \pm 0,43$ суток.

Выводы. Таким образом, применение гемогубки в ходе ЛХЭК обладает рядом преимуществ перед применением высокочастотной электроэнергии: высокой степенью адгезии гемогубки к ложу желчного пузыря, мгновенной остановкой кровотечения, полным отсутствием повреждений тканей, исключением повреждений глублежащих сосудов и желчных протоков. Разработанный способ, основанный на использовании гемогубки, позволяет избежать специфических опасностей и осложнений электрохирургических методов остановки кровотечения из ложа желчного пузыря, снижая послеоперационные осложнения в 1,5 раза.

НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ УЩЕМЛЕННОЙ СТЕНКИ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Р.А. Рахимова, Д.Т. Пулатов,
Б.И. Шукуров, Т.Т. Мансуров*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

С целью оценки информативности УЗИ в диагностике острой кишечной непроходимости (ОКН) были отобраны 50 больных с клиникой илеуса. При УЗИ-диагностике ОКН использовали 5 основных критериев, которые характеризуют как морфологическое, так и функциональное состояние кишки: наличие расширенных петель, нарушения пери-

стальтических движений, расширение стенки кишки, появление и расширение складок слизистой оболочки кишки, наличие свободной жидкости в брюшной полости. В зависимости от выраженности этих признаков морфофункциональные изменения стенки кишки были разделены на три категории: неосложненная стенка кишки, отек стенки кишки, некроз стенки кишки.

На рентгенограммах брюшной полости и интраоперационно результаты УЗИ были подтверждены у 47 (94%) из 50 больных, в том числе наличие ОКН было подтверждено у 28 (56%) пациентов, отсутствие ОКН – у 19 (38%). Из числа 28 больных с подтвержденной ОКН наличие «неизменной стенки» кишки (изменение цвета кишки без нарушения ее перистальтики и пульсации сосудов) констатировано у 12 пациентов, «обратимый отек стенки» (восстановление цвета, перистальтики и пульсации кишки после устранения непроходимости) – у 14 и некроз кишки – у 2 пациентов.

У 1 пациента с ложноположительным результатом УЗИ на диагностической лапароскопии был выявлен туберкулезный энтероколит без явлений ОКН. У 2 пациентов, у которых УЗИ не смог найти сонографические признаки ОКН (ложноотрицательный результат), по данным рентгенологического обследования и последующей операции была выявлена спаечная ОКН без нарушения жизнеспособности кишки.

Все 12 больных с УЗ-признаками «неизменной стенки» кишки были подвергнуты успешному лапароскопическому рассечению спаек.

Из числа 14 больных с «обратимым отеком стенки» 6 пациентам удалось выполнить лапароскопическое рассечение спаек, еще у 4 пациентов операция началась с диагностической ВЛС с последующей конверсией в лапаротомию и в 4 случаях выполнена первичная открытая операция. Во всех 14 случаях с истинно положительным результатом «обратимый отек стенки» операция была завершена рассечением спаек без резекции кишки.

2 больных с УЗ-признаками некроза кишки были оперированы в экстренном порядке без предварительного применения консервативных мероприятий. В обоих случаях был подтвержден некроз кишки и была выполнена резекция соответствующего сегмента органа.

В выявлении признаков ОКН УЗИ имеет чувствительность 93,33% (95% ДИ, 82,7–96,5%, LR +18,67) и специфичность 95,0% (95% ДИ, 79,1–99,7%, LR–0,07), с PPV (положительное прогностическое значение) 96,6% и NPV (отрицательное прогностическое значение) 90,5% в диагностике кишечной непроходимости.

У всех 12 больных с сонографическими признаками неизменной стенки кишки операцию

начали с применения лапароскопии. Показатель конверсии в этой группе пациентов составил 25,0% (3 случая), а у остальных 9 (75,0%) больных ОКН удалось ликвидировать эндовидеохирургическим способом.

Значительно более осторожно лапароскопию применяли у пациентов с УЗ-признаками обратимого отека стенки – этот метод использован только у 6 (42,9%) из 14 больных, но, тем не менее, в половине случаев – у 3 пациентов – вмешательство удалось завершить миниинвазивным способом.

УЗ-признаки некроза кишки мы считаем противопоказанием к применению лапароскопии, в связи с чем в 2 подобных случаях была выполнена первичная широкая лапаротомия.

Таким образом, применение предлагаемых нами ультразвуковой градации тяжести поражения стенки кишки при ОКН (неосложненная, осложненная и некроз стенки кишки) и критериев их оценки позволяет конкретизировать показания к использованию лапароскопии и способствует увеличению доли успешных случаев лапароскопического разрешения илеуса до 75% у отобранных с помощью УЗИ больных с сонографическими признаками сохранной жизнеспособности кишечной стенки.

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ ПРИ ЭВИСЦЕРАЦИЯХ МАЛОГО ТАЗА

*В.Н. Румянцев¹, Д.А. Суров¹, А.В. Осипов²,
В.Г. Гребеньков¹, О.В. Балюра¹, О.В. Бабков²,
С.Г. Драгунов¹*

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
МО РФ, Санкт-Петербург, Россия,
²СПбГУЗ НИИ скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Стандарт хирургического лечения пациентов с местнораспространёнными опухолями органов малого таза – эвисцерация таза – сопряжен с критически высоким процентом послеоперационных осложнений (до 88–93%), даже в специализированных центрах. Несмотря на значительный процент заболеваемости и летальности, в отечественной литературе вопрос хирургического лечения местнораспространённых опухолей тазовой локализации проработан недостаточно. Высокий процент послеоперационных осложнений и летальности при использовании традиционных подходов к хирургическому лечению пациентов данной категории диктует необходимость усовершенствования тактики. Существующая традиционная тактика требует оптимизации.

Цель исследования: улучшение непосредственных результатов хирургического лечения па-

циентов с местнораспространёнными опухолями органов малого таза.

Материалы и методы. В клинике военно-морской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и на её клинической базе в клинике колопроктологии СПб ГУЗ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в период 2021–2022 годов 10 пациентам с местнораспространёнными опухолями были выполнены эвисцерации малого таза. Всем пациентам перед операцией выполнялась КТ-ангиография малого таза. Медико-техническую информационно-технологическую часть применения технологии AR составил аппаратно-программный комплекс дополненной реальности (АПК ДР), включающий персональный компьютер с подключенными к нему по интерфейсу Wi-Fi очками виртуальной реальности «Microsoft Hololens II» и соответствующий набор программного обеспечения. Мы придерживаемся варианта с проецированием 3D-изображения модели пациента на его оптическое изображение на операционном столе. Предварительная 3D-модель пациента строится путем сегментирования данных КТ в открытом программном обеспечении «3D Slicer». Изображение на очках формируется модулем авторского программного обеспечения, которое позволяет подгружать данные пациента в оперативную память очков, а также осуществлять сопоставление трёхмерной модели оптическому изображению по индивидуально изготовленной оптической метке. Оценивали время операции, кровопотерю, эффективность методики дополненной реальности как в виде предоперационной подготовки, так и в ходе операции.

Результаты. Всего технология дополненной реальности применена нами в 10 клинических случаях. В исследование вошли 6 мужчин с локализацией первичной опухоли в прямой кишке (4), мочеочнике и мочевом пузыре и 4 женщины с злокачественной опухолью шейки (3) и тела матки (1). Все пациенты были без отдаленных метастазов. Показания к выполнению операции выставлялись на основе заключения мультидисциплинарного консилиума.

Распределение пациентов по возрасту оказалось следующим: максимальный возраст – 73 года, медиана – 58 лет, минимальный возраст – 46 лет.

У всех 10 проведена сегментация изображений, полученных при КТ и формировании первичной и вторичной 3D-моделей пациента.

В 10 случаях выполнены запланированные объемы оперативного вмешательства и получены положительные результаты. По объему операции распределились следующим образом: 4 инфралева-торные эвисцерации малого таза + 2 с дистальной резекцией крестца, 4 супралева-торных тотальных эвисцераций малого таза с формированием илео-кондуита по Брикеру (1) и уретерокутанеостом (3). Минимальная длительность операции составила 195 минут, максимальная длительность – 415 ми-

нут. Все пациенты выписаны на продолжение специального лечения.

Заключение. Предоперационное планирование эквисцерации малого таза дает представление оперирующему хирургу о локализации и распространенности опухолевого процесса. Применение технологии дополненной реальности во время операции упрощает хирургическую навигацию, снижает риск осложнений и ятрогенных повреждений.

ПРОБЛЕМА ПОЛИМИКРОБНЫХ АССОЦИАТОВ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ПЛЕНОК В ХИРУРГИИ

*А.В. Семиглазов, Е.В. Зиновьев,
Д.В. Костяков, П.К. Крылов*

**ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»,
Россия**

Биопленки представляют собой наиболее распространённую форму организации жизнедеятельности микроорганизмов. Это подвижные, непрерывно изменяющиеся гетерогенные сообщества. Считается, что около 99% всех бактерий, существующих на Земле, представлены в форме биопленок. По своей структуре биологическая пленка состоит из ряда клеточных и неклеточных компонентов – моно- или ассоциации культур микроорганизмов и внеклеточного матрикса, представляющего собой сложную биохимическую смесь полисахаридов, гликопептидов, нуклеиновых кислот и липидов. Данный биополимер представляет барьер, задачей которого является защита находящихся в ней микроорганизмов от неблагоприятных физических, химических и биологических факторов внешней среды. По данным литературы было установлено, что временные рамки формирования самих биопленок составляют от 2 до 4 дней, в зависимости от видов бактерий и условий роста. При наличии механического повреждения восстановление её структуры происходит в течение 24 часов.

Считается, что биопленки, формирующиеся в зоне раневого дефекта, в некоторых случаях замедляют процесс репаративной регенерации. Исследование биоптатов, полученных из хронических ран, с использованием электронной микроскопии продемонстрировало, что в 60% случаев обнаруживались биологические пленки. Из этого можно сделать вывод, что биопленки являются одним из основных факторов, способствующих повышению частоты развития хронического воспаления в зоне повреждения.

Одним из возможных путей решения данной проблемы является использование природных антимикробных пептидов, которые были открыты на рубеже XX века. Они являются естественными

продуктами жизнедеятельности насекомых, земноводных, растений, в т. ч. человека (нейтрофилы). Современные разработки позволили выделить и объединить в одном препарате несколько видов природных антимикробных пептидов. Одним из них является комплекс FLIP7, включающий дефензины, цекропины, диптерицины, пролин-богатые пептиды. Экспериментальные исследования продемонстрировали высокую эффективность пептидов FLIP7 в отношении большинства микроорганизмов, в т.ч. полирезистентных штаммов, грибов, вирусов и простейших. Данный комплекс активно разрушает биологические пленки и способствует замедлению их формирования. Внедрение новой группы ранозаживляющих препаратов позволит повысить эффективность лечения пострадавших с инфицированными ранами и ожогами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАВОРОТОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ НА ОСНОВЕ НОВОЙ МЕТОДИКИ РНЦЭМП

Д.Б. Туляганов, М.Х. Абдулахатов, Д.Т. Пулатов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценка значимости результатов диагностики и лечения больных с заворотом сигмовидной кишки на основе алгоритма ведения больных с ЗСК, разработанного в РНЦЭМП.

Материал и методы исследования. Наш опыт основан на анализе результатов комплексного обследования и лечения 149 пациентов РНЦЭМП, страдавших заворотом сигмовидной кишки и получивших комплексное лечение в период с 2001 по 2022 г.

Результаты. На лечении находились 149 больных. Возраст больных варьировал от 20 до 90 лет (средний возраст больных составил 55 лет). Мужчин было 99, женщин – 50. Летальность зависела от сроков поступления пациентов в стационар с момента начала заболевания, возраста и наличия сопутствующих патологий.

Из 149 больных в 4 случаях был выявлен перитонит при поступлении, остальные 145 – без перитонита. Из анамнеза: в 50 случаях был отмечен неоднократный рецидив заболевания. Количество больных с первичным эпизодом заболевания составило 99. Консервативное лечение имело положительный эффект в 16 случаях. 133 пациентам была проведена лапаротомия: из них в 129 случаях признаков некроза не выявлено, а в 4 случаях был определен некроз сигмовидной кишки, и данным больным была наложена сигмостома. Межкишечный анастомоз в модификации РНЦЭМП был выполнен у 7 пациентов, у которых жизненные показатели сигмовидной кишки были сохранены. Новый ме-

тод, разработанный и внедренный в РНЦЭМП для лечения такой категории больных, заключается в наложении анастомоза между нисходящей и сигмовидной кишками межкишечным анастомозом «бок в бок». Данная методика является малотравматичной, и при этом резекции части кишечника или наложения стомы не требуется, уменьшается риск развития рецидива заболевания.

Заключение. Заворот сигмовидной кишки является частой причиной острой кишечной непроходимости. Это потенциально фатальное состояние может иметь место у пациентов любого возраста, с фактором риска рецидивирования. Несмотря на то, что некоторые консервативные мероприятия могут быть использованы с целью снижения симптоматики заворота, операция сигмопликация на данный момент остается основным методом лечения больных при сигмовидных заворотах. Однако этот вид хирургического вмешательства очень часто приводит к рецидивам заболевания с дальнейшим ухудшением состояния больного.

Основываясь на полученных результатах, новый метод, который был впервые применен в нашем Центре у данной категории больных, даёт возможность проведения данной операции в экстренном порядке, что предотвращает риск возникновения рецидивов заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

*Ё.М. Тураева, Н.И. Махмудов,
А.С. Валиев*

Ферганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. В последние годы в результате увеличения числа техногенных катастроф, криминальных разборок и дорожно-транспортных происшествий (ДТП) количество пострадавших с переломами кости орбиты увеличилось. МСКТ, КТ орбиты являются наиболее информативным рентгенологическим методом диагностики травмы орбиты и позволяют установить характер костных и мягкотканых повреждений в 100% случаев. Кроме того, данные компьютерной томографии позволяют определить размер и локализацию перелома, что дает возможность уточнения тактики нейрохирургу и офтальмологу.

Цель исследования: изучение возможностей инновационной технологии – МРТ, МСКТ, компьютерной томографии – в диагностике травматических повреждений глаза, орбиты, зрительного нерва, сочетающихся с черепно-мозговой травмой, и дифференциальной диагностике интракраниальных повреждений зрительного пути.

Материалы и методы. В 2021 году в отделение экстренной нейрохирургии ФФ РЦЭМП госпитализировано 1509 пациентов с ЧМТ, из них у 84 (5,6%) диагностированы переломы костей черепа. Основными причинами повреждений явились: дорожно-транспортный травматизм – 150 (9,9%), бытовая травма – 750 (49,7%), криминальная травма – 187 (12,3%). Пациентам было выполнено обследование, включающее осмотр мультидисциплинарной бригадой (нейрохирургом, челюстно-лицевым хирургом и офтальмологом, ЛОР), нейроофтальмологическое обследование, КТ, МРТ, МСКТ головного мозга и орбит, УЗИ глазного яблока и ретробульбарной клетчатки.

Сотрясение головного мозга было выявлено у 460 (30,4%) пациентов. Ушибы головного мозга обнаружены у 157 (10,4%), с преимущественным поражением лобных долей – у 31 (2%). Эпидуральные, субдуральные гематомы – у 21 (1,3%) пострадавшего. Внутримозговые гематомы выявлены у 12 (0,7%) пациентов. На долю краниоорбитальных поражений (КОП) пришлось 62 (5,7%) наблюдения. Мужчин было 35, женщин – 27. Возраст пациентов – от 18 до 88 лет.

После своевременной топической диагностики и выполненных квалифицированных реконструктивных операций зрительные функции у больных с КОП восстановились полностью у 50%, частично – у 12% пациентов. Основными причинами повреждений были: дорожно-транспортный травматизм – 150 (9,9%), бытовая травма – 750 (49,7%), криминальная травма – 187 (12,3%). УЗИ глазного яблока и ретробульбарной клетчатки выявило сотрясение головного мозга у 460 (30,4%) пациентов.

Результаты и обсуждение. После проведения МСКТ, КТ и МРТ-исследований в зависимости от локализации повреждений стенок глазницы мы выделили у КОП следующие группы: панфациальные переломы в структуре КОП из 62 больных диагностированы у 6% пострадавших; переломы стенок канала зрительного нерва – в 1 (1,6%), интраорбитальное смещение отломков – в 6 (9,6%) наблюдениях. Повреждения зрительного нерва были диагностированы у 6 (9,6%) больных, гематома оболочек зрительного нерва – у 1 (1,6%), ретробульбарные гематомы выявлены в 11 (17,7%), эмфиземы ретробульбарной клетчатки – в 2 (3,2%) наблюдениях. Ведущими офтальмологическими симптомами при КОП были: нарушения окуломоторики – в 6%, дистопия глазного яблока – у 11 (17,7 %). Нарушение движений глазного яблока и его положения в орбите у 6 (9,6%) пациентов вызвало появление диплопии. Основным видом дистопии глазного яблока у больных с КОП в остром периоде ЧМТ был экзофтальм. Он определялся у 11 пациентов. УЗИ глазного яблока, ре-

тробульбарной клетчатки выполнено 15 (24,1%) пострадавшим. Ретробульбарные гематомы были выявлены у 11 (17,7%) пациентов, эмфизема ретробульбарной клетчатки – у 11 (17,7%), повреждения экстраокулярных мышц – у 5 (8%), частичные и субтотальные гемофтальмы – у 2 (3,2%), травматическая отслойка сетчатки – у 1 (1,6%), отрыв зрительного нерва – у 1 (1,6%) из больных КОП.

При операции было выполнено удаление смешанных отломков костей орбиты у 9 (14,5%) пациентов. У больных с тяжелой ЧМТ и тяжелой сочетанной травмой по характеру выполненных операций преобладали реконструктивные вмешательства. Декомпрессия зрительного нерва выполнена у 9 (14,5%) больных. При наличии показаний реконструктивные операции выполняли одновременно с нейрохирургическими вмешательствами. Всем больным после операции повторно сделано контрольное МСКТ головного мозга, черепа и орбиты.

Заключение. Использование инновационной методики исследования орбиты и разработанных критериев оценки состояния зрительного нерва позволило улучшить диагностику причин нарушения функции органа зрения и облегчило планирование тактики лечения больных с травматическими повреждениями орбиты и зрительного нерва в остром периоде черепно-мозговых травм.

НОВЫЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ СПОСОБ ГЕМОСТАЗА ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ИБС

*А.М. Хаджибаев¹, Р.И. Рахимов¹,
А.Г. Махаммадинов², М.А. Хашимов¹,
А.А. Набиев²*

¹ Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан,
² ЦРПКМР МЗ РУз

Целью данной работы явилась разработка нового, морфологически обоснованного способа эндоскопического гемостаза язвенного гастродуоденального кровотечения (ЯГДК), сочетающегося с ИБС.

Материал и методы. Исследования были проведены у 54 пациентов с ЯГДК, сочетанных с различными клиническими формами ишемических заболеваний сердца (ИБС), наблюдавшихся нами в хирургических и кардиологических отделениях РНЦЭМП МЗ РУз. Мужчин было 43, женщин – 11. Средний возраст больных составлял 52,4 года. Все больные поступили в клинику с язвенным кровотечением, у 38 была выявлена дуоденальная локализация язвы, у 15 – желудочная. Острые язвы определялись у 32, хронические – у 22 пациентов. У 36

пациентов были напряжения с ФК 2–3-го класса в виде стабильной стенокардии, у 15 больных – ОК с подъемом (6) и без подъема ST (9), а у 3 – острый инфаркт миокарда.

Во время проведения экстренной эндоскопии у всех больных устанавливалось наличие продолжающегося язвенного кровотечения по Форресту: 1А – 16 и 1В – 38 случаев. В связи с этим больным проводились либо традиционные способы ЭГ путем диатермокоагуляции (12), АПК (16), инфильтрации вокруг язвы 70%-м раствором спирта (12), либо новый способ ЭГ с использованием предложенной нами смеси аутоплазмы с 40%-м раствором глюкозы в соотношении 2:1 (14). В последующем на 7-е и 14-е сутки после гемостаза этим больным производили эндоскопическую биопсию, и полученный материал подвергали сравнительному морфологическому исследованию.

Результаты. При исследовании клеточного состава стромы периульцерозной зоны у обследованных больных после диатермокоагуляции и инфильтрации 70%-м раствором спирта уже на третьи сутки имелись признаки воспалительных изменений с превалированием альтернативных и эксудативных их компонентов, которые усиливались на седьмые сутки. В более позднем периоде (через две недели) воспалительная реакция заканчивалась разрушениями клеток и некротическими изменениями тканей периульцерозной зоны, при отторжении которых из увеличенных в численности кровеносных сосудов и микроколлекторов данной зоны отмечалось арозивное, рецидивное кровотечение.

Совершенно другая морфологическая картина наблюдается при применении АПК и аутоплазмы +40%-й раствор глюкозы. Воспалительные изменения в клеточном составе стромы периульцерозной зоны в ранние сроки после эндоскопического гемостаза (на седьмые) в обоих случаях невыраженные. Однако в более поздний период (через две недели) гемостаза в клеточном составе стромы периульцерозной зоны у больных с АПК отмечались существенные сдвиги, характерные для воспалительной реакции.

В морфологическом плане применение аутоплазмы + 40%-й раствор глюкозы оказалось самым благоприятным. На фоне умеренно выраженных воспалительных изменений клеточного состава стромы периульцерозной зоны (седьмые сутки) в более поздние сроки отмечается развитие фибриноидной и грануляционной ткани, с уменьшением численности кровеносных сосудов и микроколлекторов данной зоны, что предотвращает наступление рецидивного кровотечения.

Заключение. Эндоскопический способ гемостаза с использованием для периульцерозного введения аутоплазмы с 40%-м раствором глюкозы в соотношении 2:1 является эффективным, морфоло-

гически обоснованным вмешательством. Данный способ ЭГ отличается своей простотой и безопасностью применения и может быть рекомендован для широкого применения во всех клинических случаях язвенного кровотечения, особенно у больных ЯГДК, сочетающихся с ИБС.

На данный новый способ ЭГ нами был получен патент на полезную модель № FAP 01723 от Патентного ведомства РУз 30.11.2021 г.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ЖИВОТА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ БОЛЬНЫХ

*А.М. Хаджибаев, Ж.А. Джураев,
А.Г. Махаммадинов, А.С. Халилов, А.А. Набиев*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан,
ЦРПКМР МЗ РУз**

Выбор тактики лечения у больных с сочетанными травмами живота во многом зависит от объективной оценки тяжести их состояния. Это осуществляется с помощью различных шкал, составленных на основании анализа различных предикторов. Наиболее известными среди последних являются ISS (Injury Severity Score) – индекс тяжести травмы, RTS (Revised Trauma Score) – пересмотренная шкала травмы, SAPS – упрощенная шкала оценки физиологических расстройств.

К большому сожалению, в этих шкалах, во-первых, отсутствует ранжирование тяжести сочетанных травм для различных возрастных групп, во-вторых, применяющаяся в них балльная система оценок выбранных предикторов не выражает прогностического их «веса» в оценке тяжести течения имеющихся сочетанных травм.

В связи с этим нами была поставлена задача – разработка интегральных шкал прогнозирования тяжести течения сочетанных травм живота для различных возрастных групп больных. Решение данной задачи нами было осуществлено путем проведения ретроспективных исследований по определению прогностической значимости и статистической достоверности антропометрических, клинических, инструментальных и лабораторных предикторов риска развития тяжелого течения сочетанных абдоминальных травм с установлением их степени значимости.

Статистический анализ проводился отдельно в группах пациентов, у которых не наблюдалось тяжелого течения сочетанных абдоминальных травм и в группе пациентов, у которых отмечалось тяжелое течение последних: у детей (от 0 до 18 лет), взрослых (от 19 до 60 лет) и пожилых (свыше 60 лет) больных. Нами рассчитывались значения χ^2 для каждого из выбранных показателей. Критическое значение последнего составляло 3,84. Пре-

вышение рассчитанных показателей χ^2 данного критического значения оценивалось нами как свидетельство статистической достоверности данного показателя ($P < 0,01$). Степень прогностической значимости нами устанавливалась путем расчета соответствующего коэффициента для каждого достоверного предиктора в отдельности. После этого полученные прогностические коэффициенты суммировались в каждой группе пациентов в отдельности. На основании полученной суммы нами были разработаны градации прогноза категории тяжести течения сочетанных травм живота для каждой исследовательской группы.

Проведенные проспективные исследования у 72 пациентов позволили заключить, что предложенные нами интегральные шкалы прогноза вероятности тяжелого течения САТ в различных возрастных группах больных отличаются высокими показателями чувствительности (в среднем 82,5%), специфичности (в среднем 74,3%) и общей точности (в среднем 78,4%).

На основании этих данных можно заключить, что предложенные нами интегральные шкалы прогноза вероятности тяжелого течения САТ в различных возрастных группах больных позволяют достоверно прогнозировать риск тяжелого течения сочетанных травм живота.

На разработанные интегральные шкалы прогноза вероятности тяжелого течения САТ в различных возрастных группах больных нами получено удостоверение ЦРПКМР МЗ РУз на рационализаторское предложение № 00127 от 21.10.2021 года.

ПОДБОР ДОНОРА ДЛЯ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

*А.М. Хаджибаев, Ф.А. Хаджибаев, П.К. Султанов,
Д.Н. Эргашев, А.А. Исмаилов*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан**

Введение. Несмотря на большое количество ежегодно проводимых операций по трансплантации почки, ежегодный прирост и омоложение терминальной стадии хронической почечной недостаточности постепенно увеличивается, соответственно, потребность к донорским органам возрастает. По данным Global Observatory on Donation and Transplantation, за 2020 год из проведенных трансплантаций органов трансплантация почки от живых доноров составила 31,7%. Постоянная нехватка трупных донорских органов увеличивает потребность к более широкому использованию живых доноров. Донором почки может стать практически любой человек, который соответствует определенным критериям. Цель данного исследования: изучение особенностей живых родственников

доноров для трансплантации почки на материале одного Центра.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 290 родственных потенциальных доноров, которые были обследованы за период с января 2020 г. по декабрь 2021 г. в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи. Изучалась частота встречаемости противопоказаний донорской нефрэктомии в условиях нашего Центра.

Результаты. Из всех обследованных 290 доноров 137 (47,24%) были братьями и сестрами, 73 (25,17%) – родителями, 27 (9,31%) – детьми, 23 (7,93%) – дядями и тетями, 18 (6,2%) – супругами, 7 (2,41%) – племянниками(цами) и 5 (1,72%) – двоюродными братьями и сестрами. Разделение по полу: 163 (56,2%) потенциальных донора – женского пола и 127 (43,79%) – мужского пола. Средний возраст составил $42,8 \pm 10,4$ года (минимальный возраст – 23 года, максимальный – 65). В данном материале были исключены доноры с возрастной группой моложе 18 и старше 65 лет. Из всех обследованных больных была проведена донорская нефрэктомия 101 (34,82%) больному и 23 (7,93%) были в листе ожидания для операции. Донорская нефрэктомия была противопоказана 166 (57,24%) первично обследованным больным. Из них у 68 (40,9%) больных выявлена артериальная гипертензия, у 28 (16,8%) – повышенный индекс массы тела, у 19 (11,4%) – диабет, у 13 (7,8%) – тромбозы и тромбоэмболии в анамнезе, у 10 (6,2%) – положительный HbsAg (поверхностные антигены к гепатиту В), у 9 (5,4%) – положительные антитела к HCV-гепатиту, у 9 (5,4%) – снижение функции почек (клиренс креатинина ниже 80 мл/мин), у 5 (3%) – беременность, у 3 (1,8%) – злоупотребление алкоголем, у 2 (1,2%) – наличие HIV-антител (антитела к вирусу иммунодефицита человека).

Выводы. По результатам нашего исследования, большинство родственных доноров на трансплантацию почки составили братья и сестры. При тщательном обследовании и при сборе подробных анамнестических данных выяснилось, что практически у каждого второго потенциального донора почки выявляются противопоказания к донорской нефрэктомии. Артериальная гипертензия явилась наиболее часто встречаемой причиной исключения кандидатов из донорства. Выявление противопоказаний у потенциальных доноров при первичном обследовании даёт возможность предупредить возникновение послеоперационных осложнений и уменьшает риск потери почечного трансплантата и отрицательное влияние проведенной операции на здоровье донора.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*А.М. Хаджибаев, Д.Т. Пулатов,
Б.И. Шукуров, Т.Т. Мансуров*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи**

Изучены результаты хирургического лечения 640 больных со спаечной кишечной непроходимостью (СКН), из них 448 (70,0%) больным была выполнена первичная лапаротомия, 192 (30,0%) – видеолaparоскопия (ВЛС). Видеолaparоскопические операции старались выполнять у лиц, ранее перенесших не более 2 абдоминальных операций. Среднее число предыдущих абдоминальных операций в анамнезе в группе ВЛС составило $1,25 \pm 0,43$, а в группе лапаротомии – $1,47 \pm 0,84$ ($p < 0,001$).

Подбор больных к ВЛС вмешательствам с учетом наличия и числа предыдущих вхождений в брюшную полость статистически достоверно отразился в характере распространенности спаечного процесса ($p < 0,001$) и длительности хирургического вмешательства ($p < 0,01$) у больных двух сравниваемых групп. Так, у 130 (67,7%) больных, подвергнутых лапароскопическому адгезиолизису, хирург имел дело с единичными спайками, вызвавшими ОКН, тогда как в группе первичной широкой лапаротомии более чем в половине случаев – у 263 (58,7%) пациентов – приходилось выделять и рассекать множественные спайки. Кроме того, у больных, подобранных для выполнения ВЛС, интраоперационно несколько реже находили признаки некроза кишечника, требовавших конверсии и последующей резекции некротизированного сегмента (6,3% против 10,5%, $p = 0,090$).

Ввиду меньшей выраженности спаечного процесса у больных группы ВЛС средняя продолжительность хирургического вмешательства у них ($105,78 \pm 29,04$ мин) была достоверно короче по сравнению с аналогичным показателем группы открытых вмешательств ($117,54 \pm 27,70$ мин). Меньшая распространенность спаечного процесса в группе ВЛС также благотворно отразилась на частоте интраоперационного повреждения кишечной стенки (7,8% против 12,1% в группе первичной лапаротомии, $p = 0,113$).

При одиночных спайках в брюшной полости результативность лапароскопического адгезиолизиса составляет 86,9%, тогда как при множественных спайках этот показатель снижается до 32,3%.

При выявлении во время лапароскопической ревизии признаков некроза ущемленной петли кишечника, что имело место у 12 больных, во всех случаях прибегали к конверсии и резекции кишки открытым способом. В общей структуре показаний

к конверсии ($n=59$) доля некроза ущемленной кишки составляет 20,3%.

Показатель ранних послеоперационных осложнений также был достоверно ниже у пациентов, у которых удалось выполнить адгезиолизис лапароскопическим способом, не прибегая к конверсии (5,3% против 30,5% в подгруппе конверсии, $p<0,001$), что благотворно отразилось в частоте повторных операций (3,0% против 15,3% в подгруппе конверсии, $p=0,002$). Все 5 случаев летального исхода в группе первичной ВЛС относились к больным, у которых пришлось выполнить конверсию ввиду тяжести ОЖН или возникших технических сложностей. Средние сроки стационарного лечения у больных с видеолапароскопическим адгезиолизисом было достоверно меньше аналогичного показателя пациентов, подвергнутых конверсии ($4,94\pm 0,66$ койко-дня против $8,20\pm 1,37$ дня, $p<0,05$).

По сравнению с группой первичной широкой лапаротомии после ВЛС адгезиолизиса статистически значимо ($<0,001$) меньше наблюдали развитие ранние послеоперационные осложнения (43,5 против 13,0%). 13 (6,8%) больных группы ВЛС, у которых имели место специфические послеоперационные осложнения, были подвергнуты реоперациям, в том числе в 3 (23,1%) случаях из них внутрибрюшные осложнения операции удалось устранить путем релапароскопии. В группе первичной широкой лапаротомии частота реопераций/релапаротомий составила 65 (14,5%) случаев.

Общая летальность у больных со спаечной кишечной непроходимостью составила 4,2%, при этом после ВЛС вмешательств этот показатель статистически незначимо был ниже по сравнению с группой первичной лапаротомии (2,6% против 4,9%, $p=184$).

Применение видеолапароскопического доступа при выполнении адгезиолизиса у больных со спаечной кишечной непроходимостью способствовало сокращению сроков стационарного лечения с $9,31\pm 3,31$ койко-дня до $5,94\pm 1,78$ дня ($p>0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА

А.М. Хаджибаев, К.С. Элмуратов, Б.И. Шукуров, Г.К. Элмуродов, М.М. Пулатов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Анализ структуры характера и объема выполненных хирургических вмешательств при лапароскопии (основная группа, $n=51$) и первичной лапаротомии (контрольная группа, $n=109$) у больных с закрытой травмой живота (ЗТЖ) со стабильными показателями гемодинамики ($n=160$) показывает, что частота выявления значимых по тяжести внутрибрюшных осложнений, однозначно требующих открытой хирургии с выполнением таких объем-

ных вмешательств, как ушивание глубоких и обширных разрывов паренхиматозных органов, стенки полого органа, резекция или удаление органа, составляла 43,8% (имели место у 70 пострадавших). В контрольной группе больных, существенная часть которых была подвергнута широкой лапаротомии ввиду наличия у них сонографических признаков свободной жидкости в брюшной полости объемом более 500 мл (противопоказание к лапароскопии), данная частота составляла 62,4%. Таким образом, как минимум у 37,6% пациентов с ЗТЖ со стабильными показателями гемодинамики абдоминальные хирургические вмешательства ограничиваются максимум электрокоагуляцией кровоточащего сосуда, санацией и дренированием брюшной полости. Как известно, все эти манипуляции легко выполняются с помощью стандартного набора лапароскопических инструментов, без необходимости применения широкой лапаротомии, которая сама по себе представляет для травмированного организма значимую дополнительную травму.

Частота ситуаций, когда при первичной операции обнаруживаются повреждения, которые по своему характеру и тяжести потенциально могут быть без особых технических сложностей устранены лапароскопическим способом (44,4%), оказалась еще выше в основной группе, куда был отобран 51 пациент с объемом свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ не более 500 мл, и составила 58,8% (30 случаев). В этой группе пациентов частота конверсии составила 37,3% (19 больных), причиной ее служили необходимость выполнения спленэктомии – в 14 случаях, ушивания стенки полого органа – в 3 и разрыва печени $\geq$ II ст. по Moore – в 2.

В наших наблюдениях в группе первичной широкой лапаротомии ($n=109$) в 2 (1,8%) случаях интраоперационно не было обнаружено наличия повреждения органов брюшной полости, требовавших хирургических процедур, что мы расценили как «напрасную лапаротомию». Это определение мы не употребляем в отношении диагностической лапароскопии, так как после 3 (5,9%) случаев применения эксплоративной эндовидеохирургии у больных с ЗТЖ ни в одном случае мы не отметили развития послеоперационных специфических осложнений, связанных с этой хирургической процедурой. Т.е. применение лапароскопии в этих случаях позволило надежно исключить внутрибрюшное повреждение без особых отрицательных последствий для пациентов.

Расширение показаний к лапароскопии при ЗТЖ хоть и увеличило частоту конверсий до 37,3%, но тем не менее не сопровождалось ятрогенными интраоперационными осложнениями, практически не увеличивало среднее общее время вмешательства ($108,1\pm 28,6$ мин при лапароскопии с последующей конверсией против $103,0\pm 48,7$ мин в группе

первичной широкой лапаротомии, $p=0,657$). В тех случаях, когда удавалось выполнить все лечебно-диагностические манипуляции лапароскопическим способом, не прибегая к конверсии, средняя продолжительность вмешательства составляла $57,0 \pm 40,8$ мин ($p < 0,001$).

Миниинвазивность и малотравматичность лапароскопических вмешательств в совокупности с меньшей выраженностью тяжести интраоперационно выявленных внутрибрюшных повреждений в основной группе пациентов способствовали достоверному сокращению сроков нахождения в ОРИТ с $2,8 \pm 1,1$ до $1,8 \pm 1,0$ дня ($p < 0,001$), стационарного лечения с $8,7 \pm 3,4$ до $5,3 \pm 2,9$ суток ($p < 0,05$), заметному снижению частоты послеоперационных осложнений с 11,9 до 3,1% ($p = 0,144$).

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА

*А.М. Хаджибаев, Ж.А. Джурсаев,
М.М. Пулатов*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. В последнее десятилетие в индустриально развитых странах мира отмечается увеличение числа пострадавших тяжелой сочетанной травмой (СТ). Только за последние два-три десятилетия число случаев СТ увеличилось в несколько раз и достигло 17,5–28,0% от всех больных травматологических стационаров. Летальность при повреждениях живота в сочетании с черепно-мозговой травмой составила 72,3%, с грудной клеткой – 47,3%, с опорно-двигательной системой – 38% [Агаджанян В.В. с соавт., 2015].

Цель работы: улучшение результатов диагностики и лечения повреждений органов брюшной полости при сочетанных травмах путем применения современных диагностических методов и разработки нового лечебно-диагностического алгоритма и компьютерной программы для различных возрастных групп.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 286 больных с повреждениями органов брюшной полости при САТ, находившихся на стационарном лечении в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи и его областных филиалах за период с 2010 по 2020 г.

Из общего числа больных пациентов детского возраста (от 1 до 18 лет) было 108, взрослых (от 19 до 60 лет) – 112 и 66 – пожилой контингент (свыше 60 лет). Мужчин было 185 (64,9%), женщин – 101 (35,4%), т.е. преобладали лица мужского пола. Средний возраст больных составил $58,4 \pm 4,2$ года. При этом 49,2% пациентов были в наиболее трудоспособном возрасте (от 19 до 70 лет).

Наибольшее количество повреждений у обследованных больных наблюдалось со стороны паренхиматозных – 178 (58,2%), реже – полых – 86 (28,1%) и прочих органов живота – 42 (13,7%). Повреждение органов брюшной полости наиболее часто сочетались с черепно-мозговой травмой – 58 (20,3%) и переломами конечностей – 62 (21,7%). Несколько реже в качестве сочетанных повреждений у обследованных больных наблюдались травмы груди – 38 (13,3%), травмы таза – 10 (3,5%) и повреждения позвоночника – 6 (2,1%). Среди обследованных больных в основном превалировало число сочетаний двух и трех областей тела, что, соответственно, составило 21,8% и 8,7%. У 29 (13,6%) больных имеющиеся повреждения располагались на четырех и более областях тела.

Результаты. В качестве методов исследования в работе были использованы общеклинические, инструментальные (УЗИ, ЭРПХГ, контрастная МСКТ, МРПХГ, ВЛС) исследования.

Рентгенологически у 57 пациентов было обнаружено наличие свободного газа, у 48 – «чаш Клойбера». Кроме того, у 52 больных выявлялся пневматоз кишечника, у 26 – признаки повреждения диафрагмы в виде ее высокого стояния и нарушения подвижности.

УЗИ является самым распространенным неинвазивным методом диагностики повреждений внутренних органов при сочетанных травмах живота. На УЗИ было обнаружено наличие свободной жидкости в брюшной полости (87,8%). Так, у 98 больных свободная жидкость располагалась в малом тазу, у 115 – дополнительно захватывала боковые каналы. У 38 пациентов свободная жидкость имела более распространенный характер, захватывая подпеченочную и левую подреберную области.

В целях улучшения диагностики повреждений органов брюшной полости при САТ у 134 пациентов нами была применена видеолапароскопия (ВЛС). При проведении ВЛС у 128 больных нами было диагностировано наличие повреждений и воспалительных изменений на париетальной брюшине. Одновременно с этим у 25 (18,7%) из них определялось наличие в брюшной полости серозно-геморрагического выпота, у 62 (46,3%) – крови и сгустков, у 4 – желудочного, у 12 – кишечного содержимого, у 19 больных – мочи, с развитием перитонита.

Нами разработана интегральная шкала прогноза вероятности тяжелого течения имеющихся сочетанных повреждений для различных возрастных групп больных и на основании этой шкалы созданы новый лечебно-диагностический алгоритм и компьютерная программа при САТ.

Вывод. Широкое применение интегральной шкалы и компьютерной программы для различных возрастных групп больных оптимизирует лечебно-диагностический процесс и существенно улучшает результаты лечения пациентов с со-

четанными травмами живота, что выражается в уменьшении числа послеоперационных осложнений (до 14,9%), снижении послеоперационной летальности (до 5,2%) и достоверном сокращении дней пребывания больных в стационаре (до 12,4+1,2).

ШКАЛА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОЦЕНКИ ОБЪЕМА ГЕМОПЕРИТОНЕУМА У БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ЖИВОТА

*А.М. Хаджибаев, Р.А. Рахимова, К.С. Элмуродов,
Б.И. Шукуров, Г.К. Элмуродов, М.М. Пулатов*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан**

С учетом доступности и других общеизвестных преимуществ УЗИ в диагностике травм живота нами изучена целесообразность и эффективность использования так называемого FAST-протокола (Focused Assessment with Sonography in Trauma) в определении тактики хирургического лечения больных с закрытой травмой живота (ЗТЖ). Для исследования были отобраны 67 пациентов с ЗТЖ, у которых проведена оценка соотношения объема гемоперитонеума, оцененного интраоперационно, и ширины и распространенности свободной жидкости в брюшной полости, оцененного с помощью УЗИ.

У больных с ЗТЖ чувствительность, специфичность и точность УЗИ в выявлении свободной жидкости в брюшной полости составили, соответственно, 88,3, 87,8 и 88,1%. Выявлено наличие ярко выраженной обратной корреляции ($R=-0,9934$) между возможностью полноценного использования лечебных возможностей лапароскопической техники и, соответственно, прямой корреляции ($R=0,9148$) между частотой конверсии и объемом гемоперитонеума. На основе сопоставления распространенности и толщины сонографически выявленной свободной жидкости с объемом интраоперационно удаленной из брюшной полости крови была разработана «Шкала УЗ-оценки объема гемоперитонеума у больных с травмой живота».

С учетом выявленной корреляционной связи между количеством гемоперитонеума и тяжестью травмы нами разработан алгоритм выбора тактики хирургического лечения ЗТЖ, где центральное место занимает сонографическая оценка объема свободной жидкости в брюшной полости. При этом в качестве метода оценки объема свободной жидкости использована авторская «Шкала УЗ-оценки объема гемоперитонеума у больных с травмой живота», а в качестве главного критерия выбора тактики хирургического лечения – количество жидкости менее или более 500 мл.

Наши расчеты показывают, что при выявлении на УЗИ менее 500 мл свободной жидкости показа-

тель «абсолютный риск наличия значимых повреждений органов брюшной полости» составляет 44,1% ($EER=0,441$), а величина относительного риска (RR) – 0,472 единицы (сомнительный признак). Наиболее высокий показатель относительного риска (RR) был характерен для объема свободной жидкости в брюшной полости более 500 мл, тогда как вероятность наличия серьезного внутрибрюшного повреждения (EER) составляет 93,5%, а достоверность величины относительного риска представляется абсолютной и составляет 4,862 единицы с 95% ДИ в диапазоне от 3,074 до 7,692 единицы.

Таким образом, предлагаемый подход к ультразвуковой оценке дискретных объемов свободной жидкости в брюшной полости, основанный на учете толщины слоя жидкости и ее распространенности в зонах брюшной полости, не усложняет и не удлинняет процедуру FAST-протокола, позволяет определить критические объемы гемоперитонеума, имеющие решающее значение в выборе тактики хирургического лечения ЗТЖ.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭХОКГ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Ф.А. Хаджибаев, П.К. Султанов, Р.А. Рахимова,
Д.Н. Эргашев, А.А. Исматов,
Ж.А. Джураев, Р.К. Садилов*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Введение. На сегодняшний день во всем мире программный гемодиализ является основным методом заместительной почечной терапии при терминальной стадии хронической почечной недостаточности. В зависимости от наличия или отсутствия водовыделительной функции почек длительность программного гемодиализа может повлиять на гемодинамические показатели и структурные изменения сердца в целом. Осложнения, возникающие со стороны сердечно-сосудистой системы, являются основной причиной летальности у больных, находящихся на программном гемодиализе, которая, по данным различных источников, составляет от 30 до 51%.

Материалы и методы. Нами было проведен ретроспективный анализ 150 больных, которым проведена трансплантация почки от живого родственного донора в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи с 2019 г. по 2022 г. В исследовании был проведен анализ таких показателей, как фракция выброса, конечный диастолический объем, конечный систолический объем, легочная гипертензия, наличие дилатации камер сердца и гипертрофия стенки сердца, в зави-

симости от длительности программного гемодиализа и сроков установки артериовенозной фистулы.

Результаты. Из 150 больных мужчин было 79 (52,7%), женщин – 71 (47,3%). Длительность гемодиализа составила: 1-6 месяцев – у 34 (22,7%), 7–12 месяцев – у 76 (50,7%) и более 12 месяцев – у 40 (26,6%) больных. Самостоятельный диурез наблюдался у 110 (73,34%) больных, анурия наблюдалась у 40 (26,6%). Изменения сердца на эхокардиографии в виде увеличения его камер и уменьшения фракции выброса наблюдались у 113 (75,34%) больных. В группе больных с длительностью гемодиализа до 6 месяцев изменения со стороны ЭхоКГ не наблюдались; от 6 до 12 месяцев на ЭхоКГ были выявлены изменения у 70 больных, что составило 92,1%, более 12 месяцев – у 38 больных (95%). У всех больных с анурией (100%) отмечались изменения со стороны эхокардиографии.

Вывод. В нашем исследовании выявлено, что увеличение длительности программного гемодиализа, а также отдаленные сроки наложения артериовенозной фистулы отрицательно влияют на адекватное функционирование сердечно-сосудистой системы, что приводит к осложнениям и летальному исходу.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С РАНЕНИЯМИ СЕРДЦА

*Ф.А. Хаджибаев, М.А. Мирсидиков,
А.Г. Махаматаминов, А.А. Набиев, А.С. Халилов*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, ЦРПКМР МЗ РУз**

Данная работа посвящена поиску путей улучшения послеоперационного течения раневого процесса у больных с повреждениями сердца. Общеизвестно, что продолжительность течения раневого процесса, степень альтеративных и экссудативных изменений зависят от нескольких факторов. Что касается ранений сердца, среди последних важное значение авторы придают выраженности наступающих посттравматических нарушений внутриклеточного метаболизма в кардиомиоцитах, приводящих к снижению продуктивности энергообразования и развитию метаболической ишемии. Последние удлиняют продолжительность течения раневого процесса, пагубно отражаются на процессах регенерации кардиомиоцитов, что приводит к функциональной дисфункции миокарда с развитием клиники сердечной недостаточности у больных с ранениями сердца в послеоперационном периоде.

В этой связи нами были проведены исследования по выявлению возможностей миокардиоцитопротектора «Тиворель» в стабилизации метаболических изменений поврежденного миокарда у больных с ранениями сердца.

При этом анализу были подвергнуты данные 38 больных с ранениями сердца, которые были разделены на 2 группы. Группы больных были репрезентативными по возрасту, полу, общему состоянию, основному заболеванию, сочетанной патологии. Больным обеих групп проводилась идентичная хирургическая коррекция имеющихся ранений сердца, а в послеоперационном периоде – консервативное лечение. Исследовательские группы различались только тем, что в схему консервативного лечения второй из них дополнительно был включен парентерально вводимый препарат «Тиворель» в суточной дозе 100 мл внутривенно.

В обеих группах проводилось сравнительное изучение результатов исследования функционального состояния миокарда до и после проведенного лечения, содержания в крови миокардиальных маркеров – креатинфосфокиназы (КФК), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), тропонинов (Тн) и миоглобина.

Полученные данные свидетельствовали о том, что уровень КФК ($28,6 \pm 1,6$), ЛДГ ($226,8 \pm 17,6$), Тн ($0,04 \pm 0,001$) в крови у больных второй группы больных (с «Тиворелем») после проведенного лечения оказались статистически достоверно более низкими по сравнению с таковыми у пациентов первой группы. Наряду с этим у этой группы больных отмечалось также достоверное снижение уровня АсАТ ($28,5 \pm 2,50$) и миоглобина ($56,3 \pm 4,38$). Подобные сравнительные данные со всей очевидностью свидетельствовали о более достоверной коррекции имеющихся метаболических изменений в поврежденных кардиомиоцитах у второй группы больных с ранениями сердца по сравнению с таковыми у первой группы.

На основании этого можно отметить, что включение в схему послеоперационной консервативной терапии кардиомиоцитопротекторов, в частности, препарата «Тиворель», приводило к достоверному улучшению функционального состояния миокарда. Предлагаемая оптимизированная схема послеоперационной консервативной терапии рекомендуется нами для включения в лечебно-диагностический алгоритм ранений сердца для широкого применения в районных и областных филиалах РНЦЭМП МЗ РУз.

ПРЕДИКТОРЫ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАНЕНИЙ СЕРДЦА ПРИ ОТКРЫТЫХ ТРАВМАХ ГРУДИ

*Ф.А. Хаджибаев, М.А. Мирсидиков,
А.Г. Махаматаминов, А.С. Халилов, А.А. Набиев*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, ЦРПКМР МЗ РУз**

Известно, что диагностика наличия ранений сердца у больных с открытой травмой груди на этом этапе является достаточно сложной в прак-

тическом плане задачей, так как врачи скорой помощи при этом ориентируются на произвольное сочетание нескольких клинических признаков. Это приводит к усилению субъективизма в процессе диагностики наличия ранений сердца при открытых травмах груди, снижению его объективности в распознавании природы имеющихся повреждений.

С целью решения данной проблемы нами были разработаны предикторы догоспитальной диагностики вероятности наличия ранений сердца путем проведения ретроспективных исследований по определению статистической достоверности эмпирически выбранных анатомических, клинических и функциональных показателей.

Статистический анализ проводился отдельно в группах пациентов с открытыми травмами груди, у которых не наблюдалось наличия ранений сердца (38 больных) и в группе пациентов, у которых отмечалось наличие ранений сердца (43 больных). Нами рассчитывались значения χ^2 для каждого из выбранных предикторов. Критическое значение последнего составляло 3,84. Превышение рассчитанных показателей χ^2 данного критического значения оценивалось нами как свидетельство статистической достоверности данного предиктора ($P < 0,01$).

В итоге всех проведенных нами соответствующих расчетов статистически достоверными оказались такие предикторы, как локализация ран в сердечной зоне, множественность ран (более одной), колото-резаный характер ран, кровотечение из ран, глухость сердечных тонов, гипотония, тахикардия, перкуторное увеличение границ сердца, набухание шейных вен, возбужденное состояние пациента (страх), одышка, отсутствие сознания.

После установления статистической достоверности всех представленных предикторов в исследовательских группах нам предстояло определение их прогностической значимости («веса»). С этой целью нами произведены соответствующие расчеты по формуле расчета прогностических коэффициентов (ПК). ПК принято считать логарифм отношения вероятностей симптомов при болезнях B_1 и B_2 , взятый с двумя знаками после запятой и умноженный на 100. В тех случаях, когда точность определения отношения вероятностей мала, удобнее использовать логарифм с одним знаком после запятой и умножать его на 10.

После выделения вышеуказанных показателей нами на основании данных χ^2 и ПК установлена степень достоверности каждого конкретного предиктора в определении наличия ранений сердца у обследованных больных. При этом предикторы с χ^2 до 9,91 и ПК от 0,1 до 0,4 нами были соотношены в категорию сомнительных, предикторы с χ^2 до 42,83 и ПК от 0,41 до 0,8 – в категорию вероятных и предикторы с χ^2 свыше 42,83 и ПК от 0,81 до 1,1 – в категорию абсолютных.

Такие предикторы, как локализация ран в сердечной зоне, глухость сердечных тонов, гипотония, перкуторное расширение границ сердца и состояние «страха смерти», относятся к абсолютным, и установление их наличия практически равняется установлению диагноза ранений сердца. Кроме того, установление диагноза ранений сердца равняется сочетанию некоторых вероятных и сомнительных предикторов.

Таким образом, на основании вышеприведенных данных можно заключить, что практическое применение разработанных нами абсолютных, вероятных и сомнительных предикторов позволяет значительно улучшить догоспитальную диагностику ранений сердца у больных с открытыми травмами груди.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**Ф.А. Хаджибаев^{1,2}, Ф.Б. Алиджанов²,
А.Б. Курбонов¹, Д.Т. Пулатов¹**

**¹Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан,**

**²Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан**

Введение. Неуклонный рост частоты желчнокаменной болезни в мире приводит к увеличению таких осложнений, как холедохолитиаз, билиодигестивные свищи и острая обтурационная кишечная непроходимость, вызванная желчными камнями. Желчнокаменная кишечная непроходимость (ЖККН) является одной из самых редких и наиболее сложных причин острой обтурационной кишечной непроходимости.

Цель исследования: изучение результатов диагностики и лечения больных с желчнокаменной кишечной непроходимостью (ЖККН).

Материал и методы. В хирургических отделениях РНЦЭМП за последние 20 лет наблюдались 58 больных с ЖККН. Мужчин было 16 (27,6%), женщин – 42 (72,4%). Средний возраст больных – $70,4 \pm 6,8$ года. Преобладание пациентов пожилого и старческого возраста также обуславливало преобладание среди них сопутствующих патологий, повышающих риск анестезии и операции. Так, среди пациентов сопутствующие патологии отсутствовали всего лишь у 4 (6,9%). Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) выявлены у 48 (82,8%) больных. Диагностический процесс у больных с желчнокаменной кишечной непроходимостью (ЖККН) включал в себя традиционные методы исследования, а также современные способы лучевой и эндовизуальной диагностики.

Результаты. Диагноз «билиарный илеус» до операции установлен у 26 (44,8%) больных. Объем оперативного вмешательства в большинстве наблюдений был минимальным, направленным на ликвидацию ОКН и спасение жизни больного. В двух случаях, при расположении конкремента у баугиниевой заслонки, нам удалось сместить конкремент в слепую кишку без вскрытия просвета. У 32 пациентов операция ограничивалась энтеролитотомией с ушиванием энтеротомной раны двухрядным швом и дренированием брюшной полости. У 5 пациентов, поступивших в последние годы исследования, энтеролитотомия выполнена под видеолaparоскопическим ассистированием через минилапаротомию в правой подвздошной области с хорошим результатом. У 12 пациентов, как правило, в связи с поздним поступлением, а также запоздалой диагностикой, во время операции выявлены некроз и перфорация стенки кишки вследствие пролежня конкрементом. Перфорация кишки в 9 случаях осложнялась перитонитом (местным – в 3, диффузным – в 6). Объем операции у данных пациентов состоял в резекции пораженной петли с наложением энтеро-энтероанастомоза по типу «бок в бок» (11 больных) или (при диффузном гнойном перитоните) илеостомии (1). У 31 (53,4%) пациента послеоперационный период протекал без осложнений. У остальных 27 (46,6%) больных отмечены различные осложнения, которые в 6 случаях привели к летальному исходу. Послеоперационный койко-день составил $12,4 \pm 1,2$ дня. Всего в послеоперационном периоде умерли 6 (10,3%) больных.

Заключение. Таким образом, наши исследования показали, что операции по поводу ЖККН сопровождаются большим числом осложнений и летальности. Причиной этого являются пожилой и старческий возраст пациентов с большим числом сопутствующих патологий, поздняя обращаемость, трудность диагностики и травматичность самого вмешательства. Основным путем улучшения результатов лечения данной категории являются совершенствование диагностики и минимизация операционной травмы.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ В ОТДЕЛЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

*Д.М. Хакимов, Г.М. Ходжиматов, Х.Х. Хамдамов,
Б.Б. Карабоев, Н.А. Касимов, Г.З. Бакиров,
А.А. Абдужаббаров, С.М. Яхёев*

**Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский
государственный медицинский институт**

Диагностика механической желтухи (МЖ) остается до сих пор трудной задачей. В различных медицинских учреждениях применяется различная лечебно-диагностическая тактика при МЖ различной этиологии.

Изучены результаты лечения 101 больного с механической желтухой различной этиологии, находившихся на лечении в отделении хирургии РНЦЭМП Андижанского филиала.

Все больные поступили в экстренном порядке. Женщин было 78, мужчин – 23. Возраст больных – от 16 до 91 года (67 ± 15). У 1 больного была болезнь Кароли, у 23 – рак различной локализации, у 76 – осложненная желчнокаменная болезнь, у 1 – хронический индуративный панкреатит, осложненный стенозом общего желчного протока.

Оперативное лечение в экстренном или срочном порядке потребовалось 53 больным. Показаниями к оперативному лечению были: местный перитонит – у 5, гнойный холангит – у 6, деструктивный холецистит – у 18, нарастание желтухи, или отсутствие явной положительной динамики в течении желтухи в период 2–3 суток – у 24 больных. Холецистэктомия выполнена у 7, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха – у 27, билиодигестивный анастомоз – у 8, холецистэктомия с билиодигестивным соустьем – у 5, холецистэктомия, резекция печени, дренирование печеночных протоков – у 1, холецистэктомия и ЭПСТ – у 1, реканализация опухоли гепатикохоледоха и дренирование печеночного протока – у 1, устранение ущемленной грыжи – у 1 (основной диагноз – рак печени 4 ст.), дренирование брюшной полости – у 1, диагностическая лапароскопия – у 1 пациента. Релапаротомия выполнена у 4 пациентов в связи с истечением желчи у места стояния дренажа холедоха и развитием желчного перитонита.

Умерли в этой группе 8 (15%) больных. У 4 был рак различной локализации, у 4 – осложненная ЖКБ (умерли 2).

48 пациентам проведена консервативная терапия, включающая антибиотики, инфузионную терапию, гепатопротекторы.

В этой группе умерли 2 (4%) больных с метастатическим поражением печени, у которых смерть наступила от прогрессирования основного заболевания.

Различия в летальности статистически достоверны.

Средний койко-день в группе оперированных составил 22 ± 11 дней, в группе леченных консервативно – 8 ± 3 дня ($p < 0,0001$). Других существенных различий между группами оперированных и леченных консервативно не выявлено.

Всем больным ЖКБ, получавшим консервативную терапию, при выписке рекомендована плановая операция в сроки от 2 до 6 месяцев.

Диагноз ставился на основании изучения клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований. В качестве основного метода использовано ультразвуковое исследование (УЗИ) – выполнено у 93 пациентов. У 43 исследования не выявило явных и косвенных при-

знаков билиарной гипертензии, что потребовало повторного исследования через 1–2 дня, дополнительных методов исследования. Информативность УЗИ, выполненного в срочном и экстренном порядке, составила 46%. Ретроградная холангиография выполнялась у 16, у 2 не удалась. У 13 выявлен холедохолитиаз, у 1 – опухоль печеночного протока.

Таким образом, диагностика МЖ остается трудной, до конца не решенной задачей, даже при использовании инструментальных методов исследования. Экстренные и срочные оперативные вмешательства должны выполняться по показаниям, в остальных случаях достаточно эффективна консервативная терапия. Оперативное лечение значительной части пациентов с ЖКБ можно выполнять в плановом порядке, с использованием малоинвазивных методов.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРОКОВ И ВЫБОРА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

*Д.М. Хакимов, Г.М. Ходжиматов, Х.Х. Хамдамов,
Б.Б. Карабоев, Н.А. Касимов, Г.З. Бакиров,
А.А. Абдулжабборов, С.М. Яхёев*

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский
государственный медицинский институт

Актуальность. Развитие эндоскопической техники позволяет в 93,4–99% случаев правильно определить источник кровотечения и у 90–95% пациентов обеспечивает временный гемостаз в язве, однако при этом рецидив геморрагии достигает 14–55%. С развитием эндоскопической техники неизмеримо возросли диагностические возможности в распознавании, локализации источника кровотечения и определении темпа кровопотери.

В настоящее время существенно расширились и возможности современной желудочной хирургии, что также связано с развитием анестезиологии, трансфузиологии, реаниматологии и интенсивной терапии.

Материал и методы исследования. В Андижанском филиале РНЦЭМП лечились 483 больных с гастродуоденальными кровоточащими язвами. При определении сроков и выбора метода операции мы придерживались тактики, основанной на прогнозе рецидива кровотечения.

Так, все больные, поступившие в хирургическое отделение, подлежали осмотру, лабораторным исследованиям, промыванию желудка до «чистых вод», определению величины объема и степени тяжести кровотечения.

Следующим этапом проводится эндоскопия. Она позволяет определить локализацию, размеры, морфологические особенности кровоточащей язвы и сам характер кровотечения. При необходимости

она носит динамический характер. Определение места локализации язвы имеет прогностическое значение в отношении риска рецидива кровотечения. Последнее чаще бывает из язв, расположенных в бассейне вхождения крупных сосудов в стенку двенадцатиперстной кишки и желудка. Если эндоскопически устанавливается факт продолжающегося кровотечения, по показаниям производится эндоскопическая остановка. Если кровотечение не останавливается, то необходимо произвести экстренную операцию.

При эндоскопической остановке кровотечения или его остановки при эндоскопическом осмотре необходимо провести прогноз на предмет его рецидива. При угрозе рецидива кровотечения рекомендуется срочная операция. После восстановления исходного состояния больного рекомендуется плановое оперативное лечение в специализированных клиниках гастроэнтерологического профиля.

Необходимо отметить, что комплекс гемостатических мероприятий и противоязвенной терапии должен начинаться с момента поступления больного и продолжаться независимо от прогноза рецидива кровотечения, т.е. при оперативном лечении, а также отказе от него.

Заключение. Таким образом, хирургическая тактика, основанная на прогнозе рецидива кровотечения, на наш взгляд, позволит значительно улучшить исходы лечения.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ОЦЕНКУ ТЯЖЕСТИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

*М.Ш. Хакимов, У.И. Маткулиев,
Ш.Э. Ашуров, Г.Р. Кодирова*

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: разработать классификацию оценки интенсивности пищеводных кровотечений и предложить оптимальную лечебную тактику.

Результаты исследований. Нами предложена классификация степени интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода и желудка. Тактика лечения зависела от локализации ВРВ.

1 степень. Характеристика. Активное венозное кровотечение. Из-за высокого портального давления струя бьется на противоположную стенку пищевода или кровь быстро закрывает камеру эндоскопа, или вообще невозможно определить источник из-за интенсивности кровотечения.

Тактика лечения. При GOV1 показана установка Блэкмора с последующим лигированием ВРВ пищевода при стабилизации состояния пациента через 24–48 часов; при GOV2 также необходимо установка Блэкмора с последующим лигированием ВРВ пищевода при стабилизации состояния паци-

ента через 24–48 часов, при распространении BPB в область дна желудка – клеевая облитерация цианоакрилатом или ретроградное лигирование; при IGV1 целесообразно проведение клеевой облитерации или ретроградное лигирование; при IGV2 рационально проведение клеевой облитерации. Неэффективность эндоскопических методов гемостаза является показанием к открытой операции разобщения гастроэзофагеального коллектора.

2 степень. Характеристика. Просачивание крови или каплевидное кровотечение.

Тактика лечения. При GOV1 необходимо выполнение склеротерапии и лигирования BPB пищевода; при GOV2 – склеротерапия и лигирование BPB пищевода, при распространении BPB в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при IGV2 – проведение клеевой облитерации или лигирование нейлоновыми лигатурами. При выполнении манипуляции нередко сгустки крови мешают выполнению манипуляции. В этих случаях нами предложена методика выполнения эндоскопического исследования, которая заключается в том, что ножной конец стола опускается, а головной конец приводится в полувертикальное положение, что способствует низведению сгустков в просвет желудка, позволяя завершить манипуляцию.

3 степень. Характеристика. BPB покрыта свежими тромбами, кровотечения нет (это наблюдается у пациентов в течение суток после кровотечения).

Тактика лечения. При выполнении эндоскопической манипуляции наличие тромба не позволяет адекватно оценить границы кровоточащего участка BPB. Для этого необходимо выполнить промывание через эндоскоп данного участка и после промывания тромбов осуществлять манипуляцию. При GOV1 необходимо выполнение лигирования BPB пищевода; при GOV2 – лигирования BPB пищевода, при распространении BPB в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при IGV2 – проведение лигирования нейлоновыми лигатурами.

4 степень. Характеристика. Симптом белого сооса (появляется в течение 2–7 суток после кровотечения, после выпадения тромба из источника кровотечения BPB).

Тактика лечения. Выполнение мероприятий, направленных на профилактику рецидива кровотечений, не требующую специальной подготовки (типа установка зонда Блэкмора, промывания зоны источника кровотечения). Объем вмешательства аналогичен предыдущей степени кровотечения: при GOV1 необходимо выполнение лигирования BPB пищевода; при GOV2 – лигирования BPB пищевода, при распространении BPB в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при

IGV2 – проведение лигирования нейлоновыми лигатурами.

Заключение. Предложенная нами классификация позволяет объективно оценить интенсивность пищеводных кровотечений, а предложенная лечебная тактика способствует выбору надежного способа гемостаза.

МЕХАНИК САРИҚЛИКНИ ДАВОЛАШДА КАМ ИНВАЗИВ УСУЛЛАРНИНГ АСОРАТЛАРИНИ КАМАЙТИРИШ ЙЎЛЛАРИ

*Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Ашуров Ш.Э.,
Асанов Б.П., Шоназаров Ж.*

Тошкент тиббиёт академияси

Долзарблиги. Бугунги кунда панкреатобилиар соҳасини ташхислаш ва даволашда кам инвазив эндоскопик амалиётлар (ЭА) кенг қўлланилмоқда, баъзи ҳолларда унинг ретроград усули ўзига хос «олтин стандарт» ҳисобланади. Муқаррар равишда бундай ҳолда ЭА ўзига хос асоратлар билан бирга келиши мумкин, уларнинг айримларида ҳатто ўлим ҳолати юзага келади.

Мақсад. ЭАдан кейинги асоратларни, профилактика ва даволаш чораларининг жорий этилганлигини ҳисобга олган ҳолда таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. 778 та РЭА бажарилган 530 ўт тош касаллиги билан беморни даволаш натижалари таҳлил қилинган. Ушбу амалиётлардан кейин 40 (5,1%) ҳолатда турли хил асоратлар ривожланиб, улар 3 (0,4%) ҳолатда ўлимга олиб келган. РЭА бажаришда киритилган даволаш ва профилактик тадбирларнинг самарадорлигини баҳолаш учун фаолият давримизни 2 босқичга бўлдиқ: 1-босқич – 2010–2015 йиллар; 2-босқич – 2016–2021 йиллар.

Натижалар. Фаолиятнинг биринчи даврида юзага келган асоратларни таҳлил қилганда уларга бир неча диагностик, техник ва тактик хатолар сабабчи бўлганлиги аниқланди. Жумладан, меъда ости безининг энзиматик фаоллигини камайтириш ва ичакни етарли даражада бўшаштириш учун операциядан олдинги тайёргарлик тўлиқ қўрилмаган. ЭРПХГни албатта бажариш мақсади қўйилгани ҳисобидан, амалиёт давомийлиги ўртача $56 \pm 8,5$ дақиқани ташкил этган. Ундан ташқари, папиллотомия кесмаси узунлигининг ошиши билан обструктив сариқликнинг клиник қўринишини бир босқичли ҳал этиш истаги қайд этилган, бу эса, ўз навбатида, қон кетиш ва холангит каби асоратлар сонини янада ошириб юборган. Ушбу даврда қайд этилган ўлимларнинг сабабидан бири қон кетиш бўлган бўлса, иккинчисиники панкреонекроздир.

Иккинчи даврда постманипуляцион асоратлар сонининг камайишига МРТ-холангиографиянинг клиник амалиётга киритилиши катта ҳисса қўшди, у дуоденоскопия билан биргаликда панкреатобилиар патологияси бўлган беморларни операциядан олдинги ташхислаш учун стандарт алгоритмга айлан-

ди. Кейингиси – ўт йўллари стентлаш амалиётига, айниқса, уларни канюляция қилишда қийналишлар бўлган ҳолатларда кўрсатмаларни кенгайтирдик. Худди шу даврда 3-даражали папиллостенози бор беморда «рандеву» усули ишлатилди. Биринчи ва иккинчи даражали папиллотом кесмаларидан қон кетиш бўлганида муносабат ҳам ўзгарган: уларга аксарият ҳолларда актив тактика ишлатилмади. Йирингли холангитда эса ўт йўллари антиград усули орқали дренажлаб узоқ муддатли санация бажарганмиз. Ўткир постманипуляцион панкреатит клиникасида амалиётнинг 2-кунидан асосий панкреатик йўлини шошилиш стентлаш амалга ошириш йўлга қўйилди. Фаолиятнинг 2-босқичида ишлаб чиқилган чора-тадбирлар асоратларни 6,9% дан 3,6% гача камайтиришга имкон берди.

Хулоса. Фаолият даврларига хос бўлган постманипуляцион асоратларнинг таҳлили уларнинг пасайиш динамикасини кўрсатади. Таҳлилимиз РЭАнинг хавфсизлигини таъминлаш учун профилактика ва даволаш чораларини албатта бажариш лозимлигини кўрсатиб берди.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

М.Ш. Хакимов, М.Р. Каримов, И.У. Элмуротов

Ташкентская медицинская академия,
Узбекистан

Актуальность. Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) является одной из основных причин хирургических неотложных состояний, требующих экстренных оперативных вмешательств. Несмотря на современные достижения абдоминальной хирургии, результаты лечения больных с ОСКН нельзя признать удовлетворительными, так как рецидивы ОСКН составляют от 12,6 до 45%, а связанная с этим летальность – 7–19%.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с ОСКН путем дифференцированного подхода к выбору метода оперативного лечения в зависимости от интраоперационной оценки тяжести клинической ситуации.

Материал и методы. Анализу подвергнуты результаты лечения 124 пациентов с ОСКН, которые находились на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Возраст пациентов колебался от 18 до 76, составляя в среднем $37,6 \pm 10,3$ года. Преобладали лица мужского пола – 69 пациентов (55,6%). Большинство больных – 117 (94,4%) в анамнезе перенесли одну операцию на органах брюшной полости или малого таза. Интраоперационная профилактика спайкообразования у данных пациентов осуществ-

лялась согласно предложенной нами системе оценки тяжести спаечного процесса, которая была верифицирована морфологически. В зависимости от тяжести спаечного процесса у 6 (4,8%) пациентов была выявлена I степень, у 69 (55,6%) – II, у 41 (33,1%) – III, у 7 (5,6%) – IV и у 1 (0,8%) – V степень тяжести спаечного процесса. Согласно разработанному нами алгоритму, все больные были подвергнуты оперативному лечению. 105 (84,7%) пациентам выполнено рассечение спаек, 3 (2,4%) – лапароскопический адгезиолизис, 12 (9,7%) – рассечение спаек, резекция тонкого кишечника с анастомозом «бок в бок», 3 (2,4%) – рассечение спаек, резекция тонкого кишечника с наложением энтеростомы и в 1 (0,8%) случае наложен еюнотранsverзоанастомоз.

При I степени тяжести спаечного процесса интраоперационная профилактика спайкообразования не проводилась. При II степени из 69 больных в 17 наблюдениях из-за отсутствия лекарственных средств профилактика не проводилась, в 51 (41,1%) случае использован гидрокортизон, в 1 (0,8%) – мезогель. При III степени из 41 пациента у 2 интраоперационная профилактика не проведена, в 11 (8,9%) случаях использован гидрокортизон и в 28 (22,6%) наблюдениях – мезогель. При IV и V степенях во всех случаях (6,4%) использован мезогель.

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде мы наблюдали следующие осложнения: серома раны – 2 (1,6%) случая; нагноение послеоперационной раны – 1 (0,8%); кровотечения в брюшную полость – 1 (0,8%); бронхолегочные осложнения – 1 (0,8%); острый инфаркт миокарда – 1 (0,8%); ранняя ОСКН, разрешенная консервативно, – 1 (0,8%) случай. Эпизодов ранней ОСКН, требующей повторного оперативного вмешательства, не наблюдалось. В отдаленном послеоперационном периоде случаев поздней спаечной кишечной непроходимости также не отмечалось. Послеоперационная летальность составила 4 (3,2%) случая.

Вывод. Предложенная нами система оценки тяжести спаечного процесса в брюшной полости, согласно которой выделяют пять степеней тяжести патологического процесса в зависимости от распространенности и морфологической структуры спаек, является удобной в использовании и практичной в применении.

Разработанная система позволяет дифференцированно подходить к выбору объема хирургического вмешательства и способа интраоперационной профилактики спайкообразования и способствует уменьшению частоты послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННЫХ ТРАВМАХ СЕЛЕЗЕНКИ

*М.Ш. Хакимов, А.У. Жуманазаров,
Т.Ж. Матризаев*

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с посттравматическими повреждениями селезенки путем совершенствования тактических и технических подходов при абдоминальных травмах.

Материал исследования. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 119 пациентов с травмами селезенки. Все больные были распределены на две группы: контрольная группа – 64 пациента, поступившие за период 2011–2015 годов, и основная – 55 больных, находившихся на стационарном лечении в 2016–2021 годах. Подобное деление было связано с различными подходами к лечебной тактике. Тяжесть травм селезенки оценивалась по классификации Американской ассоциации хирургов-травматологов (AAST). В анализируемую группу включены пациенты только с изолированными повреждениями селезенки и с повреждениями внутренних органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Больные с политравмами (грудная клетка, конечности, черепно-мозговая травма) не включены.

Результаты исследования. Нами усовершенствованы подходы в хирургическом лечении травматических повреждений селезенки.

1. Впервые при травмах селезенки была использована клеевая аппликация цианоакрилатным клеем как при открытых операциях, так и при выполнении лапароскопических вмешательств. Методика осуществлялась следующим образом: в шприц набираем 2 мл физиологического раствора, смешиваем с цианоакрилатным клеем в соотношении 1:2 и проводим аппликацию зоны травмы селезенки путем орошения данного участка. Благодаря тому, что цианоакрилатный клей отличается высоким уровнем сцепления с самыми разнообразными поверхностями, в течение 10–15 секунд на раневой поверхности селезенки образуется плотная пленка из клея, которая позволяет достичь надежного гемостаза. При выполнении лапароскопической операции через 5 мм троакар вводится 5 мм силиконовый дренаж, который подводится к зоне травмы селезенки и через просвет специального силиконового дренажа диаметром 2 мм вводится цианоакрилатный клей. При этом герметичность 5 мм дренажа обеспечивается путем его obturации специально расширенным участком на конце 2 мм дренажа.

2. Нами предложена система прогнозирования возможности двухмоментного разрыва селезенки.

Критериями риска были: градиент артериального давления при поступлении и на фоне лечения более 30 мм рт. ст.; внутрибрюшное давление более 20 мм рт. ст. (3 степень абдоминальной гипертензии, по данным Всемирного сообщества по изучению синдрома интраабдоминальной гипертензии – World Society of the Abdominal Compartment Syndrome); коэффициент отношения пиковой систолической скорости кровотока (см/с) к индексу периферического сопротивления более 200. При прогнозировании двухмоментного разрыва селезенки предлагалась активная хирургическая тактика.

3. При стабильном состоянии пациентов при 2 и 3 степенях повреждения селезенки с лечебной целью производилась хроническая эмболизация селезеночной артерии; при 4 и 5 степенях в предоперационном периоде с целью предупреждения массивной интраоперационной кровопотери выполнялась острая эмболизация селезеночной артерии.

4. Предложен оптимальный лечебный алгоритм при травмах селезенки с учетом общего состояния больного, изолированности поражения, степени травмы, где наряду с указанными выше разработками нашли широкое применение диагностическая лапароскопия и лапароскопические методы гемостаза, использована по показаниям тактика damage control surgery.

Проведенные исследования позволили снизить частоту хирургических осложнений с 20,3 до 12,7%, общих осложнений – с 12,5 до 10,9%, летальности – с 9,4 до 5,5%.

Заключение. Усовершенствованный подход к выбору метода лечения травм селезенки в зависимости от общего состояния больного, изолированности поражения, степени травмы позволяет дифференцированно подходить к выбору метода лечения и улучшить его результаты.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННОЙ УЗД И УЗД В 3D-РЕЖИМЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

М.А. Хамидова

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. ГПОД – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – является одним из наиболее распространенных заболеваний ЖКТ и по частоте среди прочей гастроэнтерологической патологии занимает 2–3 место, конкурируя с такими патологиями, как язвенная болезнь и холецистит.

При проведении рентгенологического обследования по поводу различных заболеваний желудочно-кишечного тракта у 5–15% больных диагностируют ГПОД. Типичными осложнениями патологии

являются эзофагит различной степени выраженности, кровотечение из пищевода, пептическая стриктура и укорочение пищевода, пищевод Барретта, язва и рак пищевода.

По данным Европейской и Американской гастроэнтерологических ассоциаций, если ГПОД существует в течение 5–12 лет без лечения, то риск развития рака пищевода возрастает на 27%, через 5 лет – на 35–49%, в зависимости от возраста – через 12 лет.

Цель: оценить возможность обычной трансабдоминальной УЗД и УЗД с 3D-реконструкцией для выявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы как безлучевого метода диагностики.

Материалы и методы. Были обследованы 23 больных с применением УЗД в обычном режиме и режиме 3D.

Исследование проводилось с использованием обычного конвексного датчика и трансдюсера 4–8 МГц со специальными мультимодальными параметрами.

Скользкая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы по сравнению с параэзофагеальной грыжей не представляла трудности в выявлении при традиционном трансабдоминальном УЗД. В связи с этим параэзофагеальная грыжа выявлялась при помощи УЗД с 3D-реконструкцией. При параэзофагеальной диафрагмальной грыже со стороны средостения определяются горизонтальные сечения пищевода и фрагмент желудка, выступающий в грудную полость в виде «очков». В продольном сечении рядом с пищеводом в грудной полости дифференцируется фрагмент желудка, имеющий стенку с типичным послойным строением.

Результаты. По результатам отмеченных пациентов получено, что скользящие грыжи были выявлены у 9 (39%) при использовании обычной трансабдоминальной УЗД. У 6 (26%) пациентов были выявлены параэзофагеальные грыжи диафрагмы только при использовании УЗД с 3D-реконструкцией. У остальных 8 (35%) больных признаков грыжи пищеводного отверстия диафрагмы не было выявлено (при этом у данных больных были рентгенологические и МСКТ-данные за ГПОД).

Вывод. В диагностике грыж пищеводного отверстия диафрагмы УЗД занимает промежуточное положение среди диагностических методов как рентгеноконтрастное исследование ЖКТ и значительно уступает МСКТ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ НИЖНЕГО ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В УСЛОВИЯХ ЭМП

Р.Э. Холбаев, О.В. Карабаев

ТОФ РНЦЭМП

Актуальность. Проблема выбора оптимальных методов оперативных вмешательств на шейном отделе позвоночника при травмах является до

конца не решенной. Повреждения шейного отдела составляют 60–80% от всех травм позвоночника. Доля повреждений верхнего шейного отдела достигает 25%, на долю VC3-7 приходится до 75%. Основными причинами являются ДТП, ныряние и кататравмы. Травмы спинного мозга с нарушением функции встречаются в 45–60% случаев. Инвалидизация после травм достигает 80%. С учетом вышеуказанного, проблема оперативного лечения этих повреждений является актуальной в современной нейрохирургии.

Материалы и методы. С момента организации ТОФ РНЦЭМП оперировано 15 (100%) больных с переломами нижнего шейного отдела позвоночника. Из них 6 (40%) – с флексионно-компрессионными переломами, 6 (40%) – с компрессионными переломами, 2 (14%) – с флексионно-дистракционными переломами-вывихами, 1 (6%) – с экстензионным переломом. Возраст больных – от 15 до 55 лет. Из них мужчин – 9 (60%), женщин – 6 (40%). Выбор метода лечения зависел от вида перелома, степени нарушения функции спинного мозга и стабильности в зоне перелома.

1. Компрессионный перелом со снижением высоты тела позвонка на 1/3 без неврологических нарушений был диагностирован у 1 (6,6%) больного, которому проводилось консервативное лечение.

2. Компрессионные переломы со снижением высоты тела позвонка более чем на 1/3 и без костных фрагментов и фрагментов диска в позвоночном канале лечились с применением HALO-системы – 9 (60%) больных.

3. Больным с компрессионно-оскольчатыми переломами, вызывающими компрессию спинного мозга костными фрагментами и мигрировавшим межпозвонковым диском, проводили переднюю декомпрессию, спондилодез аутоаутогенным трансплантатом с дополнительной фиксацией металлической конструкцией – 5 (33,4%) больных.

Результаты и обсуждение. При компрессионных переломах, не сопровождавшихся выраженным неврологическим дефицитом, проведена симптоматическая терапия (гормональная, противоотечная, противовоспалительная, сосудистая). Произведена жесткая фиксация шейного отдела позвоночника. Производились санационные люмбальные пункции с ликвородинамическими пробами. Больные выписывались в удовлетворительном состоянии. В катамнезе, через 1 год, неврологического дефицита не наблюдалось.

После установки HALO-системы производились обязательные контрольные рентгенологические и МСКТ-исследования на предмет необходимости дополнительной подтяжки аппарата, для создания оптимальной компрессии в зоне перелома. У 8 (53%) больных этой группы аппарат демонтирован в сроки 1–1,5 месяца. Неврологических нарушений не наблюдалось. У 1 (6,6%) после дополнительных

перекомпоновки аппарат демонтирован через 2 месяца. В катамнезе сохранялся неврологический дефицит в виде умеренной гипестезии в пальцах рук при сохранности двигательной сферы.

В группе больных, которым произведена декомпрессия спинного мозга и корпородез с удалением компримирующих агентов, при поступлении имелся выраженный неврологический дефицит с нарушением двигательной и чувствительной сферы. Полного выздоровления у больных этой группы в катамнезе не наблюдалось. Однако удалось переопределить неврологический статус из состояния тетраплегии в состояние нижнего гемипареза в 3 (20%) случаях. Грубые неврологические выпадения сохранялись у 2 (13,3%) больных.

Выводы. Таким образом, при определении тактики лечения больных с переломами нижнего шейного отдела позвоночника необходимо принимать во внимание степень, характер, тип повреждения и выраженность травмы спинного мозга. При стабильных переломах рекомендуется консервативное лечение или применение HALO-системы. В зависимости от степени повреждения спинного мозга костными фрагментами или/и фрагментами диска оптимальной является декомпрессия с корпородезом. Хотя процент умеренной и грубой инвалидизации остается высоким, в наших наблюдениях удалось снизить его до 33,3%.

МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ РЕБЕР

В.Х. Шарипова, И.В. Фокин

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Множественные переломы ребер достаточно сложно иммобилизовать, и все виды физиологических действий, такие как глубокий вдох, кашель, изменение положение тела, приносят боль высокой интенсивности, которая, в свою очередь, влияет на увеличение заболеваемости данной категории больных. На сегодняшний день имеются два основных широко известных метода регионарной анальгезии грудной клетки, а именно – эпидуральная анальгезия и паравертебральная блокада, но, несмотря на свою доказанную эффективность, эти методы также имеют свои минусы, которые ограничивают использование этих методов рутинно у больных с множественными переломами ребер. После внедрения ультразвуковой визуализации в анестезиологическую практику стало возможным выполнение альтернативных блокад нервов грудной клетки, которые имеют больше плюсов, чем минусов. Одним из таких методов является блокада фасциальной плоскости мышцы, выпрямляющей спину.

Цель исследования: улучшение обезболивания больных с множественными переломами ребер с применением фасциальной блокады мышцы, выпрямляющей спину.

Материал и методы. На базе Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи проведено исследование 41 пациента с множественными переломами. В зависимости от вида обезболивания больные были разделены на две группы, в основной группе ($n=21$) выполнялась фасциальная блокада мышцы, выпрямляющей спину, совместно с назначением диклофенака 75 мг 2 раза в сутки, анальгина – по 2000 мг 4 раза в сутки и при болях сильной интенсивности, что соответствует цифровой рейтинговой шкале более 6 баллов, назначался наркотический анальгетик. В контрольной группе ($n=21$) обезболивание проводилось только системными анальгетиками, без выполнения блокады. Фасциальная блокада выполнялась в положении лежа больного на здоровом боку. На уровне грудного позвонка, соответствующего нижележащему поврежденному ребру, под УЗИ-контролем линейным датчиком устанавливался эпидуральный катетер 20 G на 5 см в краниальном направлении. Далее через катетер вводился раствор местного анестетика – лидокаин 1% – 20 мл и дексаметазон – 4 мг. Продленная блокада выполнялась через эластомерную помпу с введением лидокаина 1% со скоростью 5 мл/ч. Основные точки исследования – сравнение в двух группах показателей интенсивности боли по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ) боли в покое, при кашле, форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) – от начала исследования, после исследования – через час, 6 и 24 часа. Потребление наркотических анальгетиков в в/в морфиновом эквиваленте после начала исследования за период 0–24 и 24–48 ч. Анализ данных проводился в программе Stat-tech.

Результаты. Количественное распределение больных по антропометрическим, гендерным признакам в обеих группах было без выраженных различий. Тяжесть травмы по Injury Severity Score – $14,6 \pm 3,8$ и $15,2 \pm 4,3$ в контрольной группе и основной группе соответственно. Показатели ЦРШ боли в покое и при кашле, ФЖЕЛ на этапе до начала исследования статистически не отличались в обеих группах. Средний показатель ЦРШ боли в покое основной группы был статистически ниже по сравнению с контрольной группой и не превышал 2 баллов на всех этапах после начала исследования, тогда как в контрольной группе данный показатель достигал максимума через 24 часа и составлял $5,8 \pm 1,1$ ($p < 0,05$). При кашле после начала исследования в основной группе максимальный уровень ЦРШ боли достигал $5,8 \pm 1,6$, тогда как в контрольной группе этот показатель составил

8,8±1,36 ($p<0,05$). На этапах после начала исследования через 1, 6 и 24 часа показатель ФЖЕЛ в основной группе составил 48,52±14,1%, 50,52±12,4%, 52,09±12,9% и был статистически выше, чем в контрольной группе, где на тех же этапах показатель ФЖЕЛ составил 37,65±8,1%, 43,55±7,7%, 40,6±9,8% соответственно ($p<0,05$). Потребление наркотических анальгетиков в контрольной группе было статистически выше по сравнению с основной группой на всех этапах исследования и составило в первые 24 часа 15 и 5 мг и на этапе 24–48 часов составило 10 и 5 мг ($p<0,05$). Во время выполнения блокады и после осложнений от данного метода не наблюдалось.

Заключение. Выполненное исследование показывает, что фасциальная блокада мышц, выпрямляющей спину, уменьшает болевой синдром у больных с множественными переломами ребер, в связи с чем фасциальная блокада мышц, выпрямляющей спину, может стать методом выбора при обезболивании больных с множественными переломами ребер, с наименьшим количеством побочных действий и осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ ОДНОМОМЕНТНОЙ БЛОКАДЫ ПРОСТРАНСТВА МЫШЦЫ, ВЫПРЯМЛЯЮЩЕЙ СПИНУ, ПРИ ДОНОРСКОЙ НЕФРЭКТОМИИ

В.Х. Шарипова, Ф.Х. Сиябаев, А.Х. Алимов

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Введение. В последние годы методы фасциальных регионарных блокад, такие как блокада пространства поперечной мышцы живота (Transversus abdominis plane block), блокада влагалища прямой мышцы живота (Rectus sheath block), блокада пространства мышцы, выпрямляющей спину (Erector spinae plane block), выполняемые под ультразвуковой навигацией, продемонстрировали себя как эффективный компонент мультимодального обезбоживания в разных областях хирургии.

Целью этого исследования явилось изучение адекватности и эффективности блокады пространства мышцы, выпрямляющей спину (Erector spinae plane block – ESPb), для периоперационного обезбоживания при донорской нефрэктомии.

Материал и методы. Исследование проведено в период с марта 2021 года до января 2022 года с участием 36 больных в возрасте от 22 до 58 лет женского пола, которым произведена донорская нефрэктомия параректальным доступом. В контрольную группу ($n=18$) ретроспективно были включены больные, у которых было использовано стандартное анестезиологическое пособие: общая

комбинированная анестезия на основе изофлурана, дисатракурия и фентанила. Для адекватной послеоперационной мультимодальной анальгезии в конце операции вводили кетопрофен 100 мг и парацетамол 1000 мг внутривенно. Также послеоперационно назначали метамизол натрия по 1 г каждые 8 часов внутривенно и тримеперидин (промедол) по 10–20 мг внутривенно, по требованию. Основную группу составили больные ($n=18$), которым до начала операции под ультразвуковой навигацией со стороны извлекаемой почки выполнена одномоментная (single shot) блокада ESPb на уровне Th12, с использованием 20 мл 0,25% раствора бупивакаина с адъювантом дексаметазона 4 мг. Послеоперационная базис-анальгезия была аналогичной с контрольной группой. Все больные имели возможность получать тримеперидин внутривенно при болях в качестве «спасающей анальгезии». Во всех случаях операция была выполнена одной хирургической бригадой. Всем больным был проведен стандартный интраоперационный мониторинг (пульс, неинвазивное артериальное давление, сатурация кислорода, капнометрия, температура тела). Мы изучали интенсивность послеоперационных болей по 10-балльной нумерической шкале (НШ) и расход опиоидных анальгетиков на больного за первые сутки после операции. Также изучена частота послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР). Оценка боли проведена в покое и при движении через 6, 12, 18, и 24 часа после операции.

Результаты. Интенсивность болей в контрольной и основной группах в покое составила в среднем 4,4±0,58 и 3,5±0,63 балла по НШ соответственно ($P=0,0001$). При движении пациентки интенсивность боли в контрольной и основной группах составила 6,1±0,96 и 5,1±0,97 ($P=0,0038$). В контрольной группе расход тримеперидина за первые 24 часа составил 33,8±18,95 мг на одного больного, в основной группе данный показатель составил 14,4±13,38 мг ($P=0,0012$). В контрольной группе 13 больных (72,2%) в первый день после операции жаловались на тошноту, из них у 9 (50%) отмечалась рвота. У троих больных основной группы (16,7%) отмечалась тошнота и у двоих из них (11,1%) тошнота сопровождалась однократной рвотой.

Выводы. Применение одномоментной (single shot) ESPb до операции как компонент мультимодальной анестезии при донорской нефрэктомии способствует более адекватному контролю боли в первые сутки после операции. Также применение данного метода обезбоживания приводит к уменьшению использования опиоидных анальгетиков, тем самым способствуя снижению риска возникновения ПОТР и других побочных эффектов.

НЕЙРОЭНДОСКОПИЯ – КАК МИНИИНВАЗИВНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ПРИ ОККЛЮЗИОННЫХ ГИДРОЦЕФАЛИЯХ

*С.А. Шарифбаев, К.А. Абдусаттаров,
И.А. Жиянов, З.И. Ашуров, У.А. Хайдаров,
С.К. Ходжиев, У.Б. Мадиев*

Наманганский филиал РНЦЭМП

В настоящее время применение малоинвазивных методов в хирургическом лечении больных с церебральной патологией стало общедоступным и нашло свое отражение в многочисленных работах современности. Требования к минимальной травматизации мозговой ткани по ходу хирургического доступа обусловили пересмотр уже существующих хирургических стандартов и стратегий лечения многих нозологических форм, в частности при жидкостных внутричерепных процессах (кисты головного мозга, гидроцефалии, ХСГ), где эндоскопический метод имеет ряд неоспоримых преимуществ по сравнению с классической микрохирургической техникой.

Цель работы: внедрить в клиническую практику новый малоинвазивный метод выполнения нейроэндоскопической вентрикулоцистерностомии дна III желудочка (ЭВЦС III) у больных с окклюзионной гидроцефалией с использованием ригидного нейроэндоскопа.

Материалы и методы. В конце 2019 года нами был приобретен нейроэндоскоп. Нами были вылечены 3 больных с окклюзионной гидроцефалией различного генеза, из них двое детей в возрасте от 2 до 5 лет и 1 больной мужчина 54 лет, которым была выполнена ЭВЦС III по предложенной методике.

Результаты. Применение малоинвазивной техники выполнения ЭВЦС III с использованием ригидного нейроэндоскопа позволило значительно уменьшить длину разреза мягких тканей в области доступа. Доступ в боковой желудочек осуществляется путём прокола после разреза твёрдой мозговой оболочки и сопровождается минимальным повреждением паренхимы головного мозга. Это является очень важным, учитывая проведение данной операции у детей с окклюзионной гидроцефалией, у которых головной мозг уже подвержен органическим изменениям. Постоянный эндоскопический контроль при доступе в боковой желудочек повышает безопасность и снижает риск повреждения сосудистых и нервных структур. Он может быть выполнен при резком сужении или полной окклюзии межжелудочковой цистерны, узких (щелевидных) желудочков головного мозга (ширина третьего желудочка – менее 8 мм в передних отделах), узком межжелудочковом отверстии Монро, переднезаднем размере препонтичной цистерны менее

6 мм. Летальных исходов не было. Послеоперационных неврологических, эндокринных и инфекционных осложнений не отмечено.

Заключение. Малоинвазивная техника выполнения ЭВЦС III с использованием ригидного нейроэндоскопа является эффективным и безопасным способом хирургического лечения окклюзионной гидроцефалии, который позволяет минимизировать операционную травму на всех его этапах, снизить интра- и послеоперационные осложнения и может быть рекомендована для широкого клинического применения.

ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

*С.А. Шарифбаев, И.А. Жиянов, К.А. Абдусаттаров,
З.И. Ашуров, О.А. Исмаилов, Ш.Т. Каримбаев,
А.И. Исмаилов, У.Б. Мадиев*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. В последнее десятилетие в спинальной нейрохирургии наиболее широкое распространение получил метод транспедикулярной фиксации позвоночника (ТПФ). Однако к настоящему времени накопилось значительное количество осложнений, связанных с использованием этого метода. Наиболее распространенные из них можно разделить на две группы: ранние и поздние. К ранним относятся: травматическое повреждение дурального мешка, муфт и спинномозговых корешков, ликворея. К поздним: переломы винтов, эпидуральный фиброз, локальный остеопороз вокруг винтов с последующей миграцией винтов. Осложнения вызывают нарушения опорной, двигательной и защитной функции позвоночника, могут привести к неврологическим и воспалительным осложнениям.

Цель исследования: изучение ошибок и осложнений при выполнении ТПФ позвоночника.

Материалы и методы. В нейрохирургическом отделении НФ РНЦЭМП за 2015–2021 гг. выполнено 179 операций с использованием систем транспедикулярной фиксации позвоночника (ТПФ) на грудном и поясничном отделе позвоночника. Мужчин было 127, женщин – 52. Возраст пациентов – от 15 до 45 лет.

Результаты исследования. Для стабилизации использовались титановые конструкции производства фирмы «ChM» и их лицензионные аналоги. Травматическое повреждение дурального мешка и муфт корешков возникало при изменении направления хода винта и может быть обусловлено нарушенной целостностью корней дуг позвонков, ротационными смещениями позвонков на уровне стабилизации и др. Травма дурального мешка была отмечена у 18 больных (10,05%). В поясничном отделе – 13 случаев, в грудном – 5. Введение винта в

межпозвоночный диск или с нарушением траектории отмечалось у 15 (8,3%) больных. Нарушение целостности металлических конструкций распределялось следующим образом: переломы винтов – 4 (2,23%), смещение опорных стержней – 9 (5,02%). Причиной переломов винтов чаще всего являлось изменение направления введения (углов наклона), что приводило к значительному усилению нагрузки на винт в месте его соединения с опорным стержнем, а в дальнейшем, при переводе больного в вертикальное положение, – к неравномерности распределения биомеханических сил, и в конечном итоге – к перелому металлоконструкции. Смещение и миграция опорных стержней может быть обусловлена конструктивными особенностями ТПФ и нарушением техники фиксации опорных стержней. Эпидуральный фиброз со стойким корешковым синдромом выявлен у 8 больных (4,46%). Инфекционные осложнения выявлены у 7 больных (3,9%). Радикулопатия отмечалась у 36 больных (20,1%), чаще наблюдалась при ТПФ грудного отдела позвоночника. Реоперация по поводу ликвореи была у 2 больных (1,11%)

Вывод. Изучение ошибок и осложнений при выполнении ТПФ позвоночника дает возможность своевременно определить тактику дальнейшего ведения больных с патологией позвоночника.

ПРИМЕНЕНИЕ ТАКТИКИ DAMAGE CONTROL SURGERY В ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ПЕРИТОНИТА, ОСЛОЖНЕННОГО СЕПТИЧЕСКИМ ШОКОМ

*С.А. Шляпников, А.Е. Демко, И.М. Батыршин,
Ю.С. Остроумова, Д.С. Склизов*

Городской центр по лечению тяжелого сепсиса
НИИ СП им. И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Тактика Damage control surgery (DCS), широко известная и хорошо зарекомендовавшая себя у нестабильных пациентов с тяжелой травмой, в последние годы стала активно применяться в лечении общехирургических пациентов с тяжёлым сепсисом (ТС) и септическим шоком (СШ).

Материалы и методы. За период 2015–2021 годов на базе Городского центра по лечению тяжелого сепсиса НИИ СП им. И.И. Джанелидзе проведено проспективно-ретроспективное исследование применения тактики DCS в лечении разлитого перитонита, осложненного септическим шоком. Критериями включения являлись: возраст старше 18 лет, разлитой вторичный перитонит, клиника септического шока, наличие нозологии в оперативном пособии, по коррекции которой имеется реконструктивный компонент по восстановлению непрерывности кишечной трубки (острая мезентериальная ишемия, острый дивертикулит Hinchley

IV, перфорация тонкой кишки, ущемленная грыжа с некрозом тонкой кишки, опухоль правой половины с распадом и перфорацией). Пациенты с острой мезентериальной ишемией, признанные инокурабельными, были исключены из исследования.

В исследование вошли 37 больных, их средний возраст составил 69 ± 14 лет, женщин было 19 (51%). Пациенты были распределены на 2 группы: в исследуемую группу ($n=14$) вошли больные, в лечении которых применялся принцип Damage Control, в группе сравнения ($n=23$) первичное оперативное вмешательство выполнялось в полном объеме. Обе группы репрезентативны и сопоставимы по демографическим показателям, коморбидности, по степени выраженности перитонита и органной дисфункции.

В исследуемой группе пациентам после короткой предоперационной подготовки выполнялась «сокращенная лапаротомия», направленная на устранение источника, санация брюшной полости и постановка системы терапии отрицательным давлением (NPWT). После стабилизации состояния в течение 24–48 часов выполнялся second look с решением об окончательном объеме операции – первичном анастомозе или стомировании. В случае, если стабилизации не наступала в указанные сроки, – выполнялось стомирование. Если полиорганная недостаточность полностью купировалась – выполнялось восстановление непрерывности ЖКТ и первичное фасциальное закрытие.

В группе сравнения оперативное вмешательство выполнялось после предоперационной подготовки до 8 часов, в полном объеме с одномоментной реконструкцией ЖКТ (пациентам с дивертикулитом в этом случае выполнялась операция Гартмана). Методика открытого живота не применялась, рана ушивалась послойно. Последующие релапаротомии выполнялись только по требованию.

Результаты. Группы достоверно отличались по длительности проведенной предоперационной подготовки ($p=0,028$) и операции ($p=0,025$). Летальность среди пациентов, у которых применялась тактика DCS, была в 2 раза ниже (35,6% против 73,9%) ($p=0,038$). При оценке показателей системной гипоперфузии отмечена разница в динамике значений лактата ($p=0,048$) и МНО ($p=0,007$) в течение первых трех суток послеоперационного периода. Соответственно, у пациентов, которым выполнялось этапное лечение, с 3-х суток отмечается положительная динамика значений SOFA ($p=0,049$), а к 7-м суткам послеоперационного периода у большинства больных этот показатель не превышает 2 баллов ($p=0,048$). При этапном хирургическом лечении регистрируется постоянное увеличение дыхательного индекса со вторых суток послеоперационного периода, тогда как в контрольной группе динамика этого показателя носит отрицательный характер ($p=0,041$).

Выводы. Тактика Damage control безопасна и может применяться при лечении общехирургических больных с нетравматическим перитонитом и септическим шоком. Снижение длительности предоперационной подготовки, сокращение объема хирургического вмешательства и, следовательно, продолжительности самой операции позволяют сократить сроки устранения признаков системной гипоперфузии и органной дисфункции, что снижает вероятность летального исхода.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСТРЫХ, ПОДОСТРЫХ, ХРОНИЧЕСКИХ ГЕМАТОМ И ГИДРОМ

А.Т. Эрметов, О.В. Карабаев, Ф.Ю. Эшбобаев

ТОФ РНЦЭМП

Актуальность. Хирургическая тактика при травматических внутричерепных гематомах и/или очагах разможжения головного мозга (ТЧМТ) постоянно обсуждается на конференциях и съездах нейрохирургов различного уровня. Выработаны стандарты диагностики и лечения этой категории больных с выделением групп пациентов, которым показан тот или иной вид оперативного вмешательства или консервативное лечение. Принципиальным является положение – удалить компримирующий агент, предусматривающий устранение сдавления мозга до углубления декомпенсации и развития симптомов дислокации. Следуя этому принципу, обосновано стремление как можно раньше прооперировать пострадавшего с применением «стандартной» резекционной или костно-пластической трепанации. Поэтому диагностика и подготовка к оперативному вмешательству должны быть минимизированы по времени. Несколько иное положение имеется при лечении «пластинчатых» субдуральных гематом (СГ), хронических (ХГ), подострых гематом (ПГ) и субдуральных гидром (СГ). Эти больные обычно поступают в стационар в компенсированном или субкомпенсированном состоянии по неврологическому и соматическому статусам. То есть имеется резерв времени для проведения дообследования и выполнения малоинвазивных операций – опорожнения гематом через фрезевые отверстия с применением эндоскопической техники. На наш взгляд, оптимальной тактикой лечения травматических внутричерепных гематом является не устранение «травматического агента» как такового, а устранение дислокационного синдрома.

Цель исследования: представить хирургическую тактику при ОГ, ПГ, ХГ, СГ, заключающуюся в возможности перевода гематом в подострые и хронические стадии для минимизации дополнительной операционной травмы без ущерба для радикальности оперативного вмешательства.

Материалы и методы. В ТОФ РНЦЭМП и субфилиалах ежегодно оперируется около 75 больных с травматическими острыми, подострыми и хроническими внутричерепными гематомами и субдуральными гидромами. За рассматриваемый период – 2017–2021 гг. оперирован 221 (100%) больной с рассматриваемой патологией. ОГ – 163 (74,0%), ПГ – 29 (13,2%), ХГ – 20 (9,0%), СГ – 9 (4,0%).

Поскольку больные с ХГ, ПГ и СГ поступают в клинику обычно в состоянии субкомпенсации по неврологическому статусу, есть резерв времени для подготовки пациентов к операции в связи с сопутствующими соматическими заболеваниями. На наш взгляд, следует не торопиться с операцией, а направить усилия прежде всего на купирование сердечно-легочной и другой патологии, что способствует оптимизации результатов лечения и минимализирует оперативную агрессию.

Результаты и обсуждение. Приведенные данные наводят на мысль: а нельзя ли целенаправленно переводить гематомы в подострые, а подострые – в хронические для минимизации хирургических доступов, исходы которых наиболее благоприятны. Чем привлекательны отсроченные на 5 и более суток операции по поводу травматической компрессии мозга? К этому времени стихает «буря» острого периода с метаболическими, сосудистыми и др. нарушениями, формируются, отграничиваются сопутствующие гематомам очаги разможжения, что создает более благоприятные условия для их удаления. Хронические субдуральные гематомы удаляются через 1 или 2 фрезевые отверстия. Эти вмешательства легче переносятся больными, не влекут за собой каких-либо серьезных осложнений. Значительно сокращаются сроки пребывания больных в стационаре и нетрудоспособности. Мы располагаем 12 наблюдениями острых субдуральных гематом, которым проводилась интенсивная медикаментозная терапия, и они оперированы на 10–12 сутки по стабилизации состояния. Удалены гематомы от 60 до 80 см³. Все больные находились под активным наблюдением и лечением. За это время ухудшения состояния не наблюдалось. На контрольных КТ выявлена инволюция гематомы до хронической консистенции. Больные оперированы на 15–17 сутки после травмы. Хронические гематомы удалены через фрезевые отверстия. Больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

Заключение. В отдельных случаях тактика целенаправленного перевода острых гематом в подострые и хронические имеет «право на жизнь» при условии обеспечения круглосуточного клинического наблюдения и динамической компьютерной томографии (то есть динамического клинко-инструментального сопоставления).

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Г.Ю. Юлдашев, З.Ш. Эгамбердиев, Ф.З. Сапаев

**Ургенчский филиал Ташкентской
медицинской академии**

Актуальность. К нерешенным проблемам хирургии относятся лечение портальной гипертензии и наиболее часто встречающиеся при этой патологии осложнения кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Цель исследования: анализ результатов лечения 69 больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Материалы и методы. Мужчин было 48, женщин – 21. В возрасте 21–30 лет – 6; 31–40 лет – 21; 41–50 лет – 26; 51–60 лет – 13; старше 60 лет – 3.

У 57 больных портальная гипертензия (ПГ) была обусловлена циррозом печени, у 12 больных причиной ПГ являлся тромбоз селезеночной вены. В группу А по Чайлду–Тюркотту включены 24, в группу В – 29, в группу С – 16 больных. Всем больным при поступлении проводилась экстренная фиброэзофагогастродуоденоскопия, на которой были выявлены варикозно расширенные вены (ВРВ) II–III степени по А.Г. Шерцингеру. При кровотечении из ВРВ пищевода установили зонд-обтуратор Сенгстакена–Блекмора, одновременно проводили трансфузионную терапию и назначали препараты, восполняющие факторы коагуляции, ингибиторы фибринолиза, ингибиторы протеаз и снижающие портальное давление. После стабилизации состояния выполняли УЗИ портальной системы и селезенки, измерение объемных скоростей портального кровотока.

Результаты. По поводу кровотечения экстренно были прооперированы 26 человек (37,7%), у которых не удалось остановить кровотечение консервативным путем. Источником кровотечения у них явились ВРВ дна желудка. Они были прошиты и перевязаны из абдоминального доступа по методу Пაციоры М.Д. Операцию Пაციоры дополняли спленэктомией у 3 больных в связи с выраженным гиперспленизмом.

В результате проведенной консервативной терапии временный гемостаз получен у 43 (62,3%) больных, из них 19 больных (группа В и С), находившихся в крайне тяжелом состоянии, несмотря на комплекс проведенных консервативных мероприятий, умерли от прогрессирования печеночной недостаточности и анемии. Гемостатический эффект консервативной терапии после удаления зонда-обтуратора продолжался от 8 до 48 часов. Общая летальность составила 45,6%, в том числе в группе А летальности не было, в группе В – 24%, в группе С – 76%.

Заключение. Анализ проведенных исследований показал, что прошивание ВРВ пищевода и желудка на высоте кровотечения у больных с циррозом печени сопровождается высокой летальностью. При кровотечении, не останавливаемом консервативными мероприятиями, или его рецидиве после удаления зонда-обтуратора, показано срочное прошивание ВРВ по методу Пაციоры М.Д. длительно рассасывающимися шовными материалами. Вопрос об операции должен быть решен в течение 24 часов с момента возникновения кровотечения. В противном случае, в связи с нарастающей печеночной недостаточностью, риск летального исхода очень высок. Ранее оперированных больных и больных с угрозой кровотечения необходимо госпитализировать и наблюдать в специализированном отделении.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Г.Ю. Юлдашев

**Ургенчский филиал
Ташкентской медицинской академии**

Эхинококкоз лёгкого по частоте занимает второе место после поражения печени и составляет 24,5% (Б.В. Петровский, 1985; Ю.В. Бирюков, 1989; Ф.Г. Назыров, 2002).

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения осложнённого эхинококкоза лёгкого и выработать оптимальную тактику лечения данной патологии.

Материалы и методы. За период 2010–2021 гг. в клинике Ургенчского филиала ТМА наблюдались 295 больных с эхинококкозом лёгких. Оперированы 152 (51,5%) больных с различными осложнениями: 38 – с нагноением кисты, 51 – с прорывом в бронхи, 21 – с прорывом в плевральную полость, 18 – с сочетанным прорывом в плевральную полость бронх, 24 – с кровотечением.

Предоперационная подготовка зависит от характера осложнения. При свежих прорывах эхинококковой кисты в бронх в течение 2–3 дней проводили дезинтоксикационную и гормональную терапию. При инфицированных дренирующих в бронх кистах наряду с противовоспалительной терапией производилась бронхоскопия с введением в полость кисты антибиотиков и протеолитических ферментов. При прорывах в бронх гигантских кист (12 больных), сопровождающихся гнойной интоксикацией, производилась торакоцистоскопия с эвакуацией гнойной жидкости и удалением хитиновой оболочки.

Это способствовало быстрее санации фиброзной полости и предупреждению аспирационных мероприятий во время операции. Приемы «малой хирургии» особенно эффективны при про-

рывах эхинококковых кист в свободную плевральную полость. Удаление эхинококковой жидкости и хитиновой оболочки на фоне проводимого комплексного лечения с применением антибиотиков, антигистаминных препаратов, дезинтоксикационной терапии дали положительные результаты у 14 больных.

Особого внимания требовали больные с легочным кровотечением, которым проведены гемостатическая терапия, окклюзия долевых и сегментарных бронхов. У 2 больных вышеуказанная терапия оказалась неэффективной, и они были оперированы по срочным показаниям.

Вид и объём операции зависели от общего состояния, характера осложнений, расположения кист. Одномоментно закрытая эхинококкэктомия по Дельбе выполнена 70 больным. К 51 больному применён способ А.А. Вишневого. Открытое дренирование плевральной полости с последующей декорацией и плеврэктомией применены к 2 больным. Показанием к резекции легкого считаем грубые морфологические изменения в пределах анатомической части; расположение нескольких кист в одной доле с фиброзным изменением, осложнённые периферически расположенные кисты небольших размеров. В связи с этим краевая резекция произведена 7 больным, сегментарная – 9, лобэктомия с дектизацией и плеврэктомией – 11, билобэктомия – 2. Осложнения наблюдались у 10 (6,5%) больных. Наиболее тяжёлыми были эмпиема плевры (3), нагноение остаточного поля (2), плевропневмония (3), ателектаз зоны операции (2).

Таким образом, комплексная предоперационная подготовка с применением «малой хирургии» позволяет значительно улучшить результат оперативного лечения больных осложнённым эхинококкозом легких. Операция выбора при этом должна быть обязательно органосохраняющего характера, а резекции необходимо выполнять по строгим показаниям.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА НА ДОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*Ш.С. Юлдашев, Д.Т. Хайдаров,
У.Д. Тожиев, А.Ш. Шодиев*

**Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный
медицинский университет**

Актуальность проблемы. Позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) относится к наиболее тяжелым повреждениям опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы. Несмотря на увеличение продолжительности жизни пострадавших и значительные успехи в лечении травм

спинного мозга, летальность при ПСМТ продолжает оставаться высокой. Особенно неблагоприятно протекают повреждения шейного отдела позвоночника и спинного мозга, число которых за последние годы резко возросло, а летальность при данной локализации травмы достигает 60–70%.

Материал и методы. Нами был проведен анализ данных вызывных карт бригад скорой медицинской помощи, клинических, морфологических данных и заключений судебно-медицинской экспертизы 17 пострадавших с ПСМТ шейного отдела, закончившихся летальным исходом на догоспитальном этапе. Из 17 пострадавших 7 (41,2%) получили ПСМТ при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), 8 (47,0%) больных – при нырянии в воду и 2 (11,8%) – при падении с высоты. По медицинским документам практически все пострадавшие погибли на месте травмы в течение одного часа, несмотря на оказание первой медицинской помощи на месте.

Все пострадавшие были мужского пола, в возрасте от 18 до 69 лет. Все трупы были доставлены в областной филиал РНПЦСМЭ. Объектом гистологического изучения служили серийные, по сегментам, поперечные срезы спинного мозга на всем протяжении, которые окрашивались при помощи стандартных и нейроморфологических методик.

Результаты и обсуждение. ПСМТ шейного отдела встречалась в 27,0% случаев из всех наблюдений с травмой позвоночника с летальным исходом.

Определялась четкая зависимость между количеством пострадавших и временем года – 15 больных (88,2%) получили травму в летнем периоде. У 2 (11,7%) больных, которые находились в состоянии алкогольного опьянения, травма возникла при других обстоятельствах. Клиническая картина характеризовалась симптомами повреждения позвоночника и неврологическими проявлениями травмы спинного мозга.

В структуре травм преобладали изолированные повреждения шейных позвонков: CII – в 9 (52,9%), CIII – в 3 (17,6%) и CIV – в 3 (17,6%) наблюдениях. Множественные травмы шейных позвонков отмечались в 2 (11,8%) случаях (CIII–CIV и CV).

Синдромы нарушения проводимости устанавливались по классификации О.Г. Когана и шкале ASIA. О тяжести травм данной категории свидетельствует высокий удельный вес синдрома полного нарушения проводимости или повреждений типа А по шкале ASIA. Среди пострадавших такие неврологические нарушения отмечались у 15 пострадавших (88,2%). В 2 случаях (11,8%) был диагностирован синдром частичного нарушения проводимости по типу переднего повреждения спинного мозга с нарушением функции тазовых органов, что соответствует неврологическим проявлениям типа В по шкале ASIA.

При исследовании спинного мозга основными морфологическими эквивалентами в остром периоде травмы спинного мозга явились центральный геморрагический некроз, кровоизлияние, разрывы оболочек и корешков, внедрение фрагментов костной ткани в вещество спинного мозга, прогрессирующие расстройства гемо- и ликвородинамики.

Выводы. Таким образом, ПСМТ шейного отдела позвоночника в основном отмечалась у мужчин и лиц трудоспособного возраста, характеризовалась выраженным неврологическим дефицитом и летальным исходом. Основной причиной смерти у этих пострадавших явилась дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность на фоне тяжелого повреждения спинного мозга шейного отдела позвоночника.

В структуре неврологических нарушений при травме спинного мозга с летальным исходом значительно преобладал синдром полного нарушения проводимости (88,2%). В 2 случаях при синдроме полного нарушения проводимости морфологически отмечалось неполное повреждение.

ULTRASOUND IN EMERGENCY MEDICINE FAST PROCEDURE

*Vuk Niković¹, Abdusalom Abdurakhmanov²,
Dusan Milenkovic³*

¹Institute for Emergency Medicine of Montenegro,
Podgorica, Montenegro

²Republican Research Center of Emergency
medicine, Tashkent, Uzbekistan

³Emergency Center, University Clinical
Center Nis, Serbia

Introduction: FAST ultrasonography is a useful imaging technique for the emergency medicine (EM) physician. FAST ultrasonography in the emergency department include goaldirected echocardiography, echocardiography during cardiac arrest, thoracic ultrasonography, evaluation for deep vein thrombosis and pulmonary embolism, screening abdominal ultrasonography, ultrasonography in trauma, and guidance of procedures with ultrasonography.

Goal: This article aims to support applications of ultrasonography in the emergency department.

Source of information: Literature and expert studies found on PubMed, as well as the clinical practices of the authors of the article.

Main data: PubMed publication.

Synthesis of review: Emergency ultrasound must be a nationally accepted tool for the rapid assessment of the emergency patient. Staffing costs in terms of training, etc. have yet to be assessed, but indications from elsewhere are that these are low. Length of stay in the emergency department dramatically decreases, thus increasing patient satisfaction while maintaining an even higher standard of care. Conclusion: Ultrasonography

has become an integral part of EM over the past two decades. From the late 1980's through the mid 1990's, significant investigations were conducted in Japan and other Asian countries, the United States and Germany to evaluate the utility of ultrasound in trauma patients, specifically for the detection of hemoperitoneum and hemopericardium. In most trauma centers, the FAST examination has replaced diagnostic peritoneal lavage as the preferred method of initial evaluation and been fully integrated into Advanced Trauma Life Support (ATLS). Consequently, the FAST examination is the initial ultrasound examination for trauma victims performed by trauma surgeons and emergency physicians and is the prototype of emergency ultrasonography.

Main words: ER, Ultrasound in Emergency Medicine, FAST Procedure, Critical care

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ С НАРУШЕННЫМ КАРКАСОМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*Д.М. Сабиров¹, А.Л. Росстальная¹,
Р.О. Рахманов², Х.Х. Дадаев²*

¹Центр развития профессиональной
квалификации медицинских
работников при МЗ РУз,

²Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В последние годы, несмотря на совершенствование методов лечения сочетанных травм, тактика оказания помощи пострадавшим, частота летальности, осложнений и инвалидности не имеют тенденции к снижению. В свете вышесказанного становится очевидной актуальность задач по дальнейшей оптимизации диагностики и лечения сочетанных черепно-мозговых травм с травмой грудной клетки.

Цель исследования: оценить степень эффективности и безопасности хирургической и респираторной тактики у пациентов с сочетанной тяжелой черепно-мозговой травмой и нарушенным каркасом грудной клетки.

Материал и методы. Исследовано 56 пациентов, которые находились в нейрохирургическом отделении РНЦЭМП за период 2018–2022 гг. Возраст больных варьировал от 24 до 73 лет (в среднем – 43,2±14,8 года). По гендерному признаку: мужчин было 31, женщин – 7. Прогноз пациентов по шкале АРАСНЕ II варьировал от 7 до 31 балла (в среднем – 16,1±4,8 балла). В группу отбора были включены пациенты с сочетанной ТЧМТ с имеющейся клиникой аспирации, нозокомиальной пневмонией и сопутствующей травмой грудной клетки.

Всем пациентам была произведена торакоскопия с последующей фиксацией ребер методикой РНЦЭМП металлической пластиной. При необходимости устанавливали дренажи. Вентиляцию

применяли в обеих группах. Проводили контроль гемодинамических показателей, газов артериальной крови, внутричерепного давления (аппаратом «TriTON» и «Codman»), респираторного индекса, рентген- и компьютерную томографию органов грудной клетки.

Пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от методики респираторной поддержки. В 1-й группе (n=20) – ИВЛ в режиме SIMV с применением ПДКВ до 10. Во 2-й группе (n=36) респираторная терапия проводилась в высокочастотном режиме ИВЛ, а в последующем переводили в режим SIMV – тогда, когда уровень PaCO_2 превышал более 40 мм рт. ст. Вентиляция в sHFJV продолжалась от 2 до 8 часов. После перевода на традиционную вентиляцию в обязательном порядке устанавливался ПДКВ.

Основным критерием включения в исследование явилось: сочетанная травма с нарушением каркаса грудной клетки и легких; осложнившаяся гемо- или пневмотораксом; перелом более 4-х ребер; с дыхательной недостаточностью II–III степени; уровнем сознания по шкале Глазго не менее 9 баллов; снижением респираторного индекса менее 200 мм рт. ст. Все больные были прооперированы. Фиксация ребер проводилась по методике РНЦЭМП. Во время ИВЛ была изучена динамика респираторной системы в процессе вентиляции легких, которая контролировалась до, во время и после выбранного режима.

Результаты и их обсуждение. До начала респираторной поддержки в обеих группах $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ – 150 ± 54 и Cs – $28 \pm 3,4$ не отличались. Во время – в 1-й группе – $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ – 157 ± 34 , Cs – $38 \pm 4,4$, во 2-й группе $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ – $192 \pm 2,8$, Cs – $50 \pm 6,4$, а после – в 1-й группе $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ – 167 ± 54 , Cs – $41 \pm 6,4$, во 2-й группе $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ – $264 \pm 4,2$, Cs – $67 \pm 2,4$. Проводя анализ контролируемых церебральных показателей, отмечалось снижение ЦПД ($64,4 \pm 1,3$ мм рт. ст.) и увеличение ВЧД ($20,6 \pm 0,7$ мм рт. ст.), тогда как во второй группе отмечалось снижение ВЧД ($16,8 \pm 2,7$ мм рт. ст.) и оптимальное ЦПД ($68,0 \pm 2,8$ мм рт. ст.), которое положительно сказалось на последующей гемодинамике, а в дальнейшем – и на рентгенологической картине пациента. В среднем время нахождения на ИВЛ: в 1-й группе – 14 ± 2 суток, во 2-й группе – 7 ± 1 сутки.

Выводы. Применение наружной фиксации ребер методикой РНЦЭМП и респираторной поддержки у пациентов с сочетанной травмой с применением sHFJV оказало минимальное влияние на мозговой кровоток и улучшило респираторную динамику, что, в свою очередь, способствовало сокращению пребывания в реанимационном отделении на 3–4,2 дня.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В КОМПЛЕКСЕ ВЕДЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ОТДЕЛЕНИИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАНИМАЦИИ

Д.М. Сабиров¹, А.Л. Росстальная^{1,2},
Х.Х. Дадаев², А.У. Тахиров²

¹Центр развития профессиональной
квалификации медицинских
работников при МЗ РУз,

²Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Сейчас на международном рынке существуют различные модели респираторов, однако, несмотря на совершенствование методов респираторной поддержки, проблема проходимости бронхов и доставка кислорода до альвеол не всегда бывает успешной. Ни для какого специалиста интенсивной терапии не секрет, что залог адекватной респираторной поддержки – в проходимости дыхательных путей и правильном расчете задаваемых параметров вентиляции легких. Проводя санацию дыхательных путей (трахеи и главных бронхов), всегда вне зоны досягаемости остается большая часть дыхательных путей (бронхиолы, альвеолы), от которых всегда зависит прогноз течения острой дыхательной недостаточности. Учитывая вышесказанное, становится очевидной актуальность задач по дальнейшей оптимизации и совершенствованию осуществления дренажной системы дыхательных путей.

Цель исследования: анализ и вычисление процента эффективности применения виброакустической терапии у больных с дыхательной недостаточностью (ДН), находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), а также подсчет времени пребывания на респираторе.

Материал и методы. Были обследованы и проведен анализ 209 пациентов, находящихся в отделении нейрохирургической реанимации в период с 2017 по 2022 год. Средний возраст больных составил $34,4 \pm 5,4$ года (от 18 до 79), из них 64% составили мужчины и 36% – женщины. В исследование вошли все пациенты с развившейся ДН на фоне проводимой ИВЛ. Вентиляция в обеих группах проводилась с постоянным online-контролем статистического комплаенса. Проводился контроль: гемодинамических показателей, газов артериальной крови, респираторного индекса, а также проводили рентген и компьютерную томографию органов грудной клетки.

Всем пациентам был выставлен диагноз «пневмония», которая явилась причиной прогрессирования ДН. Респираторная поддержка продолжалась в режиме SIMV VC или SIMV PC (FiO_2 30–40%, P_{asb} 8–15 mbar, P_{ins} 10–25 mbar, PEEP >8 mbar, I: E= 1:1 или 1:2). Параметры ИВЛ подбирались индивидуально.

Больные были разделены на две группы: I группа (n=72) – ведение больных с применением традиционной терапии и респираторной поддержки, II груп-

па ($n=137$) – ведение больных с применением традиционной терапии и применением «VibroLung» во время респираторной терапии. Виброакустическая терапия применялась с целью улучшения дренажной функции и рекрутирования альвеол. Процедура повторялась от 3 до 6 раз в сутки, в зависимости от выделяемого секрета. Но в некоторых клинических случаях с прогрессированием пневмонии и переходом в острый респираторный дистресс-синдром количество процедур увеличивалось до 10 в сутки. Антибиотикотерапия проводилась согласно результатам бактериального исследования мокроты.

Результаты и обсуждение. Выявлено преимущество применения респираторной поддержки с применением виброакустической терапии. Обращают на себя внимание параметры респираторной механики и газообмена, так, во второй группе видно явное преимущество уже на первые сутки (I группа – PaO_2/FiO_2 – $188 \pm 29,2$, II группа – PaO_2/FiO_2 – $297 \pm 30,4$). В результате исследования выявлено, что помимо отсутствия негативных влияний на организм в виду неинвазивности применения присутствующих традиционной вентиляции легких клинически отмечается улучшение дренажной функции легких, повышение комплаенса, увеличивается дыхательный объем, увеличивается SpO_2 на фоне снижения FiO_2 до 30%. Кроме того, среднее время нахождения на ИВЛ в I группе составило $5,4 \pm 4,2$ суток, а во второй группе составило $2,4 \pm 1,2$ суток. Хотелось также отметить, что профилактическое применение виброакустической терапии рутинно у всех больных позволило улучшить дренаж трахеобронхиального дерева, сократить ателектазирование альвеол и частоту санации трахеобронхиального дерева.

Выводы. Применение виброакустической терапии позволило в комплексе с респираторной поддержкой сократить не только время нахождения на респираторе, но и уменьшило риск развития возникновения пневмонии. Всё это дало возможность достоверно предотвратить развитие дыхательной недостаточности на «зачаточном» уровне, а продолжительность нахождения больного на респираторе сократилось в среднем на $2,4 \pm 1,2$ суток.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

*Д.М. Сабиров¹, У.Б. Батиров¹, С.Э. Хайдарова¹,
Х.Х. Дадаев², А.У. Тахиров²*

Центр развития профессиональной
квалификации врачей при МЗ РУз,

²Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Важную роль у пациентов с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) отводят синдрому гиперметабо-

лизма, так как в дальнейшем это приводит к повышенным затратам энергии с толерантностью тканей к этим же субстратам, к грубым нарушениям метаболизма и тяжелой питательной недостаточности (ПН). Нутритивная поддержка сама по себе не может влиять на изменение неврологического статуса у пациентов с ЧМТ, тем не менее, может снизить количество нежелательных осложнений, нахождение на ИВЛ, а также показатели летальности.

Цель исследования: улучшить результаты интенсивной терапии больных с черепно-мозговой травмой с использованием парентерального, раннего энтерального питания с применением фармаконутриентов.

Материал и методы. В исследование были включены две группы пациентов ($n=110$) с диагнозом ЧМТ (94 мужчины и 16 женщин, средний возраст больных – $47,3 \pm 3,28$ года), находящихся в нейрореанимации РНЦЭМП. Уровень сознания по шкале ком Глазго – 9 ± 2 балла. Средняя продолжительность пребывания в ОАРИТ – $15,7 \pm 10$ суток, средняя продолжительность ИВЛ – $10,4 \pm 7$ суток. Первая группа ($n=56$) получала базисную терапию и стандартную нутритивную поддержку. Больным второй группы ($n=54$) назначали индивидуальную дифференцированную нутритивную поддержку с добавлением фармаконутриентов. Пациентам группы сравнения (1-й) ($n=38$) начиная с 1-х суток парентеральное питание (ПП) осуществляли по общепринятой схеме, в объеме 2000 ± 100 мл (азот – 10,8 г, жиры – 80 г, глюкоза безводная – 200 г, энергетическая ценность – 1900 ккал), с поэтапным переходом на гиперкалорическое энтеральное питание (2000 ± 500 ккал). Больным 2-й группы ($n=42$) дополнительно в схему питания включали фармаконутриент глутамин из расчета $1,5-2$ мл/кг/сут и изучали его эффективность. В процессе анализа оценивали соматометрические данные, лабораторные показатели (уровень общего белка, альбумина и трансферрина), а также степень катаболизма. Для оценки показателей моторно-эвакуаторной функции и адекватного перехода с ПП на энтеральное питание использовали метод периферической компьютерной электрогастроэнтерографии.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов показал, что при поступлении индекс массы тела в среднем составлял $26,3 \pm 4,8$. Показатели основного обмена до лечения при определении методом непрямой калориметрии составили 1441 ± 170 ккал, что превышает аналогичные показатели по данным, полученным при помощи уравнения ХБ: $1334,5 \pm 148$ ккал на 6,6% ($p < 0,05$). Нормальным значениям дыхательный коэффициент (RQ) соответствовал в 91,5% случаев и составлял $0,80 \pm 0,06$. Констатирована катаболическая реакция организма, которая наблюдалась уже на 1–2-е сутки (1 и

2-й групп, соответственно): уровень общего белка $60,7 \pm 1,2$ г/л / $55,2 \pm 1,3$ г/л, альбумина, $28,1 \pm 1,5$ г/л / $27,0 \pm 1,4$ г/л, трансферрина $1,8 \pm 0,4$ г/л / $1,7 \pm 0,2$ г/л. Интенсивность катаболизма с усиленным распадом смешанного мышечного белка отражает значительное повышение суточной экскреции азота с мочой – $6,8 \pm 1,2$ г/сут / $10,3 \pm 1,4$ г/сут и отрицательный баланс азота ($-24,6 \pm 1,4$ г/сут/ $-23,4 \pm 1,2$ г/сут). Истинный расход энергии (ИРЭ) от 1-х к 3-м суткам возрастал с $2158,4 \pm 112,6$ до $3320,4 \pm 234,5$ ккал/сут – 1-я группа, с $2200,4 \pm 104,6$ до $2960,4 \pm 180,4$ ккал/сут – 2-я группа.

Динамика показателей белкового спектра с отрицательной динамикой прослеживалась в 1-й группе до 14 суток, до 7-х суток сохранялся уровень общего белка $56,6 \pm 1,4$ г/л, альбумина – $27,8 \pm 1,4$ г/л, трансферрина – $1,6 \pm 0,02$ г/л. Баланс азота оставался отрицательным: $-4,6 \pm 0,8$ г/24 ч. Анализ результатов 2-й группы показывает, что потери мышечной массы купировались к 8–9 суткам, переход от катаболизма к анаболизму происходил в более короткие сроки, и на 7-е сутки отмечено повышение уровня общего белка до $62,6 \pm 1,4$ г/л, альбумина – до $34,2 \pm 0,4$ г/л, трансферрина – до $2,4 \pm 0,12$ г/л. Выделение с мочой белка уменьшилось до 42–45 г/24 ч. Положительный баланс азота по сравнению с 1-ми сутками ($-18,5 \pm 1,1$ г / 24 ч) к 7–8-м суткам составил $+4,8 \pm 0,8$ г / 24 ч.

В исследовании отмечена положительная динамика разрешения СКН в исследуемых группах. Вместе с тем между группами выявлена существенная разница в сроках восстановления функций ЖКТ при дополнительном включении глутамин в схему НП. Разрешение СКН у больных 1-й группы происходило в более длительные сроки, чем у больных 2-й группы. Соответственно P(i)/PS% желудка – $36,7 \pm 1,4$; двенадцатиперстной кишки – $0,6 \pm 0,12$; тощей кишки – $1,7 \pm 0,13$; подвздошной кишки – $3,5 \pm 0,16$; толстой кишки – $17,3 \pm 3,2$. Восстановление функциональной активности пищеварительного тракта у больных 2-й группы в более короткие сроки, по сравнению с больными 1-й группы, позволило уже начиная с 3–4-х суток включать в программу НП гиперкалорийные питательные смеси (1,4 ккал/мл), а с 4–5-х суток полностью переходить на ЭП. Соответственно желудок – $22,4 \pm 1,6$; двенадцатиперстная кишка – $1,4 \pm 0,34$; тощая кишка – $2,9 \pm 0,4$; подвздошная кишка – $7,6 \pm 1,3$; толстая кишка – $27,4 \pm 2,6$.

Заключение. У пациентов с ЧМТ дифференцированная нутритивная поддержка с добавлением фармаконутриента позволила достичь раннего перехода катаболической фазы в анаболическую, по сравнению со стандартной нутритивной поддержкой, тем самым способствовала более быстрому устранению энергетического дефицита, восстановлению белкового обмена, восстановлению функ-

ций желудочно-кишечного тракта, сокращению длительности ИВЛ, и в конечном итоге – улучшению результатов лечения.

URGENT EXTERNAL DRAINING OF THE MAIN PANCREATIC DUCT DURING GASTROPANCREATODUODENAL RESECTION

K. Anvarov¹, A. Adylkhodjaev^{*2}

¹Republican Research Center of Emergency medicine, Tashkent, Uzbekistan

²Republican Specialized Scientific and practical Medical center of Oncology, Tashkent, Uzbekistan

Introduction: The scope of the article is to improve the outcomes of surgical treatment of patients with periampullary tumors by applying of the external drain to the main pancreatic duct.

Materials & Methods: The analysis of results of 41 c gastropancreatoduodenal resections (GPDR) was conducted during 2005–2019.

The patients under observation were divided into 2 groups. In the 1st group (control group, 22 patients) pancreatodigestive anastomosis was imposed without drainage. In 2nd group (basic group, 19 patients), the reconstructive stage included external drainage of the main pancreatic duct imposed by our proposed method. For this purpose, proximal and distal openings were made in jejunum for the purpose of pancreatojejunoanastomosis and gepaticojejunoanastomosis. Then PVC drainage pipe with diameter of 2–3 mm was introduced through the side openings in the right hepatic duct, as well as the proximal and distal openings in jejunum into the main pancreatic duct, between the stitches of the pancreas, jejunum and hepatic-choledochus using the standard methods. Drainage tube was led out to the side wall of the abdomen. The drainage tube was removed by the 8–12th day. A comparative analysis of the clinical effectiveness of our method, i.e. drainage of the pancreatic duct, was controlled by the amount of pancreatic juice in drainage, the nature and quantity of discharge to drainages installed in the abdominal cavity.

Results: The analysis of results in the control group during immediate postoperative period showed that in 3 (13.6%) cases an anastomotic dehiscence was diagnosed, requiring reoperation. Two cases (9.0%) of those were lethal. 1 case (4.5%) showed drainage leak of pancreatic juice into the abdominal cavity. The conservative therapy is possible to eliminate dehiscence of the pancreatodigestive anastomosis.

In the main group external drainage of the main pancreatic duct allowed us to control the discharge amount of pancreatic juice. In the 1st group (5.3%) a transitory increase of serum amylase in the drain pipe was imposed to pancreatic-jejunoanastomosis up to 150 U/l. Strengthening of conservative

therapy led to regression and complete recovery of the patient to 14 days after surgery. A patient in a satisfactory condition was discharged 18 days after surgery. In other cases, the main group of specific complications was observed.

Conclusion: The use of external drainage of the main pancreatic duct at the GPDR allows you to monitor the discharge of pancreatic juice and prevents possible anastomotic leak.

Disclosure of Interest: None Declared

Keywords: gastropancreatoduodenal resections, external drain of duct, periampullary tumors

ПРИМЕНЕНИЕ РЕЖУЩЕГО ИНСТРУМЕНТА (СКАЛЬПЕЛЯ) В ЭНДОХИРУРГИИ

*Ю.Р. Маликов, К.С. Маматов,
А.А. Азимов, А.У. Давронов*

Навоийский филиал РНЦЭМП

Современную медицину невозможно представить без малоинвазивной технологии. Бурно развивающаяся современная хирургия активно оснащается эндохирургическим оборудованием, отвечающим всем требованиям мировых стандартов. При применении высокотехнологичного эндохирургического оборудования в разы увеличивается диапазон диагностических возможностей, выбор тактики лечения, малотравматичность проводимых операций, уменьшаются послеоперационные осложнения, происходит ранняя активация больных и уменьшение пребывания больных в стационаре.

В данной работе проанализированы сроки использования и доступность широко применяемых эндохирургических режущих инструментов. По литературным данным и из практики известно, что основные режущие инструменты, применяемые в эндохирургии, – это эндохирургические ножницы и высокочастотный электрический ток, которые в ходе практики могут привести к различным техническим трудностям и осложнениям. Недостатки эндохирургических ножниц: через определенное время их применения и количества операций (примерно 500 применений) они тупятся. Появляются большие трудности при интракорпоральной резке мягких тканей и шовного материала. Точить их из-за малого размера и нежной конструкции невозможно. Инструмент становится непригодным к применению в краткий срок. Заменить их можно только новой дорогостоящей комплектацией, которая производится за рубежом, цена одних эндохирургических ножниц – в пределах 800 долларов США. Второй применяемый фактор для разъединения тканей – это высокочастотный электрический ток. Однако при резке анатомических структур высокая температура часто приводит к ожогам тканей и различным осложнениям. Поэтому его применение резко ограничено.

Учитывая вышеизложенные проблемы, нередко касающиеся и финансовой стороны, в Навоийском филиале РНЦЭМП разработали полезную модель «эндохирургический режущий инструмент» (патент № FAP 01283, 21.02.2018 г., Узбекистан) для использования резки анатомических структур и интракорпорального шовного материала.

Предлагаемая модель «эндохирургического режущего инструмента», состоящего из рукоятки в виде стержня, круглого сечения длиной 400 мм и диаметром 5 мм, позволяет успешно использовать его в эндохирургии, в частности при лапароскопических и торакоскопических операциях.

Для предложенного инструмента могут быть использованы стандартные одноразовые стерильные хирургические лезвия размером 11, 13, 15 и шириной не более 6 мм. Данная модель не требует специальной стерилизации, стерилизуется как общехирургические инструменты. Стерильность и острота режущей части инструмента ввиду его одноразового применения гарантирована и резко ограничивает распространение внутрибольничной инфекции. С экономической точки зрения обходится намного дешевле и доступна во всех регионах. Единственное, что требуется от хирурга при применении эндохирургического режущего инструмента, – это высокая бдительность и точность, во избежание повреждения соседних тканей острым концом лезвия.

В экстренном хирургическом отделении Навоийского филиала РНЦЭМП в период 2017–2020 годов выполнено 3619 экстренных эндохирургических операций. Из них в 2765 (77,4%) случаях использована данная разработанная модель, в том числе: лапароскопическая аппендэктомия – 1017 (28,1%), лапароскопическая холецистэктомия – 1730 (47,8%), другие операции – 18 (0,49%). Осложнений и технических трудностей не наблюдалось.

Таким образом, данную разработанную полезную модель можно успешно применять при различных эндохирургических операциях. «Эндохирургический режущий инструмент» может заменить эндохирургические ножницы в 90–95% случаях. Удобность и легкость применения данной модели может способствовать ее широкому применению.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ ПРИ АТИПИЧНЫХ И РЕДКИХ ФОРМАХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Д.Р. Каримов¹, Ф.А. Хаджибаев^{1,2}, Р.З. Мадиев^{1,2}

¹Республиканский центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан,

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Острый аппендицит (ОА) до сих пор занимает лидирующую позицию по числу экстренных опера-

ций в urgentной абдоминальной хирургии. В отличие от типичных форм результаты традиционной клинко-лабораторной диагностики атипичных и редких форм ОА неутешительны. При этом наблюдается рост числа необоснованных аппендектомий (35–40%), осложненных форм (32,6–43%), количество запоздалых операций (25–30%), послеоперационных осложнений (4,2–16,2 %) и летальных исходов (0,7–1,4%). Поэтому разработка и внедрение в клиническую практику диагностической тактики, основанной на широком использовании неинвазивного метода диагностики ОА – мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), – сегодня является актуальной задачей абдоминальной хирургии. МСКТ позволяет быстро, с высокой степенью вероятности верифицировать воспалительные изменения при атипичных и редких формах ОА, позволяя диагностировать заболевания на этапе до оперативного вмешательства.

Материалы и методы. В РНЦЭМП за период с 2021 по 2022 год с подозрением на атипичные и редкие формы ОА находились 152 больных. Средний возраст пациентов составил 28,12±4,76 года. Мужчин было 91 (59,9%), женщин – 61 (40,1%). Диагностическая тактика при подозрении на наличие атипичных и редких форм ОА предусматривала клинко-лабораторный анализ, дифференциальную диагностику заболеваний, которые симулировали эти формы ОА, ультразвуковое исследование ЧО. При отсутствии явных признаков клинко-лабораторных и ультразвуковых данных, указывающих на наличие атипичных и редких форм ОА, у 70 (46,0 %) пациентов нами была выполнена МСКТ ЧО.

МСКТ выполняли на аппарате PHILIPS по стандартной технике. Признаками острого аппендицита на МСКТ по градации N. Nitta (2005) считали диаметр червеобразного отростка более 6 мм, наличие жидкости в просвете отростка, утолщение стенки отростка более 2 мм, наличие жидкости в периаппендикулярной зоне, признаки гнойного воспаления в правой подвздошной ямке, наличие свободного газа вне отростка.

Результаты и их обсуждение. МСКТ червеобразного отростка у 60 (39,5%) больных выполнялась после неоднозначных результатов клинко-лабораторной и ультразвуковой диагностики острого аппендицита, у 10 (6,6%) – первично, когда имелось подозрение на осложненные формы ОА. При этом у 47 (67,1%) пациентов были выявлены признаки ОА, у 6 (8,6%) больных диагностированы аппендикулярные (2) и периаппендикулярные абсцессы (4), которые зачастую являются осложнением атипичных и редких форм ОА.

У 6 (8,6%) больных признаки воспаления в ЧО были исключены, а у 6 (8,6%) выявлена патология брюшной полости, симулировавшая ОА: опухоль слепой кишки (4) и кисты правого яичника (2). У 5 (7,1%) пациентов, у которых проводилось

динамическое клиническое наблюдение в течение 6 часов, получены неоднозначные результаты обследования, которые в основном зависели от квалификации специалиста. При этом у 4 пациентов ОА был исключен, у 2 больных подозрение сохранялось.

У 51 (72,9%) больных с установленным на МСКТ диагнозом ОА (47), гинекологической патологией (2) и у которых она не исключалась в процессе динамического наблюдения (2), в последующем выполнялась видеолапароскопия. У больных с установленными на МСКТ аппендикулярными (2) и периаппендикулярными абсцессами (4) выполнялись вскрытие гнойника внебрюшинными и лапаротомными доступами. Пациенты, у которых на МСКТ (6) и в процессе динамического наблюдения (4) ОА была исключена, в последующем выписаны на амбулаторное наблюдение. Лишь 4 (5,7%) больных, у которых на МСКТ была установлена опухоль слепой кишки, выписаны на дальнейшее лечение в специализированные клиники.

Во время ВЛС из 47 (67,1%) больных, у которых на МСКТ признаки ОА были выявлены первично, у 46 (97,9%) диагноз подтвержден интраоперационно, у 1 (2,1%) он был исключен. При этом у 32 (69,6%) больных обнаружены атипичные и редкие формы ОА: ретроцекальный – у 18 (56,3%) пациентов, медиальный – у 6 (18,6%), тазовый – у 5 (15,6%), ретроперитонеальный – у 1 (3,1%), подпечёчный – у 1 (3,1%), левостороннее расположение ЧО – у 1 (3,1%) пациента. У остальных 14 (30,4%) больных ЧО был расположен в типичном месте.

У 4 (5,6%) больных, у которых на МСКТ была выявлена гинекологическая патология (2) и определены неоднозначные результаты исследования (2), при ВЛС выявлены разрыв кисты правого яичника и флегмонозное воспаление ЧО. Операция завершена малоинвазивно. При лапаротомии по поводу периаппендикулярного абсцесса в 3 случаях установлено наличие медиального, в 1 – тазового расположения ЧО, что еще раз указывает на трудность диагностики осложнений атипичных и редких форм ОА.

Интраоперационная морфологическая картина воспаленного ЧО (48) была следующей: катаральная форма воспаления выявлена у 3 (6,3%) больных, флегмонозная форма – у 31 (64,6%), гангренозная – у 9 (18,8%), гангренозно-перфоративный ОА – у 5 (10,4%). Местный перитонит установлен у 5 (10,4%), диффузный – у 3 (6,3%) больных.

Вывод. Таким образом, чувствительность МСКТ ЧО в диагностике атипичных и редких форм ОА составляет 75,7%, а специфичность – 90,1%, что дает широкие возможности для своевременной диагностики ОА.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОЧЕТАННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖИВОТА У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Ж.А. Джурсаев

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель работы: улучшение результатов диагностики и лечения повреждений органов брюшной полости при сочетанных травмах путем применения современных диагностических методов и разработки нового лечебно-диагностического алгоритма и компьютерной программы для различных возрастных групп.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 286 больных с повреждениями органов брюшной полости при САТ, находившихся на стационарном лечении в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи и его областных филиалах за период с 2010 по 2020 г.

Из общего числа больных 108 составили пациенты детского возраста (от 1 до 18 лет), взрослый контингент – 112 (от 19 до 60 лет) и 66 – пожилые (свыше 60 лет). Мужчин было 185 (64,9%), женщин – 101 (35,4%), т.е. преобладали лица мужского пола. Средний возраст больных составил $58,4 \pm 4,2$ года. При этом 49,2% пациентов были в наиболее трудоспособном возрасте (от 19 до 70 лет).

Наибольшее количество повреждений у обследованных больных наблюдалось со стороны паренхиматозных – 178 (58,2%), реже – полых – 86 (28,1%) и прочих органов живота – 42 (13,7%). Повреждения органов брюшной полости наиболее часто сочетались с черепно-мозговой травмой – 58 (20,3%) и переломами конечностей – 62 (21,7%). Несколько реже в качестве сочетанных повреждений у обследованных больных наблюдались травмы груди – 38 (13,3%), травмы таза – 10 (3,5%) и повреждения позвоночника – 6 (2,1%). Среди обследованных больных в основном превалировало число сочетаний двух и трех областей тела, что, соответственно, составило 21,8% и 8,7%. У 29 (13,6%) больных имеющиеся повреждения располагались в четырех и более областях тела.

Результаты. В качестве методов исследования в работе были использованы общеклинические, ин-

струментальные (УЗИ, ЭРПХГ, контрастная МСКТ, МРПХГ, ВЛС) исследования.

Рентгенологически у 57 пациентов было обнаружено наличие свободного газа, у 48 – «чаш» Клойбера. Кроме того, у 52 больных выявился пневматоз кишечника, у 26 – признаки повреждения диафрагмы в виде ее высокого стояния и нарушения подвижности.

УЗИ является самым распространенным неинвазивным методом диагностики повреждений внутренних органов при сочетанных травмах живота. На УЗИ было обнаружено наличие свободной жидкости в брюшной полости (87,8%). Так, у 98 больных свободная жидкость располагалась в малом тазу, у 115 дополнительно захватывала боковые каналы. У 38 пациентов свободная жидкость имела более распространенный характер, захватывая подпеченечную и левую подреберную области.

В целях улучшения диагностики повреждений органов брюшной полости при САТ у 134 пациентов нами была применена видеолaparоскопия (ВЛС). При проведении ВЛС у 128 больных нами было диагностировано наличие повреждений и воспалительных изменений на париетальной брюшине. Одновременно с этим у 25 (18,7%) из них определялось наличие в брюшной полости серозно-геморрагического выпота, у 62 (46,3%) – крови и сгустков, у 4 – желудочного, у 12 – кишечного содержимого, у 19 больных – мочи, с развитием перитонита.

Нами разработана интегральная шкала прогноза вероятности тяжелого течения имеющих сочетанных повреждений для различных возрастных групп больных, и на основании этой шкалы создан новый лечебно-диагностический алгоритм и компьютерная программа при САТ.

Выводы. Широкое применение интегральной шкалы и компьютерной программы для различных возрастных групп больных оптимизирует лечебно-диагностический процесс и существенно улучшает результаты лечения пациентов с сочетанными травмами живота, что выражается в уменьшении числа послеоперационных осложнений (до 14,9%), снижении послеоперационной летальности (до 5,2%) и достоверном сокращении дней пребывания больных в стационаре (до $12,4 \pm 1,2$).

3. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ И ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ
С ОСТРЫМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**EFFICIENCY AND SAFETY OF ELECTRIC
CARDIOVERSION IN PERSISTENT FORM OF ATRIAL
FIBRILLATION**

²Akhmedov L.A., ^{1,2}Rizaeva M.J.

¹Bukhara State Medical Institute,

²Bukhara branch of the Republican Scientific
Center for Emergency Medical Aid.
Bukhara, Uzbekistan

Abstract: According to literary review, which presents a modern view on the strategy and tactics of relieving AF attacks, indications for pharmacological cardioversion (PCV) and electrical impulse therapy (EIT).

Key words: atrial fibrillation, emergency therapy, electrical cardioversion.

Purpose of the work: To assess the efficiency and safety of using electrical cardioversion in persistent atrial fibrillation.

Materials and methods: 68 patients with persistent atrial fibrillation (AF) were examined, of which: women - 38, men - 30. By nosology, the bulk of patients with coronary heart disease and hypertension were inpatient treatment in the department cardiotherapeutic resuscitation department of the Bukhara branch of the RSCEMA for 2020. The main cause of the rhythm disturbance was a previous myocardial infarction, severe mitral regurgitation, irreversible changes in the local contractility of the left ventricular myocardium, insufficient correction with antiarrhythmic medications, irregular treat intake and arterial hypertension.

Study results: If arrhythmias lasted more than 48 hours and there was no adequate anticoagulant therapy during the last 3 weeks, in order to exclude an intra atrial thrombus and study the size of the left atrium, all patients underwent echocardiography before the restoration of sinus rhythm using EIT. All patients underwent PCV to restore sinus rhythm. In order to prevent thromboembolic complications, an anticoagulant was administered in appropriate doses. EIT was performed using a DKI-N-10 «AXION» Russia apparatus, with a discharge of 200 kJ.

Thus, over a period of 12 months, EC was performed in 43 patients, medically, sinus rhythm was restored in 25 patients (36.7%), EIT - in 43 (63.4%). Complications at the time of EIT were not registered. There were no recurrences of arrhythmias until discharge from the hospital. In 1 patient, after 3 months, there was a rhythm disruption associated with irregular intake of drugs and the size of the left atrium of more than 5.6 cm with a reduced LVEF to 35%.

Conclusions: 1. Analysis of the results obtained showed high efficiency and safety of EIT. 2. Restoration

of sinus rhythm after EIT was 63.4%, medication – 36.7%. 3. The advantages of restoring and maintaining a normal sinus rhythm with the help of EIT are higher efficiency than with medical recovery.

**TITLE: – LIPID SINK – «USE OF INTRALIPID IN
MIXED OVERDOSES AS INTRAVENOUS
CHARCOAL IN ED»**

*Dr AN Venkatesh, Dr Rajanna H,
Dr Jagan Mohan Reddy*

1. Dr A N Venkatesh, Senior Consultant & Head, Emergency Department, Apollo Hospitals, Karnataka Region. India.

2. Dr H Rajanna, Consultant Emergency Department, Apollo Hospital, Bengaluru, India

3. Dr Jagan Mohan Reddy, Consultant Emergency Department, Apollo Hospital, Bengaluru, India

**Institution: – Apollo Hospitals, Bengaluru, India
Abstract**

AIM: Should Intralipid be a part of initial management of mixed overdose of cardiac medications? Is it time to consider Intralipid as «intravenous charcoal?»

Case report: We had a young 46 year old male who had presented with deliberate overdose of multiple cardiac and antihypertensive medication with intention to self harm. He had taken a mixed overdose of Prazosin 100mg + Amlodipine 100mg + Metoprolol 750mg + olmesartan 200mg + hydrochlorothiazide 62.5mg. In addition He had also taken Glimepiride 10mg and metformin 5000mg. He had presented after two hours of consumption. He had symptoms of headache and dizziness on presentation with BP of 75 systolic and HR of 55. His BP did not show any response to fluids and was started on noradrenaline support. He was given stomach wash with 0.9% saline of two liters. After saline lavage he was given activated charcoal. Patient was given combination of antidotes for Calcium channel blockers, Beta-blockers, Alpha blockers. As patient continued to have low BP, patient was started on additional inotrope to support BP. Patient was put on ECMO in view of further deterioration. Patient was given Intralipid while on ECMO. Was should good response and was weaned of ECMO a day after Lipid emulsion.

Outcome: Our patient seems to have responded to Intralipid emulsion infusion. He started responding to supportive measures and also showed full regaining his physiological functions with our any supports.

Conclusion: Intralipid should be a part of emergency treatment of mixed cardiac medication overdose who present in persistent decompensated state of either Hypotension, bradycardia or combination of both.

**TITLE: BE ALERT TO FENOFIBRATE INDUCED
MUSCLE BREAKDOWN – ADVERSE EFFECTS OF
FENOFIBRATE PRESENTING TO ED.**

*Dr AN Venkatesh, Dr Rajanna H,
Dr Shashank V Manjunath*

1. Dr AN Venkatesh, Senior Consultant & Head, Emergency Department, Apollo Hospitals, Karnataka Region. India.

2. Dr H Rajanna, Consultant Emergency Department, Apollo Hospital, Bengaluru, India

3. Dr Shashank V Mannjunath, Sr. Resident, Emergency Department, Apollo Hospital, Bengaluru, India

**Institution: – Apollo Hospitals, Bengaluru, India
Abstract**

Aim: To increase awareness of muscle breakdown among patients using Fenofibrate and/or Statins.

Case report: A 42 year old male presented to the emergency with complains of generalized muscle aches for the last 3 days. He had been treated with analgesics with no relief of symptoms. He now states he is not able to even lay down comfortably due to muscle pains. Any movements hurt. He had blood test two weeks ago during which he was noted to have high triglycerides and high TSH with normal liver function, renal function and complete blood count. He did have past medical history of hypothyroidism and hypertriglyceridemia. He was started on Statins and Fenofibrate for hypertriglyceridemia five years ago. He had taken them for some time and had stopped the medication about two years ago on his own accord. He has been taking regular thyroxin. In view of results and his pre-existing condition he was re-initiated on Statins and Fenofibrate. The dose of his thyroxin was also increased. He has no history of fever or injury. No other significant past medical history.

On his current presentation, he was noted to have stable vital signs and his systemic examination was unremarkable. He had no other findings on his examination but for generalised muscular tenderness.

His blood investigations showed a Creatinine kinase level of 12614. Elevated Liver function tests. His renal function tests and urine output was normal.

As this patient was seen during times of COVID pandemic he was evaluated for COVID infection with RT-PCR which was negative for COVID infection.

Outcome: Patient responded well to intravenous fluids and min diuretics for couple of days. He started feeling well on day one. He was discharged from hospital on day five in a stable condition with normal blood parameters.

Conclusion: generalised muscular symptoms can be due to muscle breakdown. It is important to be cautious and look for possible drug induced condition even if the patient have been on those drugs for some time, as there is no established time line for development of

adverse events from such drugs. Early recognition and prompt intervention can prevent organ damage.

**HEMOSTASIOGRAM INDICATORS IN THE
PROGNOSIS OF PATIENT SURVIVAL WITH
CEREBRAL INFARCTION**

Kurbanov B. I.

**Bukhara branch of the Republican Scientific Center
of Emergency Care**

Close pathogenetic relationship of hemostasiological disorders with development of ischemic stroke confirmed by a significant number of scientific studies. An imbalance in the coagulation and platelet link of hemostasis often serves as the root cause of the formation of atheroembolic cerebral lesions with the formation of a focus of cerebral infarction. Unfavorable clinical course of cerebral infarction associated with hemostatic activation blood, a violation of its rheological properties leading to the formation of micro- and macrothrombosis in the heart, kidneys, lungs, the development of disseminated intravascular coagulation syndrome. Information about the prognostic significance of hemostasis disorders in the acute period of cerebral stroke is contradictory.

The purpose of the study is to determine predictive value of indicators hemostasiograms in relation to survival bridges after cerebral infarction.

Material and methods. The study included 80 patients of the main group with acute cerebral infarction aged 30 to 78 years (mean age 60.5 ± 6.5 years) hospitalized in the neuro-reanimation department of the Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care in 2017 to 2019.

All patients on admission in the hospital performed clinical and neuroradiological examination: computed and / or magnetic resonance imaging of the brain. Blood sampling for laboratory tests was carried out in the 1st and 10th day of hospitalization. Study of plasma parameters hemostasis was performed using an automatic coagulometer using a unified clotting method. The activated partial thromboplastin time (APTT), the ratio of the patient's APTT level to the value control plasma APTT (R APTT), prothrombin time (PT), R PV, international normalized ratio (INR), prothrombin index (PTI), fibrinogen concentration. The ethical committee approved the study protocol. Taking blood samples for research were performed in compliance with the procedure of voluntary informed consent to participate in the study. Survival of patients with cerebral infarction was assessed by the Kaplan-Meier method. Survival comparison in subgroups performed with using the log-rank test. Differences were considered statistically significant at estimated $p < 0.05$ values.

Results and discussion. A group of patients with cerebral infarction on the 1st day of hospitalization compared with the group control showed an increase

INR {1.07 {1.00; 1.16} and 1.03 {0.95; 1.08} respectively; $p=0.042$), R PV {1.08 {1.02; 1.14} and 1.03 {0.95; 1.07}, respectively; $p=0.010$) and a decrease in the level of fibrinogen {3.6 {3; 4.24} and 4.3 {4; 5.4} g/l, respectively; $p<0.001$).

During treatment in the hospital, 6 patients died, were discharged alive 74 people. When analyzing the coagulogram (day 1), patients with a one-year-old cerebral infarction who died during hospitalization were characterized by a significant decrease in APTT ($p=0.015$), R APTT ($p=0.001$) with a simultaneous increase in R PT ($p=0.016$) and fibrinogen level ($p=0.046$). On the 10th day of treatment, blood sampling for hemostasiological study was carried out in 62 patients with cerebral infarction. According to hemostasiogram on the 10th day, lethal outcome of acute period of cerebral infarction proceeded against the background of subacute syndrome of disseminated intravascular coagulation with symptoms consumption hypocoagulation and hyperfibrinogenemia. As in the 1st, so in the 10th day of hemostasiogram examination of deceased patients reflected lengthening PV, increase in R PV, INR. Concentration fibrinogen in the blood was significantly higher in case of death from cerebral infarction {4.85 {3.00; 5.98} and 3.80 {3.03; 4.55} g/l respectively; $p=0.003$).

Conclusion. Thus, as a result of the of a clinical trial the relationship of the main parameters is divided hemostasiograms with survival patients with cerebral infarction in the acute and recovery periods of stroke, information about which in previous studies was absent.

REPAIR OF ATRIAL SEPTAL DEFECT THROUGH ANTEROLATERAL THORACOTOMY WITH CENTRAL CANNULATION: OUR FIRST EXPERIENCE

*Tokhtarbaev D.B., A.A. Abdurakhmanov,
S.A. Tursunov*

**Republican research center of emergency
medicine, Tashkent, Uzbekistan.**

Median sternotomy has been considered as the standard approach for congenital heart defect repair, with excellent results since the beginning of cardiac surgery. Several minimally invasive approaches, such as anterolateral thoracotomy has been developed to achieve favorable cosmetic results with a perfect repair. As the clinical results of congenital heart defect operations improve, the cosmetic implications become more important in the evaluation of these procedures. Potential advantages include improved cosmetic results and comfort for the patient, as well as shorter hospital stays that reduce total costs. More attention has been paid to the cosmetic effects of the cardiac surgical field, especially in female patients, which lead to the constant change of incision location. In our center for the last two years, right anterolateral thoracotomy with conventional central cannulation was often used for

the repair of atrial septal defects. We presented a case of successfully repair of atrial septal defect through anterolateral thoracotomy with central cannulation.

Case report

A 21 years-old female presented in the Republican research center of emergency medicine with chest pain, dyspnea during physical exertion, weakness, dizziness. She had a 3 years history of atrial septal defect diagnosed by her local cardiologist where she lived. Physical examination revealed a regular pulse 80 beats/min, blood pressure of 100/60 mmHg. Heart sounds examination revealed expansion of the second tone. The jugular veins were dilated. EKG: sinus rhythm, right bundle branch block.

Echocardiography revealed atrial septal defect ostium secundum type (6 cm), with left – to – right shunt. Severe pulmonary hypertension.

The diagnosis of ostium secundum atrial septal defect with left-to-right shunt was verified. On physical examination she had NYHA Class II chronic heart failure and pulmonary hypertension. On May 24, the repair of atrial septal defect through anterolateral thoracotomy with central cannulation of aorta and caval veins was performed. The mean incision length was 10 cm. Cardiopulmonary bypass time was 90 min, and aortic clamp time was 21 min. Patient was discharged on 7th post-op day. Patient was satisfied with the surgical scar and it was cosmetically excellent (assessed by preformed subjective questionnaire) was totally hidden under sub-mammary fold without a chest deformity. No residual shunt was detected nor on echocardiography on the day of discharge, or on the 3 months of follow-up.

Conclusion

Anterolateral thoracotomy with conventional central cannulation can be a safe and good alternative to the conventional median sternotomy with good cosmetic results for the repair of atrial septal defects.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕВОСИМЕНДАНА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

*Ш.А. Абдуганиев, А.А. Абдурахманов, М.А. Обейд,
С.А. Турсунов, О.А. Маширапов*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования: оценка эффективности применения левосимендана в периоперационном периоде у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с низкой фракцией выброса левого желудочка при аортокоронарном шунтировании.

Методы. В ретроспективный анализ вошли 42 пациента, оперированные по поводу ИБС. Основную группу составили 26 пациентов, которым проводилась инфузия левосимендана в периоперационном

периоде в рамках подготовки к оперативному лечению. В группу сравнения вошли 16 пациентов, которым в предоперационном периоде проводилась стандартная терапия основного заболевания. Возраст составил от 44 до 69 лет ($53,8 \pm 6,8$ г.) в основной группе и от 44 до 69 лет ($54,8 \pm 7,9$ г.) в контрольной. У пациентов обеих групп по данным эхокардиографии отмечалось снижение ФВ до 35% и ниже. Распределение исследуемых больных по степени выраженности дефицита сердечного выброса: средний уровень сердечного выброса составил для основной группы больных $31,8 \pm 2,9\%$; а для контрольной – $33,09 \pm 2,8\%$ ($p < 0,05$). У всех больных имелся постинфарктный кардиосклероз, у 14 (33,3%) пациентов основной и 8 (50%) контрольной группы – аневризма левого желудочка, не требующая пластики. Мерцательная аритмия – у 9 (21,4%) пациентов основной и 5 (11,9%) контрольной группы. Сопутствующая гипертоническая болезнь – у 36 (84,6%) пациентов основной и у 13 (81,2%) пациентов контрольной группы. Все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию, включающую диуретики, ингибиторы АПФ, малые дозы селективных β -адреноблокаторов и антиагреганты. Левосимендан вводили за 2-3 дня до операции. Через 24 часа после введения левосимендана проводили ЭхоКГ-исследование. Функция левого желудочка оценивалась по ЭхоКГ: фракция выброса составила в среднем $32,4 \pm 4,0\%$, КДО левого желудочка в среднем составил $229,8 \pm 54,8$ мл основной группы. Периоперационный риск смерти до операции определялся по шкале EuroSCORE и составил $5,6 \pm 2,2$ баллов, что соответствует ожидаемой частоте летальных исходов в $7,9 \pm 4,6\%$. Всем пациентам выполнялась операция коронарного шунтирования, среднее количество шунтов – $2,48 \pm 0,67$, 6 (14,3%), больным выполнялась эндартерэктомия из коронарных артерий по поводу их диффузного поражения.

Результаты. В период введения левосимендана не было отмечено значимых изменений параметров гемодинамики, усугубления имевшихся аритмий и появления фатально опасных аритмий. Применение левосимендана при выполнении АКШ у больных с сердечной недостаточностью позволило сократить среднюю дозу, длительность послеоперационной инотропной поддержки и сроки проведения искусственной вентиляции легких. В основном оперативные вмешательства выполнялись на работающем сердце. В основной группе частота перехода на конверсии составила 3 (11,5%) случая, контрольной группы составила 6 (42,8%) случаев. Средний срок пребывания пациентов в отделении реанимации в послеоперационный период составил для основной группы $2,53 \pm 1,1$ дня, для контрольной – $3,81 \pm 1,1$ дня ($p < 0,05$). Таким образом, представленные нами данные свидетельствуют о возможности и целесообразности

включения левосимендана в протокол периоперационного обеспечения аорткоронарного шунтирования у лиц со сниженной фракцией выброса левого желудочка.

Выводы. Представляется целесообразным включение левосимендана в комплекс периоперационного обеспечения аорткоронарного шунтирования у пациентов с ишемической болезнью сердца с низкой фракцией выброса левого желудочка. Наиболее значимый клинический эффект от применения левосимендана достигается у групп больных со снижением сердечного выброса ниже 35%, но выше 20% от должноствующего.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*А.С. Абдуллаев, Р.Ю. Каттаханова,
Г.Б. Шамсуддинова*

**Ферганский государственный медицинский
институт общественного здоровья**

Введение. В настоящее время нет единого мнения о факторах, влияющих на развитие когнитивных нарушений у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), в связи с чем важен поиск причин, приводящих к развитию когнитивных нарушений у этой категории пациентов.

Цель. Определить факторы, влияющие на состояние психологического статуса у пациентов со стабильной формой ИБС.

Материалы и методы. Проведен анализ клинико-anamnestических и нейропсихологических показателей у 30 здоровых (средний возраст – $51,2 \pm 2,5$) и 173 мужчин с ИБС (средний возраст – $52,6 \pm 4,4$ года). Исследование когнитивных показателей проводилось с помощью модифицированной автоматизированной методики «Status-PF». Для целостной оценки нейропсихологического статуса был применен комплексный способ. По соответствующим алгоритмам проведена перекодировка значений показателей нейродинамики (скорость сложной зрительно-моторной реакции (СЗМР), уровня функциональной подвижности нервных процессов (УФП), силы нервных процессов (РГМ), а также количества совершенных ошибок (КО), внимания (корректирующая проба Бурдона (КП), количество переработанных символов на 1-й минуте теста, на 4-й минуте теста) и памяти (тесты: запоминание 10 чисел, запоминание 10 слов и запоминание 10 бессмысленных слогов) в новые, которые находились в диапазоне от 0 до 1, при этом, чем ближе новое значение было к 1, тем ближе оно соответствовало к значению здоровых лиц того же возраста, и наоборот, чем ближе к 0 – тем дальше от нормы.

Таким образом, значения интегрального показателя когнитивного статуса были распределены на диапазоны: низкий когнитивный статус пациента в диапазоне от 0 до 0,32, >0,32, до 0,52 – ниже среднего, >0,52 до 0,75 – средний и >0,75 до 1,0 – соответствующий статусу здоровых лиц того же возраста. В качестве факторов, которые потенциально могут влиять на состояние когнитивного статуса, рассматривались: баллы по шкале MMSE (краткая шкала оценки психического статуса), возраст, индекс массы тела, курение, количество лет обучения, длительность анамнеза ИБС и артериальной гипертензии, функциональный класс стенокардии хронической сердечной недостаточности, наличие стенозов экстракраниальных артерий, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), уровень личностной и ситуативной тревожности, показатели липидограммы. Для построения модели использовался статистический пакет SPSS 17, пошаговый метод Forward LR (метод пошагового включения).

Результаты. Интегральный показатель когнитивного статуса здоровых лиц при расчете составил 0,82 [0,73; 0,88], у пациентов с ИБС был значимо – 0,46 [0,34; 0,58] ($p < 0,0001$). Методом регрессионного анализа пошагового включения выявлены значимые факторы для когнитивного статуса: возраст (X1), количество лет обучения (X2), значение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) (X3) и концентрация триглицеридов (ТГ) в плазме (X4). В качестве факторов, определяющих развитие когнитивных нарушений у пациентов со стабильной формой ИБС, были идентифицированы: возраст ($B = -0,008$; $p = 0,002$), количество лет обучения ($B = 0,015487$; $p = 0,033$), ФВ ЛЖ ($B = 0,003799$; $p = 0,018$) и концентрация в плазме ТГ ($B = -0,045564$; $p = 0,003$).

Заключение. Выявлено, что когнитивный статус у пациентов с ИБС хуже, чем у здоровых лиц того же возраста. Факторами, ухудшающими нейropsychологические показатели, являются: более старший возраст, меньшее количество лет обучения, сниженная ФВ ЛЖ и повышенная концентрация ТГ в плазме крови.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

*У.А. Абдуллаева, М.Г. Туйчиева, Н.И. Махмудов,
У.А. Матхаликова*

Ферганский филиал РНЦЭМП

Актуальность исследования. Проблема цереброваскулярных нарушений является одной из ведущих причин смертности населения многих стран. Когнитивные и неврологические нарушения снижают качество самостоятельной жизни пациентов и приводят к инвалидизации.

Цель исследования: изучить степень и динамику восстановления когнитивных и неврологических функций у пациентов с ишемическим инсультом в ВББ и БПСМА.

Материалы и методы. Исследования проводились в ФФРНЦЭМП, в отделении «Ранняя реабилитация». Всего было исследовано 162 пациента (85 женщин и 77 мужчин) в возрасте от 35 до 84 лет в остром (10 дней) периоде ишемического инсульта в ВББ и БПСМА. Помимо исследования неврологического статуса и других методов исследования (общий и биохимический анализ крови, МСКТ головного мозга), с помощью которых было установлено наличие очага, были проведены исследования когнитивных функций очага ишемического инсульта с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) и Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA-тест). При сравнении групп пациентов применялся критерий Mann-Whitney U-test. Различия считались достоверными при достигнутом уровне значимости $p < 0,05$. Результаты представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm s$).

Результаты. Средний возраст пациентов, перенесших ишемический инсульт в ВББ, составил $66,69 \pm 11,14$ года (женщины – $64,11 \pm 10,13$ года, мужчины – $57,80 \pm 11,40$ года). Средний возраст пациентов, перенесших ишемический инсульт БПСМА, составил $65,46 \pm 12,28$ года (женщины – $65 \pm 10,11$ года, мужчины – $64,40 \pm 16,47$ года). В ходе анализа данных были получены достоверные результаты ($p < 0,05$) о том, что в остром периоде инсульта пациенты с локализацией ишемического инсульта в БПСМА имели более выраженные когнитивные и неврологические нарушения по сравнению с пациентами, перенесшими ИИ в ВББ, и более выраженную динамику восстановления.

Выводы. Обнаружена взаимосвязь между тяжестью когнитивных нарушений и степенью неврологического дефицита. Пациенты, перенесшие ИИ в БПСМА, имеют более выраженные когнитивные и неврологические нарушения и низкую динамику их восстановления, чем пациенты, перенесшие ИИ в ВББ.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

*У.А. Абдуллаева, М.Г. Туйчиева,
Р.Р. Мамажанова, А. Каримов*

Ферганский филиал РНЦЭМП

Лечение и реабилитация пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) представляют собой важнейшую медицинскую и

социальную задачу, так как инсульт занимает первое место среди всех причин инвалидизации.

Цель исследования: оценить реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения на стационарном этапе.

Методика проведения исследования. Реабилитационный потенциал (РП) – интегральный показатель, учитывающий резервные возможности различных органов и систем организма, потенциал личности больного и влияние среды его обитания на процесс восстановления функциональных возможностей, повседневной деятельности и профессиональной пригодности больного. Наряду с РП оценивается реабилитационный прогноз (РПр). Под РПр понимают прогнозирование возможности реализации РП. Направление больного на дальнейшие этапы реабилитации проводится путем отбора, зависящего от РПр и состояния пациента к моменту направления на реабилитацию.

Для определения толерантности постинсультного пациента к общей физической нагрузке нами использовалась формула А.Н. Беловой (1995): $P = 19,7 + 22,1 \times X_1 + 26,7 \times X_2 + 18 \times X_3 + 4,5 \times X_4$, где P – пороговая нагрузка в Вт; X_1 – степень гемипареза (0 – выраженная, 1 – умеренная, 2 – легкая, 3 – нет); X_2 – повторность инсульта (0 – повторный, 1 – первичный); X_3 – клиническое проявление ИБС (0 – есть, 1 – нет); X_4 – степень изменений ЭКГ (0 – выраженная, 1 – умеренная, 2 – легкая, 3 – норма). Если толерантность не превышала 25 Вт, назначался общий комплекс упражнений, свыше 25 Вт – в комплекс лечебной гимнастики включались упражнения на велоэргометре с контролем артериального давления и пульса.

Наблюдения проводились за 60 пациентами с ОНМК, находящимися на стационарном лечении в отделении нейрореабилитации ФФРНЦЭМП в течение 2018–2021 гг. Для каждого пациента рассчитывалась толерантность к общей физической нагрузке в первый день проведения ранней медицинской реабилитации. В соответствии с результатом разрабатывалась индивидуальная программа реабилитации. На 10 день у постинсультных больных снова определялась пороговая нагрузка.

Результаты. В первый день проведения ранней реабилитации пороговая нагрузка не превысила 25 Вт у 12 пациентов, у 48 толерантность к общей физической нагрузке – свыше 25 Вт. Пациентам проводились реабилитационные мероприятия, разработанные для каждого пациента индивидуально, но с учётом их толерантности к физической нагрузке. На 10 день медицинской реабилитации толерантность к общей физической нагрузке до 25 Вт определялась у 26 пациентов, а свыше 25 Вт – у 34.

Таким образом, определение толерантности к физической нагрузке позволяет оценить функцио-

нальные возможности организма и разработать индивидуальную программу реабилитации, что позволяет улучшить качество жизни данной категории пациентов.

СУНЪИЙ НЕЙРОН ТАРМОҚЛАР ЁРДАМИДА ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ

Абдуманонов А. А.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт
институтини

Сунъий интеллект (СИ)нинг тури математик аппаратларга асосланган тизимлар, айниқса тиббий ташхислаш ва башоратлаш муаммоларини ечишда самаралидир. Бундай сунъий интеллект тизимларини яратишда турли эксперт тизимлар ёки сунъий нейрон тармоқ (СНТ) технологияларидан фойдаланиш ҳозирда кенг тарқалган. СНТ математик нейронлар деб аталувчи элементлардан иборат, математик нейрон ахборот олади, унинг асосида вазн коэффициентларига эга бўлади, у бўйича ҳисоб-китобларни амалга оширади ва уни кейинги тизимга узатади. Боғланган ва ўзаро боғланган математик нейронлар жуда мураккаб масалаларни ҳал қила оладиган нейрон тармоғини ҳосил қилади. Ҳозирги вақтда кўп қатламли перцептрон энг кўп ишлатиладиган СНТларнинг бир неча турлари ишлаб чиқилган. Ушбу ишда тиббиётнинг турли соҳаларида СНТдан фойдаланиш кўриб чиқилган, алоҳида эътибор уларнинг архитектурасига, ўқитиш алгоритмлари ва уларнинг ишлаш аниқлигига қаратилган.

Бугунги кунда юрак-қон томир касалликлари (ЮҚТ) дунёдаги энг кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотларига кўра, ҳар йили бошқа касалликлардан кўра кўпроқ инсонлар ЮҚТ касаллигидан оламдан ўтаётгани аниқланган. Ҳозирда бу касаллик орқали вафот этишлар барча глобал ўлимларнинг 31% ини ташкил қилади. Шулардан 6,7 миллиони коронар юрак касаллиги ва 11,2 миллиони инсультдан келиб чиққан. ЮҚТ касалликларини даволашда уни эрта ташхислаш катта аҳамиятга эга. ЮҚТ тизими касалликлари бутун даволаш жараёни унинг ташхисига бағишланади. Бироқ унинг клиник кўринишлари турлича, шунинг учун шифокорлар кўпинча ташхис қўйишда катта қийинчиликларга дуч келишади ва баъзан хатоларга ҳам йўл қўйилади. Бундай муаммоларни ҳал қилишнинг энг қулай воситаларидан бири кучли ва айти пайтда жараён ва ҳодисаларни симуляция қилишнинг мослашувчан усули ҳисобланган сунъий интеллект тизимларидан бири бўлган сунъий нейрон тармоқларидир. Нейрон тармоқларининг ўзига хос хусусияти улар-

нинг экспериментал маълумотлардан ўрганиш қобилиятидир. Даволаш тадбирлари ҳар бир бемор учун турли эканлиги масаланинг мураккаблигини оширади, баъзи беморлар бутунлай бошқача кўрсаткичларга эга бўлиши мумкин ва бу маълумотлар уларнинг даволаш ўртасидаги муносабатлар, тизимни ўқитиш тармоқлари учун ахборот (билим) сифатида тақдим қилинади. Таъкидлаш жоизки, СНТдан кўрилаётган предмет соҳасининг математик моделлари сифатида фойдаланиш мумкин. Нейрон тармоқ моделининг кириш параметрларини ўзгартириш ва чиқиш сигналларининг хатти-ҳаракатларини кузатиш орқали сиз соҳа майдонини ўрганишингиз, СНТни ўқитиш жараёнида олинган тиббий қонуниятларни аниқлашингиз ва текширишингиз мумкин. Таклиф қилинган нейротармоқлар ёрдамида беморларни тиббий маълумотлари ва текширув маълумотлари асосида ташхислаш тизими учта блокдан иборат, бунда биринчи блокда тизимдаги яратилган сунъий нейрон тармоқдаги хатолик кўрсаткичининг энг кичиги олинади. Иккинчи блокдаги беморларни сунъий нейрон тармоқлар асосида касал ёки касал бўлмаганларга ажратиб берилади. Нейроннинг киришига беморнинг маълумотлари ва унинг тиббий таҳлилига тегишли ахборотлар берилади, ундан сўнг нейрон тармоқ беморнинг касал ёки соғломлигини (МКБ10 асосида) аниқлайди. Биз кўраётган тизим даволовчи шифокорлар учун ёрдамчи тизим ҳисобланиб, у шифокорга танланган ташхиснинг эҳтимоллик даражасини фоизларда кўрсатади ва унга танланган ташхиснинг эҳтимоллий аниқлигини белгилашга ёрдам беради, яқуний ташхисни даволовчи шифокор танлайди. У тизим берган эҳтимоллий ташхис фоизининг юқори бўлганини танлаши ёки уни аниқлаштириш учун қўшимча тиббий текширувларни олиб бориши мумкин. Ҳамма сунъий нейрон тармоқлар ишини тугатгач маълумотлар нейрон тармоқ томонидан аниқланиши керак бўлган ташхис туридан бирини тасдиқлайдиган ёки аксинчалигини топиш функциясида иборат бўлган таҳлиллаш блогига келиб тушади. Агар учта сунъий нейрон тармоқдан бири бемор касаллик белгилари ўзидаги касаллик турига мослиги ҳақида ахборот берса, унда айнан шу маълумот бутун ахборот тизимининг чиқишида кўрилади. Агар тизимнинг бир неча нейрон тармоқлари бемордаги касаллик тури улардаги касаллик турига мослигини аниқлаганлиги ҳақида ахборот берса, ундай ҳолда таҳлиллаш блогига берилган нейронлардаги хатолик фоизига эътибор беради, хатолик фоизи қанча кам бўлса, демак, ушбу касаллик турининг бемор ташхиси эканлиги ва танланган ташхиснинг аниқлиги эҳтимоллиги юқорилигини аниқлатади. Тизимни яратиш учун асос Фарғона шошилинич тиббий ёрдам илмий марказини клиник бўлимлари томонидан тақдим этилган маълумотлар бўлди. Маълумотлар 10

устундан иборат жадвал бўлиб, 60 нафар беморнинг тиббий маълумотлари ва ташхиси текширув натижалари берилган. Маълумотлар сирпанувчи ўртача катталиклар усули ёрдамида бўш ячейкаларни олиб ташлаш орқали қайта ишланди, бу эса тизимдаги ахборотнинг етишмаслиги каби муаммоларини бартараф этди. Юрак-қон томир касалликларини ташхислаш тизими моделини синовдан ўтказиш натижасида ташхис 33,5 дан кам хато даражаси билан амалга оширилди. Демак, бу тизимни даволаш ташхислаш муассасаларида клиник жараёнда қўллаш учун тавсия қилишга лойиқлигини кўрсатди. Тизим даволаш муассасасининг юрак-қон томир касалликларини даволаш ва ташхислаш бўлимлари фаолиятини оптималлаштириш, даволовчи шифокорларга тезкор ташхислаш қарорларини қабул қилиш ва бунинг учун шифокорлар илмий асосланган ташхисларни танлаш имкониятини яратади, шунингдек ташхис аниқлигининг ошишига олиб келади.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССЛОЕНИЙ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ

*А.А. Абдурахманов, М.А. Обейд, А.А. Полванов,
Б.Х. Мирсултанов*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Частота заболеваний грудной аорты в последние годы неуклонно растет. Наиболее часто диагностируются аневризмы, расслоения или разрывы аорты. Общая летальность в случае наступившего расслоения достигает более 94%, при этом смертность при своевременном хирургическом вмешательстве в опытных центрах может быть снижена до 25%.

Цель: оценить непосредственные результаты первого опыта хирургического лечения расслаивающих аневризм восходящей аорты (типа А по Стэнфордской классификации).

Методы. В ретроспективный анализ включены 6 пациентов (все мужского пола; средний возраст – 51,7 года (от 46 до 63 лет)), оперированных в период с августа 2021 года по март 2022 года. У всех больных диагностирована расслаивающая аневризма аорты типа А по Стэнфордской классификации. Всем пациентам диагноз был подтвержден данными эхокардиографии и мультиспиральной компьютерной томографии – аортографии. У 2 (33%) пациентов, у которых, по данным коронароангиографии, выявлены гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий, имелась сопутствующая ишемическая болезнь сердца. В 1 (16,7%) случае отмечалась недостаточность аортального клапана III степени. В 1 (16,7%) случае надрыв интимы располагался в проксимальной части дуги аорты.

Результаты. Все операции выполнялись с применением метода гипотермического искусственного кровообращения (ИК – в среднем $251,7 \pm 50,0$ мин) и фармакоологической кардиоплегии ($127,7 \pm 40,1$ мин). Канюляция бедренной артерии осуществлялась в 4 (66,7%) случаях, в остальных случаях канюлировали правую подключичную артерию. У 2 (33,3%) пациентов с расслаивающей аневризмой аорты применялась антеградная селективная перфузия, в остальных случаях – ретроградная перфузия головного мозга с циркуляторным арестом (средняя продолжительность циркуляторного ареста $45 \pm 13,8$ мин; температура – $21,5 \pm 1,5$ градусов). В 4 (66,7%) случаях больным выполнено супракоронарное протезирование восходящего отдела аорты, в 1 (16,7%) случае – протезирование корня аорты композитным клапаносодержащим графтом (механический клапан SJ 23 и протез Васкутек № 30 – операция Бенталла-Де Боно), в 1 (16,7%) случае супракоронарное протезирование восходящей аорты дополнялось протезированием дуги аорты. На всех операциях использовались сосудистые протезы «Васкутек», биологический клей не использовался. В качестве сопутствующих вмешательств в 2 (33,3%) случаях выполнено коронарное шунтирование. Послеоперационный период в 2 (33,3%) случаях осложнился развитием обширного ишемического инсульта, что привело к летальному исходу (летальность – 33,3%), в 1 (16,7%) случае наблюдалась энцефалопатия, потребовавшая ранней трахеостомии, в остальных 3 (50%) случаях послеоперационный период протекал без осложнений. Средний объем послеоперационной кровопотери составил 850 ± 117 мл.

Выводы. Первый опыт хирургического лечения расслаивающих аневризм аорты показал, что своевременное выявление и хирургическое лечение позволяет достичь удовлетворительных результатов с умеренной летальностью – 33,3%. Дальнейшее улучшение результатов, по-видимому, связано с увеличением опыта оперирующей бригады.

РЕЗУЛЬТАТЫ АУТОАРТЕРИАЛЬНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС

*А.А. Абдурахманов, И.А. Абдухалимов,
С.А. Турсунов, Х.Р. Суванов*

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить ближайшие и непосредственные результаты и эффективность аутоартериального коронарного шунтирования.

Материалы и методы. С 2017 по 2021 гг. в отделении кардиохирургии, в Республиканском науч-

ном центре экстренной медицинской помощи выполнено 59 операций аутоартериальной реваскуляризации миокарда. Возраст пациентов составил от 37 до 68 лет (в среднем – 54 г.). Мужчин было 46 чел. (77,9%), женщин – 13 (22,1%).

В ближайшем сроке после операции (от 1 мес. до 6 мес.) в клинике обследованы 38 (64,4%) пациентов. Изучались показатели клинической эффективности проведенного оперативного лечения, такие как Эхо-показатели сократительной способности миокарда левого желудочка – фракция выброса (ФВ), ЭКГ-показатели.

Результаты. Левая внутренняя грудная артерия использовалась у 94,7%. По бассейнам шунтированных артерий наибольшее количество вмешательств выполнялось на передней межжелудочковой артерии – $92,5 \pm 0,23\%$. По количеству выполненных анастомозов: 5 шунтов выполнено у 4 больных, 4 шунта – у 12 больных, 3 шунта – у 29 больных, 2 шунта – у 13 больных. Индекс реваскуляризации у больных составил 3,07. У больных до операции ФВ составила в среднем 44-58%. ФВ после операции составила 55-64%. Положительная динамика показателей ЭКГ в стандартных отведениях наблюдалась в 82,6% случаев.

По данным анамнеза, ни у одного пациента клиника возвратной стенокардии не наблюдалась. Лишь у 1 пациента (1,6%) с сомнительной клиникой возвратной стенокардии были показания к коронарошунтографии, от которого пациент отказался.

Вывод. Данные клинико-функционального обследования больных позволяют говорить об эффективности метода аутоартериального шунтирования миокарда. Хирургическая реваскуляризация коронарных артерий у больных с многососудистым поражением коронарных артерий приводит к улучшению метаболизма участков миокарда и, как следствие, способствует приросту общей фракции выброса ЛЖ, что почти в 98% случаев показывает хорошие результаты выполненных оперативных вмешательств.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ

*А.А. Абдурахманов, М.А. Обейд,
Ш.Т. Артыков, С.А. Турсунов*

Республиканский научный центр
экстренной медицины
Ташкент, Узбекистан

Распространенность заболеваний аорты продолжает расти, частота встречаемости составляет 5-10 случаев на 100 000 населения. Хирургическое лечение аневризм восходящей аорты в настоящее время является обычной процедурой, и в центрах с большим опытом сопровождается низкой смер-

тностью и низкой частотой осложнений, при этом при развитии расслоения сопровождается высокой летальностью.

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения пациентов с аневризмой восходящей аорты.

Материал и методы. В это ретроспективное исследование были включены 32 пациента, оперированных по поводу аневризмы восходящей аорты в период с 2016 по 2022 год. Средний возраст пациентов составил $52,5 \pm 2,7$ года (28-70 лет). Средний диаметр восходящей аорты в ее самой широкой части составил $6,5 \pm 0,8$ см (4,5-9,5 см). В 6 (19,4%) случаях пациенты оперированы по экстренным показаниям ввиду расслоения аорты типа А по Стэнфордской классификации, из них в одном случае (3,2%) расслоение восходящей аорты захватывало корень аорты, приводя к острой недостаточности аортального клапана. В 25 (80,6%) случаях аневризма аорты сочеталась с пороком аортального клапана, из которых в 17 (54,8%) случаях аневризма аорты была вызвана аортопатией, связанной с двустворчатым аортальным клапаном, при этом в 8 (25%) случаях была диагностирована аортальная регургитация 3-й степени и в 9 (28,1%) случаях – тяжелый стеноз аортального клапана со средним систолическим градиентом 100 мм рт. ст. В других 5 (16,1%) случаях аневризма восходящей аорты сочеталась с симптомным стенозом трехстворчатого аортального клапана, средний градиент на клапане составлял $103 \pm 12,2$ мм рт. ст., а в остальных 3 (9,7%) случаях аневризма восходящей аорты была связана с синдромом Марфана и сопровождалась выраженной недостаточностью аортального клапана.

Результаты. В 24 (77,4%) случаях была проведена процедура замены корня аорты клапаносодержащим композитным графтом (механический клапан St. Jude Medical; трубчатый сосудистый протез – Vascutek), из них в 5 (15,6%) случаях потребовалась сопутствующая процедура по шунтированию коронарных артерий. В 1 (3,1%) случае была проведена процедура изолированной замены аортального клапана и восходящей аорты, в 2 (6,2%) случаях было произведено клапансберегающее протезирование корня и восходящей аорты по методике Florida Sleeve и в 5 (16,1%) случаях расслоения аорты типа А по Стэнфорду произведено протезирование восходящей аорты в условиях искусственного кровообращения и циркуляторного ареста. Среднее время искусственного кровообращения составило $304,4 \pm 59,2$ мин; среднее время пережатия аорты – $207,5 \pm 55,7$ мин. Средняя кровопотеря после операции составила $825 \pm 183,2$ мл. Средняя продолжительность послеоперационного госпитального периода составила $12,8 \pm 1,2$ дня. В раннем послеоперационном периоде 2 (6,2%) пациента, опери-

рованных по экстренным показаниям, погибли; в 1 (3,1%) случае отмечались преходящая когнитивная дисфункция в виде энцефалопатии, в остальных случаях никаких послеоперационных осложнений не наблюдалось. Средний период наблюдения составил $16,8 \pm 7,2$ месяца, в течение этого периода два пациента умерли от клапан-ассоциированных и геморрагических осложнений (тромбоз протеза клапана и желудочно-кишечное кровотечение).

Вывод. Хирургическое лечение аневризм аорты сопровождается удовлетворительными результатами с приемлемыми показателями летальности (6,2%) и осложнений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СТЕНТИРОВАНИЯ И КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕКТОМИИ ПРИ СТЕНОЗАХ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ

*А.А. Абдурахманов, Ф.А. Маматалиев,
Х.Ф. Мирзакаримов, Ш.Т. Артыков*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Проблема мультифокального атеросклероза в настоящее время чрезвычайно актуальна. Такие осложнения мультифокального атеросклероза, как ишемическая болезнь сердца (ИБС) и ишемический инсульт (ИИ), являются основными причинами смерти и инвалидизации населения в развитых странах.

Цель исследования: сравнительный анализ результатов стентирования и каротидной эндартектомии при стенозах каротидных артерий.

Материал и методы. За период с 2015 по 2019 года в РНЦЭМП выполнено 42 стентирования внутренней сонной артерии (ВСА) с защитой головного мозга фильтрами (КАС), которые составили первую (I) группу пациентов. Вторую группу (n=42) составили пациенты, которым проводились открытые вмешательства на сонных артериях (КЭАЭ). Средний возраст пациентов в I группе составил $64,5 \pm 6,9$ года (от 46 до 77 лет), во II группе – $62,9 \pm 7,7$ года (от 47 до 80 лет). В обеих группах преобладали пациенты мужского пола (n=29/69,7% в группе КАС и n=27/64,4% в группе КЭАЭ).

Результаты. Нарушения мозгового кровообращения в виде транзиторной ишемической атаки (ТИА) или острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) отмечено у 4 (9,5%) больных в группе КАС, в группе КЭАЭ развитие ТИА на стороне операции отмечено у 3 (7,1%), и в 1 (2,4%) случае развился ИИ, что может свидетельствовать об одинаковой безопасности обоих методов коррекции стенозов ВСА.

Выводы. На основании полученных результатов госпитального периода наблюдения можно

говорить о равнозначной безопасности использования КАС и КЭАЭ у пациентов с гемодинамически значимыми стенозами.

**ТЎҚИМА КАЛЛИКРЕИНИНИНГ
(КАЛЛИДИНОГЕНАЗА) ИЗОЛЯЦИЯЛАНГАН
БОШ МИЯ ЁПИҚ ЖАРОҲАТЛАРИДАН КЕЙИНГИ
НЕВРОЛОГИК ДЕФИЦИТЛАРДАГИ АҲАМИЯТИ**

Аваков В.Е., Кенжаев Л.Т., Ибрагимов Н.К.

**Тошкент тиббиёт академияси анестезиология
ва реанимация кафедраси.
Ўзбекистон.**

Муаммонинг долзарблиги: изоляцияланган бош мия ёпиқ жароҳатлари (БМЁЖ) ҳозирги кунда, айниқса, меҳнатга лаёқатли ёшда (20–40) кўп учраётганлиги нафақат тиббий, балки ижтимоий-иқтисодий муаммолардан бири саналади. Украинада ҳар йили 11 мингдан ортиқ одам ушбу патологиядан вафот этади, уларнинг 55 фоизи касалхонага ётқизиш босқичида ва 41 фоизи касалхона босқичида ҳаётдан кўз юмади, бу ривожланган мамлакатлар касалхоналаридаги ўлим даражасидан 1,5 барабар кўпдир.

Мақсад: Изоляцияланган БМЁЖ билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш ва неврологик асоратларни камайтириш.

Тадқиқот ва усуллар. Биз ўртача ёши $58,1 \pm 4,4$ йил бўлган БМЁЖ билан оғриган 24 нафар беморни (18 эркак ва 6 аёл) текширдик. Барча беморлар 2 гуруҳга ажратилди: 12 нафар беморни ўз ичига олган назорат гуруҳи стандарт терапия олди ва қолган 12 нафар беморни ўз ичига олган тадқиқот гуруҳи, стандарт терапиядан ташқари, кунига бир марта Калген 0,15 PNA¹ NaCl 0,9% – 200 мл да суюлтирилган ҳолда вена ичига, томчилатиб, секинлик билан қўлланилди. Барча беморларда гемодинамик параметрлар, гемостаз, клиник, биокимёвий ва шу жумладан неврологик ҳолат MMSE, NIHSS ва Ранкин шкаласи ёрдамида баҳоланди. Эс-хуш бузилиши эса Глазго шкаласи (ГШ) бўйича баҳоланди.

Тадқиқот натижаси. Глазго шкаласи бўйича қабул вақтида 1-гуруҳ (стандарт терапия) беморларда $7,1 \pm 0,6$ баллни, 2-гуруҳда (стандарт терапия+калген) эса $6,8 \pm 0,9$ баллни ташкил қилди. Бу эса иккала гуруҳда ҳам эс-хуш бузилишининг 2-даражали кома эквивалентига тўғри келади. Стандарт терапиядан сўнг ГШ $13,5 \pm 0,6$ баллни ташкил қилиб эс-хуш бузилишининг қарахтлик даражасига тўғри келди. Калген комплекс терапиясидан кейин ГШ $14,6 \pm 0,3$ ($P < 0,05$) баллни ташкил қилиб, беморларнинг онги клиник жиҳатдан ҳам, Глазго шкаласи бўйича ҳам аста-секин яхшиланди. Терапия якунида онгнинг деярли тўлиқ тикланиши аниқланди. Невростатусни баҳолаш шкалалари (MMSE, NIHSS ва Ранкин) дастлаб беморларда мос

равишда 23,4, 10,8 ва 2,4 ни ташкил қилган бўлса, калген препаратидан кейин эса мос равишда 24,8, 9,6 ва 1,8 баллни ташкил этди. Стандарт терапия гуруҳида даволанишдан олдин 24,6, 10,4 ва 2,4 баллга, даволанишдан кейин эса 24,6, 9,5 ва 2,0 баллга яхшиланиши кузатилди.

Хулоса. 1. Калген 0,15 PNA (тўқима калликреини) этиопатогенетик жиҳатдан БМЁЖда нерв тизими функциясининг самарали ва тез тикланишини таминлайди.

2. Калген препарати таъсирида эс-хуш биринчи гуруҳга нисбатан тез ва деярли тўлиқ тикланиши кузатилиб, бу эса реанимация бўлимида даволаниш кунини қисқаришига олиб келди.

**ТУРЛИ ГЕНЕЗЛИ ПАРЕНХИМАТОЗ ГЕМОМРАГИК
ИНСУЛЬТ КАСАЛЛИГИНИНГ ЎЗИГА
ХОС КЕЧИШИ**

Акбаралиева С.У.¹, Раҳимбаева Г.С.²

**Тошкент Тиббиёт Академияси Неврология ва
тиббий психология кафедраси
Тошкент**

Тадқиқот мақсади: турли коморбид фон мавжуд бўлган беморларда кузатиладиган паренхиматоз геморагик insult касаллигининг ўзига хос кечишини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва методлари: тадқиқот материали сифатида 2020–2021 йилларда Тошкент тиббиёт академияси Интенсив неврология бўлимида геморагик insult касаллигининг паренхиматоз тури билан даволанган 35 нафар бемор олинди. Беморларнинг 1-гуруҳини 12 нафар паренхиматоз геморагик insult гипертония касаллиги ва қандли диабет 2-тури асосида ривожланган беморлар ташкил этди. 2-гуруҳда 21 нафар гипертония касаллиги ва атеросклероз асосида шаклланган паренхиматоз геморагик insult билан касалланган беморлар ташкил этди. Шунингдек, 1 нафардан беморларда геморагик insult касаллигининг паренхиматоз тури артериовеноз мальформация ва кавернома фонида ривожланганлиги маълум бўлди. Ушбу беморларнинг касаллик тарихи, бош мия МСКТ текшируви, лаборатор таҳлиллари ўрганилди ва турли даражали ногиронликни таҳлил қилиш учун Бартель шкаласи таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари: геморагик insultнинг паренхиматоз тури билан касалланган 1-гуруҳи, яъни гипертония касаллиги ва қандли диабет 2-тур коморбид фони бўлган 12 нафар беморнинг 11 нафарида Бартель шкаласи ўтказилганда (1 нафар бемор касаллигининг ўта ўткир даврида мия шишидан вафот этган) 7 нафар беморда (58,3%) оғир ногиронлик, қолган 4 нафарида эса (33,3%) ўрта оғир даражали ногиронлик кузатилди. Беморлардан 7 таси (58,3%) 50–65 ёшли беморлар бўлиб, 85,7%

(n=6) эркаклар ҳамда 14,3% (n=1) аёллар сонига мос келди, 65 ёшдан катталар эса 5 нафар, улардан 40% (n=2) аёллар, 60% (n=3) эркаклар. 2-гуруҳдаги касалларнинг 2 таси (9,5%) 40 ёшдан кичик, 4 таси (19,0%) 40–50 ёш орасида, 12 нафари (57,1%) 50–65 ёшлилар ва қолган 3 нафар бемор (14,3%) 65 ёшдан катта, шунингдек 21 та беморнинг 43,0% (n=9) аёллар, 57,0% (n=12) эркаклардир. 2-гуруҳ, гипертония касаллиги ва атеросклероз асосида ривожланган паренхиматоз геморрагик инсульт касалликларида 4 та беморда (19,0%) оғир ногиронлик, 14 нафариди (66,7%) ўртача ногиронлик ва қолган 3 тасида (14,3%) эса ногиронлик ҳамда ҳеч қайси беморда ўлим ҳолати қайд этилмади.

Хулоса: геморрагик инсультнинг паренхиматоз турига сабаб бўлувчи ва кучайтирувчи коморбид ёндош касалликлар сони қанчалик кўп кузатилса, шунга мос равишда паренхиматоз геморрагик инсульт касаллигининг ўлим ва оғир даражадаги ногиронлик оқибатлари сони ортиб боради.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕПЕРFUЗИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

*Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, С.Б. Турсунов,
Б.Ш. Алимханов, Х.Ф. Мирзакаримов,
Л.Б. Гиёсзода*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Актуальность. Ишемический инсульт (ИИ) является одной из лидирующих причин смерти и инвалидизации населения в развитых странах. Реваскуляризация пораженного церебрального бассейна улучшает прогноз и снижает летальность, что было доказано рандомизированными исследованиями. На сегодняшний день существует несколько способов реканализации при ИИ – тромболитическая терапия, метод эндоваскулярной механической тромбэкстракции с использованием стент-ретриверов и/или аспирационных нейротензионных катетеров.

Цель: оценить результаты эндоваскулярной реперфузии при ОНМК.

Материалы и методы. С 2018 года по 2021 год в РНЦЭМП выполнены интервенционные методы восстановления церебрального кровотока у 23 больных, госпитализируемых в рамках шестичасового «терапевтического окна». Возраст пациентов колебался от 49 до 74 лет. Мужчин было 14 (60,8%), женщин – 9 (39,2%). После поступления в Центр всем выполняли МСКТ головного мозга, при отсутствии геморрагического компонента далее выполняли церебральную ангиографию. У 8 (34,8%) больных была острая окклюзия ВСА, у 12 (52,2%) больных – окклюзия СМА и у 3 (13%) – окклюзия

ПМА. У 8 (34,8%) пациентов выполнена реканализация, баллонная ангиопластика со стентированием ВСА при острой окклюзии на высоте инсульта, и у этих пациентов одновременно вводили ТЛТ альтеплазой. Остальным 15 (65,2%) пациентам выполнен интервенционный метод, из них 8 (34,8%) пациентам выполнена механическая тромбэкстракция с использованием стент-ретриверов, а 7 (30,4%) пациентам – тромбоаспирация с помощью аспирационных катетеров.

Результаты. Технический успех процедуры был достигнут в 86,6% случаев. У 2 пациентов просвет сосуда не восстановлен, из них у одного на операционном столе развилось нарушение ритма, далее – фибрилляция желудков и смерть больного. После тромболитической терапии у 2 (8,7%) развился геморрагический инсульт. Остальные 19 (82,6%) пациентов выписаны через 7-8 суток после вмешательства без неврологического дефицита.

Выводы. Эндоваскулярная тромбэктомия полезна для большинства пациентов с острым ишемическим инсультом, независимо от характеристик пациента или географического положения. Эти результаты будут иметь глобальное значение для структурирования систем оказания экстренной медицинской помощи для своевременного лечения пациентов с острым ишемическим инсультом.

АЛГОРИТМ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЯХ

*Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов,
Б.Ш. Алимханов, С.Б. Турсунов, Л.Б. Гиёсзода,
Х.Ф. Мирзакаримов, Ш.А. Акилова*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Цель исследования: оценка частоты возникновения и характера нарушений в работе имплантированных электрокардиостимуляторов в ходе хирургических операций с использованием электрохирургических манипуляций.

Материалы и методы. В РНЦЭМП, в отделениях общей хирургии, сосудистой хирургии совместно со специалистами отделения ангиографии г. Ташкента в период с 2015 по 2021 г. выполнено 84 оперативных вмешательства пациентам в возрасте от 51 до 82 лет.

Сроки от момента имплантации ЭКС до оперативного вмешательства составили от 10 дней до 11 лет. Среди указанных пациентов было 52 (61,9%) мужчины и 32 (38,1%) женщины. Средний возраст больных составил 69,2±2,1 года.

Для оценки сердечной деятельности во время операции всем больным проводили запись электро-

кардиограммы (ЭКГ) по кардиомонитору и оценивали показатели работы ЭКС во время электрокоагуляционного (ЭК) воздействия в монополярном режиме. Во время операции во всех случаях использовали монополярный режим ЭК с мощностью воздействия до 100 Вт.

Результаты исследований. Использование электрокоагуляции в монополярном режиме является наиболее частой причиной интраоперационных осложнений, связанных с работой ЭКС. Выявлена четкая взаимосвязь между нарушениями в работе ЭКС и длительностью однократного воздействия электрокоагулятора при различных операциях.

ЭК-воздействие приводит не только к неэффективной стимуляции по желудочковому каналу, но и к кратковременному нарушению синхронизации по предсердному каналу. Выполненная в послеоперационном периоде контрольная проверка системы ЭКС не выявила изменений ни амплитудно-временных параметров стимуляции, ни запрограммированных ранее функций ЭКС, что подтверждает связь данных нарушений с ЭК. Особенностью современных физиологических режимов стимуляции ЭКС является их способность воспринимать электрические сигналы сердца, и если частота сердечных сокращений становится больше запрограммированной, то ЭКС перестает генерировать импульсы, переходя в режим «ожидания». Внешние электромагнитные сигналы ЭК, особенно в монополярном режиме, могут восприниматься и в ряде случаев ошибочно детектироваться ЭКС как частая деятельность сердца, что приводит к ингибированию стимуляции до момента прекращения ЭК.

Во время операций у нас не возникло состояния, которое потребовало бы реанимационных мероприятий и вмешательств в систему ЭКС из-за нарушений в ее работе.

Нами был разработан алгоритм тактики выбора лечения больных с имплантированными электро-стимуляторами при хирургических патологиях.

Вывод. Наличие ЭКС у пациента не является противопоказанием к проведению экстренных операций в монополярном режиме с использованием электрокоагуляции. В случае возникновения нарушений в работе ЭКС необходимо кратковременное прекращение электрокоагуляции, а в случае регистрации неэффективных стимулов – отказ от применения ЭК. Однако стимулятор-зависимым больным целесообразно выполнять операции с ЭК с установленным дополнительным электродом для страховочной временной стимуляции.

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, С.Б. Турсунов,
Б.Ш. Алимханов, Х.Ф. Мирзакаримов,
Л.Б. Гиёсзода, М.И. Хайдаров*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Актуальность. Проблема профилактики нарушения мозгового кровообращения у больных с поражениями артерий вертебробазилярного бассейна (ВББ) в настоящее время чрезвычайно актуальна.

Цель: оценить клиническую эффективность стентирования позвоночных артерий у пациентов с вертебрально-базилярной недостаточностью.

Материал и методы. С 2018 по 2021 года в РНЦЭМП были выполнены операции стентирования позвоночной артерии у 28 пациентов. Возраст пациентов колебался от 46 до 73 лет. Мужчин было 19 (67,8%), женщин – (32,2%). У всех больных отмечались транзиторные ишемические атаки в ВББ. Всем выполняли МСКТ головного мозга и МСКТ-ангиографию экстра- и интракраниальных артерий головного мозга в экстренном порядке.

У 4 (14,3%) пациентов при МСКТ ангиографии выявлен критический стеноз первого сегмента позвоночной артерии до 95%, у 8 (28,5%) пациентов был стеноз 80-85% позвоночной артерии, у остальных 16 (57,2%) пациентов был стеноз 70-85%.

Кроме клинических и функциональных методов исследования всем пациентам была проведена церебральная ангиография артерий головного мозга.

Стентирование первого сегмента позвоночной артерии было выполнено у 22 (78,5%) пациентов, второго сегмента – у 4 (14,3%) пациентов и стентирование базилярной артерии – у 2 (7,2%) пациентов. Следует отметить, что стентирование у последних выполнено по коронарной технологии с использованием гайд-катетера, коронарного проводника и коронарного стента. Был имплантирован коронарный стент с лекарственным покрытием, размер стента – от 4,0 мм до 5,0 мм. В послеоперационном периоде все пациенты получали двухкомпонентную дезагрегантную терапию (клопидогрел 75 мг и аспирин 100 мг).

Результаты. Технический успех процедуры был достигнут в 100% случаев. После выполнения операции у 23 (82,1%) больных констатировали стойкое клиническое улучшение, проявляющееся в уменьшении или исчезновении клиники ВБН. У 5 (17,9%) больных была клиника ВБН (головокружения). Через месяц при контрольном осмотре у этих больных клиника ВБН полностью исчезла. Летальных исходов отмечено не было.

Выводы. Стентирование позвоночных артерий у больных с клиникой ВБН может рассматриваться как альтернатива открытой реконструкции ПА при низкой толерантности головного мозга к ишемии.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРЫХ РАССЛОЕНИЯХ НИСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ

*Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов,
А.А. Абдурахманов, Б.Ш. Алимханов,
Б.П. Хамидов*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Введение. Частота расслоений аорты растет год от года, данная патология является грозным осложнением заболеваний аорты и сопровождается достаточно высокой частотой летальности и осложнений. Эндоваскулярные вмешательства (TEVAR) при острых расслоениях типа В являются одним из основных методов лечения и имеют класс I, согласно последним рекомендациям, сопровождаясь удовлетворительными непосредственными и отдаленными результатами.

Цель исследования: анализ результатов первого опыта TEVAR при острых осложненных расслоениях нисходящей части грудной аорты.

Методы. В течение первого полугодия 2022 г. В РНЦЭМП обратились 2 пациента (мужчины, 40 и 34 лет) с признаками расслоения аорты. На МСКТ подтверждено расслоение типа В по Стэнфорду осложненное мальперфузией (нарушение кровообращения в нижних конечностях) и кровотечением в плевральную полость (в одном случае наблюдался тотальный левосторонний гемоторакс).

Результаты. Показаниями к вмешательству послужили мальперфузия и разрыв аорты с кровотечением в плевральную полость. В одном случае установлен один стент-графт, во втором случае, учитывая высокую локализацию интимального надрыва, потребовался дебринг левой подключичной артерии с последовательной установкой двух стент-графтов в нисходящую аорту. Госпитальная и 30-дневная смертность были равны 0%; нарушений мозгового кровообращения или дисфункции спинного мозга не наблюдалось. В одном случае у больного с явлениями тотального левостороннего гемоторакса в послеоперационном периоде наблюдались признаки эмпиемы плевры, которые разрешились при консервативной терапии.

Выводы. Анализ первых результатов TEVAR при остром осложненном расслоении типа В демонстрирует хорошие результаты с низкой частотой летальности и перипроцедуральных осложнений.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧРЕЗКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

*Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов,
Х.Ф. Мирзакаримов, С.Б. Турсунов,
Б.Ш. Алимханов, Л.Б. Гиёсзода*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Цель исследования: анализ технических особенностей интервенционных вмешательств у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) после аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. В исследование включены 78 больных с ОИМ после АКШ, средний возраст составил $57,1 \pm 6,9$ года. Мужчин было 75 (96,2%), женщин – 3 (3,8%). Давность АКШ при поступлении в среднем составила $7,1 \pm 1,1$ года. ОИМ с подъемом сегмента ST диагностирован у 45 (57,69%), без подъема – у 33 (42,31%). Из сопутствующих заболеваний у 70 (89,7%) была гипертоническая болезнь, у 53 (67,9%) – сахарный диабет, у 13 (16,7%) – ожирение различной степени. У 54 (69,2%) пациентов имелся ПИКС, у 3 (3,8%) – ОНМК по ишемическому и у 2 (2,6%) – по геморрагическому типу.

Результаты. Всем пациентам (78 больных) выполнены ЧКВ, у 40 (51,3%) из них на нативных КА в связи с этим доступом для ЧКВ выбран правый лучевой доступ, у остальных 38 (48,7%) – аортокоронарные шунты. У 30 (38,4%) больных из 78 ЧКВ выполнены через правый бедренный доступ. У 5 (6,4%) больных из 78 ЧКВ выполнены на МКШ к ПМЖА, в связи с этим доступом для ЧКВ выбран левый лучевой доступ. У 3 (3,84%) больных из 78 ЧКВ выполнены на МКШ к ПКА, в связи с этим доступом для ЧКВ выбран левый лучевой доступ.

В группе с интервенционными вмешательствами нативных КА положительный клинический и ангиографический успех достигнут у 38 (95%) из 40 больных. В одном случае многочисленные попытки реканализировать окклюзированный ПКА не увенчались успехом, у этой больной произведено стентирование стенозированной подключичной артерии с восстановлением кровотока по МКШ и ПМЖА. TIMI III. После стентирования подключичной артерии отмечено улучшение кровообращения по маммарной артерии и, следовательно, по ПМЖА.

Во второй группе с ЧКВ аутовенозных шунтов во всех случаях получен положительный ангиографический результат. Во всех случаях ЧКВ выполнялись только в симптом-связанных аутовенозных шунтах (АВШ). У 18 (47,4%) больных произведено стентирование АВШ в ПКА, у 10 (26,3%) – АВШ в ОА, у 5 (13,2%) – АВШ в ВТК, и у 2 (5,3%) – АВШ в АИ. Следует отметить, что при вмешательствах на аор-

токоронарных шунтах у 10 (12,8%) больных отмечалось смещение фрагментов тромба в дистальном направлении. Во всех случаях выполнена успешная тромбоаспирация аспирационным катетером. При ЧКВ на аортокоронарном шунте к правой коронарной артерии из-за плохой поддержки стандартного проводникового катетера Judkins Right у 10 (55,5%) из 18 катетером выбора явился проводниковый катетер типа Amplatz разной модификации.

Выводы. Проведение КАГ и стентирования у больных с ОИМ радиальным доступом может быть техникой выбора для проведения ТЛБАП со стентированием у больных с высоким риском кровотечения.

Венозные шунты имеют более высокий риск дистальной эмболии и интраоперационного инфаркта миокарда.

Катетеризация аортокоронарных венозных шунтов может быть сложной, а проведение ЧКВ может быть затруднено из-за плохой поддержки проводникового катетера.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Д.А. Алимов, Б.Г. Гафуров, Ш.Р. Мубаракوف

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Достигнутые за последние годы успехи в уточнении патогенетических механизмов развития ишемического инсульта (ИИ) позволили определить основную стратегию патогенетической терапии в острейшем периоде болезни – улучшение перфузии ткани мозга путем ранней реканализации окклюзированного сосуда (Wardlaw J.M., Warlow C.P. 1996; Верещагин Н.В. с соавт., 2002.; Суслина З.А. с соавт., 2005). В связи с этим в настоящее время весьма перспективной представляется методика тромболитической терапии. Несмотря на то, что в настоящее время системная тромболитическая терапия прочно вошла в стандарт лечения ишемического инсульта, дискуссионными представляются вопросы эффективности и безопасности интраартериальной тромболитической терапии (ИАТТ).

Материалы и методы. Обследовано 44 больных с ИИ, 29 мужчин и 15 женщин в возрасте от 22 до 85 лет. Все больные доставлены в клинику в пределах 6-часового «терапевтического окна». Клинико-неврологическая симптоматика у больных свидетельствовала об остром нарушении мозгового кровообращения в бассейне средней мозговой артерии справа – у 26 больных и слева – у 18 больных. Всем больным в момент их поступления проведена мультисрезовая компьютерная томография (МСКТ),

транскраниальная доплерография (ТКДГ), эхокардиография (ЭхоКГ), МСКТ-ангиография, церебральная ангиография. ИАТТ проводилась препаратом Актилизе в дозировке от 5-15 мг. ИАТТ проводилась больным, отобранным согласно рекомендациям Руководства Американской академии неврологии (American Academy of Neurology Practice advisory, 1996). Эффективность и безопасность ИАТТ и степень реканализации оценивались по данным мониторинга неврологического статуса с включением шкалы NIHSS, по данным контрольной МСКТ головного мозга, МСКТ-ангиографии, ТКДГ на 2-3 сутки после ИАТТ.

Результаты исследования. Во всех случаях КТ-исследования в момент поступления больных выявили отсутствие органических изменений в головном мозге, что свидетельствовало о том, что все больные поступили в период «терапевтического окна».

В результате комплексных ультразвуковых методов исследования (ЦДС, ТКДГ, ЭхоКГ) у 23 (52,3%) больных установлен атеротромботический подтип ИИ. Результаты ЦДС у этих больных выявили атеросклеротического характера поражения магистральных артерий головы с различной степенью стенозирования. У 13 (29,5%) больных установлен кардиоэмболический подтип. Об этом свидетельствовали результаты электрокардиографических и ЭхоКГ-исследований. Результаты ТКДГ при поступлении больных выявили гемодинамически значимое снижение линейной скорости кровотока (ЛСК) по средней мозговой артерии на стороне очага поражения с коэффициентом межполушарной асимметрии, превышающей более 50%.

После проведения ИАТТ, по данным церебральной ангиографии и МСКТ-ангиографии, ТКДГ констатирована реканализация СМА в 33 (75,0%) случаях. Причем при проведении ИАТТ в пределах 3-часового терапевтического окна у 12 в 3 случаях отмечалась полная и в 4 случаях – частичная реканализация СМА. А при проведении ИАТТ в пределах 3-6-часового терапевтического окна из 32 пациентов у 3 отмечалась полная реканализация и у 23 – частичная реканализация СМА.

Клинически анализ эффективности ИАТТ оценивался по шкалам Glasgow, NIHSS, Rankin. Среднестатистические показатели по шкале Glasgow улучшились с $11,45 \pm 2,4$ до $13,0 \pm 2,7$ (критерий Уилкоксона, $p < 0,01$), по шкале NIHSS отмечалось улучшение с $14,45 \pm 3,9$ балла до $8,86 \pm 1,9$ балла (критерий Уилкоксона, $p < 0,01$), по шкале Rankin – также улучшение: с $4,36 \pm 0,6$ балла до $2,86 \pm 0,5$ балла (критерий Уилкоксона, $p < 0,01$). Полный регресс неврологической симптоматики наблюдался у 5 (22,7%), частичный регресс – у 11 (50%), отсутствие эффекта было у 6 (27,2%) пациентов. Таким образом, степень реканализации составила 75,0% (U-критерий

Манна-Уитни, $p < 0,01$). Геморрагическая трансформация ишемического очага наблюдалась у 7 (15,9%) пациентов, все случаи были представлены в виде асимптомных геморрагических трансформаций, как признак адекватной реперфузии.

Выводы: Интра-артериальная тромболитическая терапия препаратом стрептокиназа может рассматриваться как эффективный и безопасный метод реваскуляризации при ишемическом инсульте;

ИАТТ эффективна и безопасна при проведении в пределах 6-часового терапевтического «окна», однако наибольшая эффективность отмечается в 3-часовом диапазоне;

асимптомная геморрагическая трансформация является маркером успешной реканализации окклюзированного сосуда.

ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

А.Ю. Апресян

Северо-Западный государственный
медицинский университет
им. И.И. Мечникова

На протяжении последних десятилетий болезни системы кровообращения остаются одной из основных причин смертности населения в Российской Федерации. Весомую часть в их числе составляют поражения периферических сосудов, что на фоне широкого распространения атеросклероза, значительной коморбидности болезней системы кровообращения становится значимой медико-социальной проблемой. Заболевания периферических артерий, достигшие стадии критической ишемии, особенно значимы с точки зрения существенных затрат системы здравоохранения на оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам.

В Санкт-Петербурге в 2019 году частота госпитализаций в круглосуточный стационар при заболеваниях периферических артерий вдвое превышала аналогичный показатель при заболеваниях системы кровообращения в целом (23,8 и 11,4 на 100 больных соответственно, $t = 3,4$; $p < 0,05$), также как и уровень расхождений клинических и патолого-анатомических диагнозов (5,6 и 3,1 соответственно, $t = 3,5$; $p < 0,05$). Кроме того, на фоне сохраняющегося высокого уровня экстренных госпитализаций при оказании специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий (42,0% в 2019 году) заметно возросла оперативная активность: в 2016 году она составила 82,3 на 100 госпитализированных, в 2021 году уже 97,2 на 100 госпитализированных ($t = 4,4$, $p < 0,05$).

При экстренной госпитализации пациентов с заболеваниями периферических артерий увеличивается средняя длительность их госпитализации: продолжительность госпитализации в плановой форме – 7,2 дня, а в экстренной форме – 13,5 дня ($t = 4,5$, $p < 0,05$), что обусловлено необходимостью проведения дополнительного диагностического обследования. В условиях стационара пациентам выполняется ультразвуковое исследование сосудов (77,6%), в том числе с применением доплерографии (38,8%), ультразвуковое исследование мягких тканей (26,0%), электрокардиограмма (12,5%), компьютерная томография (13,8%), проводятся консультации врачей-специалистов (72,2%), в том числе кардиолога (20,2%).

В подавляющем большинстве (98,2%) случаи экстренной госпитализации пациентов с заболеваниями периферических артерий сопровождаются тем или иным оперативным вмешательством. Весомую долю занимают оперативные вмешательства диагностического характера: ангиография артерий нижних конечностей (15,0%), катетеризация артерий и вен под рентгеновским контролем (7,0%), коронарография (3,6%), а также операции по поводу осложнений заболеваний периферических артерий: некрэктомии (7,9 %), ампутации конечностей (13,7%).

Реконструктивные оперативные вмешательства, очень важные для эффективной реабилитации пациентов, выполняются менее чем в каждом пятом случае: транслуминальная баллонная ангиопластика (12,5%), реконструкция бедренно-подколенного артериального сегмента (7,6%). При этом в структуре оперативных вмешательств, выполняемых пациентам с заболеваниями периферических артерий за счет средств обязательного медицинского страхования, реконструктивные операции поглощают наибольшую часть финансовых средств: на долю только транслуминальной баллонной ангиопластики приходится 62,5 % всех финансовых средств, и еще 13,3% – на проведение реконструктивных оперативных вмешательств бедренно-подколенного артериального сегмента.

Проведенный анализ позволил выявить отдельные проблемы в организации медицинской помощи пациентам, страдающим заболеваниями периферических артерий.

Смещение акцентов в оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий в пользу специализированных методов лечения, предоставляемых в экстренной форме, свидетельствует о недостаточной профилактической работе с пациентами, в том числе страдающими коморбидными болезнями системы кровообращения, нацеленной на предупреждение развития осложнений, что требует повышенного внимания к поиску оптимальных путей совершенствования организации специализированной медицинской помощи.

Согласно национальным рекомендациям по диагностике и лечению заболеваний артерий нижних конечностей в Российской Федерации, в зависимости от ряда факторов могут быть выбраны эндоваскулярные или открытые хирургические методики оперативного лечения заболеваний периферических артерий. Хирургическое лечение может быть использовано, в том числе, как резервный метод при неудачной попытке разрешения клинической ситуации с использованием эндоваскулярного метода. Вопреки рекомендациям реконструктивные оперативные вмешательства не являются приоритетным направлением оказания пациентам специализированной медицинской помощи с применением оперативного лечения, достаточно весомую долю в структуре выполненных хирургических пособий занимают ампутации конечностей. Это также может свидетельствовать об отсутствии контроля своевременности проводимого лечения пациентов этой группы, нацеленного на предотвращение осложнений, который должен обеспечиваться на догоспитальном уровне.

**ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА
У ЛИЦ МУЖСКОГО И
ЖЕНСКОГО ПОЛА**

Л.А. Ахмедов, Н.Ш. Сафаров

**Бухарский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан**

Цель. Определить возрастные особенности ишемического инсульта в бассейне артерий каротидной системы у лиц мужского и женского пола.

Материал и методы. Работа основана на результатах обследования 268 пациентов, которые вызвали СМП из РНЦЭМП Бухарского филиала с диагнозом: ишемический инсульт в бассейне артерий каротидной системы, в периоде 2020-2021 г. Разделение пациентов на возрастные группы соответствовало следующим градациям: молодой возраст – менее 44 лет, средний возраст – 45–59 лет, пожилой возраст – 60–74 года, старческий возраст – 75–89 лет.

Результаты. Среди пациентов с ишемическим инсультом в бассейне артерий каротидной системы было 148 (55,2%) мужчин и 120 (44,8%) женщин в возрасте 27–89 лет. В исследованных группах женщины были старше мужчин (65 лет против 57,9 года; $p=0,010$). Сравнение возрастных групп показало значимые различия между мужчинами и женщинами ($p=0,037$). Большая часть пациентов, как среди мужчин (45,9%), так и среди женщин (55%), принадлежала к возрастной группе 60–74 лет. Возрастную группу 45–59 лет составили 32,4% мужчин и 21,7% женщин. В группе пациентов младше 44 лет инсульт чаще встречался у мужчин (16,2% про-

тив 6,7%), а в группе 75–89 лет – у женщин (16,7% против 5,4%). Причиной инсульта у мужчин в возрасте младше 44 лет являлась коагулопатия, не связанная с антифосфолипидным синдромом (13,5% против 3,3%; $p=0,005$). В возрастной группе 60–74 года у женщин чаще встречался кардиогенный эмболический инсульт (54,5% против 29,4%; $p=0,037$) и лакунарный инсульт (18,2% против 0%; $p=0,011$), у мужчин – атеротромботический инсульт (41,2% против 15,2%; $p=0,018$) и инсульт, обусловленный двумя и более возможными причинами (23,5% против 6,1%; $p=0,083$).

Заключение. Ишемический инсульт в артериях каротидной системы у лиц мужского пола чаще встречается в молодом и пожилом возрасте, тогда как у лиц женского пола – в пожилом и старческом возрасте. В среднем и пожилом возрасте у мужчин чаще развивается атеротромботический инсульт, у женщин – кардиогенный эмболический и лакунарный инсульт.

**АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НА ОБЪЕМНО-
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА
ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ИЗ ВЕРХУШКИ
ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ
ПЕРЕГОРОДКИ**

*С.А. Бабаджанов, В.М. Им, М.М. Умаров,
А.Э. Худойбердиев*

**ГУ «Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
хирургии имени академика В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан**

Цель работы: провести анализ влияния стимуляции МЖП и ВПЖ у больных с полной АВ-блокадой на объемно-функциональное состояние сердца.

Материалы и методы исследований. В исследование было включено 85 пациентов с АВ-блокадой 3 степени с сохранными объемно-функциональными показателями сердца. Всем пациентам был имплантирован двухкамерный электрокардиостимулятор (ЭКС). Больные были разделены на 2 группы. В позицию ВПЖ имплантация электрода производилась 46 больным, а 39 – в область МЖП. Обе группы статистически не различались по возрасту, полу, частоте встречаемости ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД). До и после операции пациентам проводились ЭКГ, ЭхоКГ. Между обеими группами не было отмечено серьезных различий в параметрах стимуляции. Средняя длительность исследования составила $1,5 \pm 0,3$ года.

Результаты исследований. Все пациенты получали стандартную терапию. За время исследования связь с 15 пациентами была потеряна по различным причинам. У 25 (54,3%) пациентов со стимуляцией ВПЖ фибрилляция предсердий (ФП) возникла

впервые, в то время как в группе МЖП стимуляции – 9 (23,0%) больных. До операции длительность комплекса QRS была схожа в обеих группах. По истечению срока исследования в обеих группах произошло увеличение длительности комплекса QRS. В группе со стимуляцией МЖП увеличение составило от $102,1 \pm 9,7$ до $146,3 \pm 15,2$ мс, что составило меньшее значение по сравнению с группой ПЖ стимуляции – с $102,3 \pm 10,1$ до $165,1 \pm 17,7$ мс ($p < 0,05$). Для оценки объемно-функционального состояния сердца до и после вмешательства всем больным проводилась ЭхоКГ. У тех пациентов, кому электрод был имплантирован в ВПЖ, увеличились конечный диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ) (со $150,1 \pm 16,5$ до $167,2 \pm 19,8$ мл, $p < 0,05$), конечный систолический объем ЛЖ (КСО ЛЖ) (с $61,1 \pm 20,6$ до $67,3 \pm 27,9$ мл, $p < 0,05$). Снизилась фракция выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ) с $52,1 \pm 5,6$ до $49,3 \pm 3,7\%$ ($p < 0,05$). У пациентов, которым электрод был установлен в МЖП, данные показатели имели тенденцию в сторону положительной динамики. Так, КДО ЛЖ со $140,1 \pm 18,3$ снизился до $135,6 \pm 15,4$ мл ($p < 0,05$), КСО ЛЖ – с $53,2 \pm 32,5$ до $50,3 \pm 25,7$ мл ($p < 0,05$), увеличилась ФВ ЛЖ с $51,2 \pm 4,7$ до $53,1 \pm 5,4\%$ ($p < 0,05$).

Заключение. Результаты исследования показали, что стимуляция МЖП имеет преимущество перед стимуляцией ВПЖ, меньшую частоту развития и/или прогрессирования ХСН вследствие более физиологического распространения возбуждения миокарда.

АДАПТИВНЫЕ И РЕЗЕРВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛУШАРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ ИНСУЛЬТАМИ

М.М. Бахадирханов¹, Ж.А. Назарова²

¹Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
²ЦРПКМР МЗ РУз

Цель исследования. Сравнение показателей кардиоинтервалографии при активном тилт-тесте у пожилых пациентов с ишемическим полушарным инсультом.

Материал и методы. Клиническая часть работы проводилась в консультативной поликлинике АГМИ в период с 2019 по 2022 гг. Под наблюдением находились 180 больных с ишемическим полушарным инсультом (ИПИ) на фоне атеросклероза и гипертонической болезни, подтвержденных данными магнитно-резонансной томографии головного мозга, ультразвукового исследования экстракраниальных сосудов, биохимического исследования крови. Среди пациентов было 62 (37,8%) мужчины и 118 (62,2%) женщин. Возраст больных колебался от 60 до 75 лет, средний возраст составил $67,4 \pm 6,1$ года.

Группу составили 118 больных (62,2% от общего числа больных) с ИПИ с наличием синдрома ве-

гетативной дистонии (СВД) (42 мужчины (35,6%) и 76 женщин (64,4%)), 2 группу составили 62 больных (34,4%) с ИПИ без СВД (26 мужчин (41,9%) и 36 женщин (58,1%)).

Для оценки функционального состояния вегетативной нервной системы во всех группах проводили активный тилт-тест с регистрацией показателей кардиоинтервалографии (КИГ) по стандартному протоколу – в положении лежа в течение 7 мин, затем просили больного активно перейти в положение стоя и стоять прямо, без опоры для рук, в течение 7 минут. Исследование проводили в состоянии относительного покоя после 30-минутного отдыха в утреннее (8.00-10.00 часов) время в условиях, приближенных к основному обмену, и вечернее (16.00-18.00 часов) – для оценки итога дневной активности. Оценивали следующие показатели КИГ: амплитуду моды (Амо), индекс напряжения регуляторных систем (ИН), общую мощность спектра волновых колебаний КИГ (TOTAL power), обозначаемый далее в тексте как TOTAL и симпатовагальный индекс (LF/HF). Интерпретацию полученных данных КИГ проводили по нормативам, предложенным Р.М. Баевским (1998), Е.А. Березным и А.М. Рубиным (1997), Д.И. Жемайтисом (1982). Так, для нормальной реакции характерно некоторое снижение общей мощности спектра, возрастание мощности LF и уменьшение HF-компонентов, а также увеличение показателя LF/HF, что отражает торможение парасимпатической и рост симпатической активности при переходе из горизонтального положения в вертикальное. При определенных функциональных и органических нарушениях могут произойти следующие изменения: 1) снижение реакции на фоне исходного маловариабельного ритма и симпатической направленности ВСР, то есть изменения показателей ВСР на проводимый тилт-тест будут незначительными, что объясняется уменьшением влияния на ритм сердца обоих отделов вегетативной регуляции; 2) парадоксальная реакция – проявляется в виде неадекватного увеличения показателей ВСР и изменения направленности реакции, это отражает различные нарушения регуляции механизмов адаптации и интерпретируется неоднозначно. Независимо от характера нарушения реакции резкое снижение общей мощности спектра в положении стоя при проведении тилт-теста может свидетельствовать о значительном нарушении регуляции.

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics v.23 (разработчик – IBM Corporation).

Результаты исследования. У больных I группы по фоновым показателям КИГ утром отмечалось выраженное напряжение регуляторных систем (ИН=1281±197) на фоне низких значений суммарной активности вегетативных влияний на сердце (TOTAL=354±44,5), а вечером рост симпатической активности по показателям Амо=81±8, LF/HF=4,2±6 ($P<0,05$), что достоверно отличается от аналогичных показателей у больных АДЭ II стадий, пожилого и старческого возраста. На проводимую пробу у 73,8% обследованных пациентов данной группы отмечается ареактивность, показатели КИГ изменяются недостоверно ($P<0,05$), у 26,2% наблюдается парадоксальная реакция, изменения которой трудно интерпретировать из-за неоднородности изменения показателей.

У больных II группы достоверных различий между утренними и вечерними фоновыми значениями КИГ не обнаружено ($P>0,05$), за исключением симпато-вагального индекса (LF/HF=3,7±0,7), который указывает на преобладание симпатических влияний на ритм сердца в утреннее время ($P<0,05$). При этом реакция на проводимую пробу адекватная, как в утреннее, так и в вечернее время, и характеризуется достоверным увеличением показателей LF/HF на 63,2% и уменьшением TOTAL power на 40,5% ($P<0,05$), что отражает симпатическую направленность реакции. Показатели Амо, ИН во время тилт-теста не изменяются.

Таким образом, у больных с ишемическим полушарным инсультом без СВД в пожилом возрасте реакция на тилт-тест адекватная, а у больных с ишемическим полушарным инсультом с СВД – достоверное уменьшение ее выраженности. Данные изменения происходят на фоне «жесткости ритма» – отсутствия разницы между утренними и вечерними значениями КИГ в пожилом возрасте. Это происходит на фоне активации симпатической регуляции и значительного напряжения регуляторных структур.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ПРОФИЛЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

М.М. Бахадирханов¹, Ж.А. Назарова²

¹Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,

²ЦРПКМР МЗ РУз

Актуальность. Значимость когнитивных расстройств трудно переоценить. В последнее время активно разрабатывается концепция сосудистых когнитивных нарушений, объединяющая все случаи когнитивных снижений вследствие цереброваскулярной недостаточности, в том числе и постинсультную деменцию [1, 2]. Большое значение имеет ранняя дифференциальная диагностика когнитивных расстройств на фоне перенесенного инсульта.

В настоящее время с этой целью разрабатываются дополнительные методы исследования [2].

Цель работы: выявление нейропсихологических особенностей среди пожилых пациентов с ишемическим полушарным инсультом.

Материалы и методы. Нами обследовано 147 пациентов в возрасте 60-75 лет, находящихся на стационарном лечении в неврологическом отделении клиники РНЦЭМП в период с 2019 по 2022 г. с ишемическим полушарным инсультом на фоне атеросклероза и гипертонической болезни, подтвержденным данными магнитно-резонансной томографии головного мозга, ультразвукового исследования экстракраниальных сосудов, биохимического исследования крови, в т.ч. липидного профиля. Когнитивные функции оценивались по различным шкалам, основная из них – Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCa-тест), также использовались шкалы MMSE (краткая шкала оценки психического статуса), тест Mini-Cog, батарея лобной дисфункции и др. В исследование не включались пациенты с тревожными и депрессивными расстройствами.

Результаты. Среди пациентов гемодинамически значимые стенозы имели место у 6%, гемодинамически незначимые – у 43%, у остальных, по данным сканирования экстракраниальных сосудов, наблюдались начальные проявления атеросклеротического поражения сонных артерий. Гиперлипидемия наблюдалась в 57% случаев, при этом все пациенты получали препараты статинового ряда. По данным нейровизуализации, у 62% пациентов наблюдалась картина выраженной корковой атрофии, лейкоареоза и асимметрии боковых желудочков с явлениями заместительной гидроцефалии, ишемические очаги.

При неврологическом осмотре выявлены следующие очаговые признаки: атаксия по типу лобной дисбазии – у 30% исследуемых, проявления пирамидной недостаточности в виде асимметрии сухожильных рефлексов – у 20% и наличие патологических стопных знаков – у 10%, гипокINETический синдром – в 10% случаев, псевдобульбарный синдром – в 6%, тазовые расстройства – у 6% больных. У 20% пациентов имели место лишь субъективные жалобы на головные боли, несистемное головокружение, «шум» в голове.

В результате нейропсихологического тестирования выявлены когнитивные расстройства преимущественно дисрегуляторного типа. Основные его проявления можно представить следующим спектром расстройств: помощь семантических подсказок при отсроченном воспроизведении слов (тест на память), способность копировать часы при невозможности самостоятельного выполнения теста рисования часов, преимущественное снижение фонетической речевой активности, уплощение мышления, снижение внимания, ухудшение вы-

полнения тестов из «батарей лобной дисфункции», ухудшение регуляторных функций, наличие персевераций. У 14% пациентов имел место смешанный тип нарушений интеллекта (сочетание дисрегуляторного и амнестического варианта), при этом наряду с перечисленными признаками можно было наблюдать и неэффективность подсказок, снижение речевой активности в отношении семантически опосредованных ассоциаций, наличие акалькулии, агнозии, апраксии, афазии различных видов, свидетельствующих о вовлечении в процесс и задних отделов коры головного мозга.

Имело место следующее распределение по количеству набранных баллов в соответствии с выполнением МоСа-теста: менее 15 баллов – 10% (тяжелые когнитивные расстройства, соответствующие выраженной степени деменции), 15-19 баллов – 17% (выраженные нарушения – легкая и средняя степень деменции), 20-25 баллов – 60% (умеренный когнитивный дефицит, являющийся пограничным состоянием с сохранением бытовой активности). У 13% больных в результате тестирования получен результат более 25 баллов, что соответствует норме, однако в ходе опроса выявлены грубые нарушения в одной из когнитивных сфер (например, неправильное выполнение теста рисования часов). Это позволяет говорить о наличии интеллектуального дефицита, несмотря на достаточное количество баллов при опросе, что требует дальнейшего наблюдения за больным.

Выводы. В когнитивной сфере пожилых пациентов с острыми сосудистыми когнитивными расстройствами преобладали умеренные нарушения преимущественно дисрегуляторного характера. Однако значима и доля больных со смешанным типом нарушений высших мозговых функций, что свидетельствует о наличии нейродегенеративного процесса. Это подтверждает необходимость профилактического влияния на сосудистые факторы риска (артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, дислипидемия), которые имеют значение в развитии и дисциркуляторных, и дегенеративных изменений головного мозга.

**ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ
КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С НАРУШЕННЫМ
И НОРМАЛЬНЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ
(РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО
СИНДРОМА Г. БУХАРЫ)**

М.Х. Вахобова

**Бухарский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан**

Актуальность. Несмотря на широкое использование сахароснижающих препаратов (СП) для терапии СД 2, остается неясным, как разные представители этой группы влияют на долгосрочный риск

фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий [1].

Цель. На основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) 2019 г. провести сравнительный анализ летальности у больных с нарушенным и нормальным углеводным обменом (УО), госпитализированных с ОКС в отделения кардиореанимации стационаров г. Бухары.

Материал и методы. Анализ данных 584 карт больных, госпитализированных с ОКС, которые обращались в СМП города Бухары в 2019-2021 гг. Изучаемые параметры включали летальность, пол, нормальный и нарушенный УО (сахарный диабет 2 типа (СД2), впервые выявленный сахарный диабет (ВВСД), компенсацию УО, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) мл/мин/1,73м² по формуле MDRD-4IDMS. Диагноз нарушенного УО ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 2017 г.

Результаты. Из доступных 584 проведен анализ 548 историй болезни пациентов, госпитализированных в кардиореанимации стационаров г. Бухары с ОКС. 36 карт исключены из исследования ввиду неподтвержденного в ходе обследования ОКС и неполного объема информации, изложенной в протоколах обследования. Из 548 больных 115 (21%) указывали на наличие в анамнезе СД2. Из 115 больных с указанием на СД2 в анамнезе у 73 (63,5%) была декомпенсация УО (гликемия превышала 11,1 ммоль/л), у 42 (36,5%) – нормогликемия. При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 2017 г., выявлена у 160 пациентов. Впервые выявленное нарушение УО было у 87 (15,9%) из 548 больных. На основании суммы из 160 больных с гипергликемией и 42 больных с нормогликемией, но указанием в анамнезе на СД2, общее число больных с нарушенным УО составило 202 (36,9%) человека. Нормальный УО был у 346 больных (63,1%). Из 548 пациентов ОКС умерло 28 (5,1%), из них от острого инфаркта миокарда (ОИМ) – 25 (4,6%) человек, с другим диагнозом – 3 (0,5%) (1 пациент – с СД2, СКФ менее 30 мл/мин и 2 – с нормальным УО, СКФ менее 30 мл/мин у 1, 30-60 мл/мин – 1). Из 25 пациентов, умерших от ОИМ, нормальный УО был у 8 (2,3%) (М-5, Ж-3) из 346 пациентов, нарушенный УО (СД2, ВВСД) – у 17 (8,4%) из 202. Из 115 больных СД2 умерло 8 (6,96%) (М-0, Ж-8), из 87 больных ВВСД – 9 (10,34%) (М-4, Ж-5). У умерших от ОИМ анализировалась СКФ – менее 30, 31-60, 61-90 мл/мин/1,73м². Число больных в группе нормального УО составило 1, 3, 4; с СД2 – 2, 4, 2; с ВВСД – 2, 7, 0 соответственно. Уровень гликемии при поступлении в стационар у 9 умерших ВВСД был 7,8-11,0 ммоль/л – 6 (66,6%), 11,1-15,0 ммоль/л – 3 (33,3%). У 8 умерших СД2 был 7,8-11,0 ммоль/л – 2 (25%), 11,1-15,0 ммоль/л – 2 (25%), 15,1-20,0 ммоль/л – 1 (12,5%), 20,1-25,0 ммоль/л – 3 (37,5%).

Заключение. На основании данных регистра ОКС г. Бухары, летальность больных, госпитализи-

зированных в кардиореанимации с ОКС от ОИМ, составила 4,6%. В группе больных с нормальным УО летальность была 2,3%, с СД2 – 6,96%, с ВВСД – 10,34%. Таким образом, впервые выявленный сахарный диабет определяет худший прогноз у больных ОКС, а повышение сахара крови даже в пределах 7,8-11,0 ммоль/л следует рассматривать как предиктор неблагоприятного исхода заболевания.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

А.С. Гафоров

Бухарский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан

Актуальность. Острый коронарный синдром (ОКС) является основной причиной госпитализации и смертности в мире [1]. Однако не только пожилые пациенты страдают этим заболеванием, у молодых пациентов часто наблюдаются эпизоды нестабильной стенокардии и острого инфаркта миокарда (ИМ) [2].

Цель работы: изучить распространенность, факторы риска (ФР), особенности течения острого коронарного синдрома (ОКС) на догоспитальном этапе у больных молодого возраста.

Материал и методы. В наше клиническое исследование были включены 82 больных, которые вызывали СМП с первично установленным диагнозом «острый коронарный синдром» (ОКС) в возрасте 30-45 лет (средний возраст $41,2 \pm 3,8$ года), которые были госпитализированы в Бухарский филиал РНЦЭМП с 2020 по 2021 гг. Полученные данные обработаны методом корреляционного анализа по Пирсону и методом бинарной логистической регрессии.

Результаты исследования. Среди всех госпитализированных больных пациенты с диагнозом ОКС молодого возраста составили в 2020 г. 1,14%, в 2021 г. – 3,8%. Мужского пола было 63 (76,8%), женского пола – 19 (23,2%) больных. В основном встречалась АГ II степени (32%) и III степени (36%). Большинство больных (48%) поступили в первые 6 ч с момента развития болевого синдрома. Из ФР преобладали курение (90%), гиперхолестеринемия – ГХС (70%) и отягощенная наследственность (50%). Метаболический синдром наблюдался у 30% больных. Средний уровень холестерина (ХС) при поступлении составил $6,17 \pm 1,38$ ммоль/л. У 84% больных выявлен ангинозный вариант ИМ. По форме ЭКГ чаще других **выявляли** ИМ с зубцом Q (68%). До развития ИМ 86% пациентов не принимали антигипертензивные препараты. Статины до госпитализации и в острый период ИМ получали только 12% больных.

Выводы. ОКС у больных молодого возраста с артериальной гипертензией протекает по классиче-

скому ангинозному варианту, при этом преобладает инфаркт с зубцом Q. Этому способствуют многочисленные факторы риска, отсутствие лечения артериальной гипертензии (86%), низкая частота приема статинов (12%). ОКС в молодом возрасте в 2021 г. диагностирован чаще, чем в 2020 г. Это означает, что ОКС молодеет. Но исследование требует дальнейшего лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОГО СТАЦИОНАРА

Н.Г. Дадамьянц, Р.А. Рахимова

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи

Расслаивающая аневризма аорты (РАА) является одной из нескольких патологий, способных привести к мгновенному смертельному исходу. По данным Oxford Vascular Study, заболеваемость ею составляет около 6 случаев на 100 тысяч населения. При этом большинство пациентов умирают на догоспитальном этапе до приезда скорой помощи. Но и после госпитализации при отсутствии правильной диагностики и соответствующего лечения летальность остаётся крайне высокой. Клиника при РАА развивается остро, имеет яркие проявления, но из-за схожести симптоматики и эпидемиологии с острыми формами ишемической болезни сердца правильный диагноз часто остается неустановленным. Существует несколько классификаций РАА, одной из наиболее применяемых является классификация по Стэнфорду, согласно которой, в зависимости от вовлечения в процесс диссекции восходящего отдела аорты или ограничения только нисходящего отдела, РАА подразделяются на тип А и Б.

Трансторакальная эхокардиография является скрининговым методом в диагностике РАА, обладая 80% чувствительностью и 95% специфичностью. При этом она уступает МСКТ с аортографией и МРТ, но обладает рядом таких преимуществ, как доступность, неинвазивность, портативность, отсутствие лучевой нагрузки и необходимости во введении контраста и возможность повторного проведения исследования.

Диагностическими критериями расслаивающей аневризмы аорты является обнаружение лоскута интимы на определенном участке аорты с формированием пристеночного тромбоза или ложного просвета.

Целью исследования явился анализ диагностической ценности трансторакальной эхокардиографии в выявлении расслаивающей аневризмы аорты.

Материал и методы. В исследование были включены 12 пациентов с РАА, поступивших в

РНЦЭМП в течение первого полугодия 2022 года. Трансторакальная эхокардиография проводилась на аппарате Mindray DC 40 и Philips Epiq 7. Распределение по полу было следующим: подавляющее большинство были мужчины – 10 (90,5%) и женщин – 2 (9,5%). Средний возраст больных составил 52 года.

Результаты. Эхокардиографическое исследование было проведено непосредственно при поступлении больного в клинику в условиях приемно-диагностического отделения трем больным (25%). Большинству (50%) больных Эхо КГ проведено в отделение реанимации, и 3 (25%) – в кабинете эхокардиографии после госпитализации в отделение неотложной кардиологии. Это было связано с тем, что подозрение на расслаивающую аневризму аорты возникало у клинических специалистов только в 4 (33%) случаях, 5 пациентов (42%) были госпитализированы с диагнозом ИБС, 2 (17%) – с диагнозом ОНМК и в одном случае – с диагнозом миокардит. Расслоение аорты тип А было выявлено у 9 (75%) пациентов и тип Б – у 3 (25%). У большинства 11 (92%) больных РАА развилось на фоне длительной существующей неконтролируемой артериальной гипертензии, и в одном случае (8%) на фоне синдрома Марфана. После выявления РАА всем больным было проведено МСКТ с аортографией, на котором диагноз подтверждался. Расхождение данных двух диагностических методов было в одном случае в отношении уровня диссекции, что объясняется ограничением возможностей ЭхоКГ в качественной визуализации отдельных отделов аорты.

Выводы. Эхокардиография является информативным методом для диагностики расслаивающей аневризмы аорты и должна проводиться на раннем этапе поступления пациента как начальный метод исследования. Несмотря на свою редкость в популяции, РАА встречается достаточно часто в практике врачей экстренной помощи и должна исключаться при наличии характерных симптомов у пациентов группы риска (возраст, мужской пол, артериальная гипертензия). Своевременно оказанная помощь может значительно снизить летальность от данной патологии.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ И АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Ж.И. Дусалов

Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП,
г. Термез

Нами обследовано 20 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, развившимся на фоне острого инфаркта миокарда, из которых 6 (30%) пациентов – женского пола, 14 (70%) – муж-

ского, средний возраст женщин составил $57,1 \pm 8,4$ года, мужчин – $68,5 \pm 12,1$ года. Все пациенты находились в отделении кардиологии с диагнозом ОИМ, из которых у 4 (20%) диагностирован ОИМ без зубца Q, у 16 (80%) – ОИМ с зубцом Q. У всех обследованных пациентов на 5-12 сутки пребывания в стационаре развивалась очаговая неврологическая симптоматика. Больные были разделены на 2 группы:

1 группа (гиперкоагуляция): 11 (55%) пациентов с показателем АЧТВ менее 24 сек.;

2 группа (нормокоагуляция): 7 (35%) пациентов с показателем АЧТВ 24-34 сек.;

3 группа (гипокоагуляция): 2 (10%) пациента с показателем АЧТВ более 34 сек.

Всем пациентам была назначена противоотечная и нейрометаболическая терапия. Пациентам первой группы, учитывая гиперкоагуляционное состояние, была назначена тройная терапия: низкомолекулярный гепарин – эноксапарин в дозе 0,6 мл × 2 раза в сутки, таблетка ацетилсалициловой кислоты 75 мг и таблетка клопидогрел в дозе 75 мг. Пациентам второй группы, учитывая нормокоагуляционное состояние, назначена двойная терапия: низкомолекулярный гепарин – эноксапарин в дозе 0,6 мл × 2 раза в сутки, таблетка ацетилсалициловой кислоты 75 мг. Пациентам третьей группы, учитывая гипокоагуляционное состояние и высокий риск развития геморрагической трансформации ишемического очага, назначена монотерапия: низкомолекулярный гепарин – эноксапарин в дозе 0,6 мл × 2 раза в сутки.

На фоне проведенной терапии с учетом показателей коагулограммы отмечается положительная динамика со стороны неврологического статуса в виде статистически достоверного регресса неврологического дефицита.

Вывод. Объективная оценка состояния свертывающей системы у пациентов с острым ишемическим инсультом, развившимся на фоне острого инфаркта миокарда, позволяет подобрать адекватную дозу антикоагулянтных и антиагрегантных препаратов, позволяющую исключить геморрагическую трансформацию ишемического очага.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

*М.М. Зуфаров, С.А. Бабаджанов, В.М. Им,
М.М. Умаров, Н.П. Мамиев*

ГУ «Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
хирургии имени академика В. Вахидова»,
Узбекистан, Ташкент

Цель работы: анализ клинических изменений, данных электрокардиографических (ЭКГ) и эхокар-

диографических (ЭхоКГ) исследований после ЧКВ на симптом-зависимых коронарных артериях (КА) у больных острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы исследований. Проанализированы клиническая, ЭКГ- и ЭхоКГ- динамика изменений после ЧКВ на симптомзависимой артерии у 48 больных с ОКС в возрасте от 32 до 79 лет (в среднем $53 \pm 4,7$ года). Пациенты имели в анамнезе ангинозные приступы с изменением ЭКГ сроком от 3 до 72 часов (в среднем $18,3 \pm 4,5$ часа). При этом с элевацией сегмента ST составили 31 (64,6%), без элевации сегмента ST – 17 (35,4%) больных. Всем больным произведено стентирование симптомзависимых артерий. При этом у 26 (54,2%) пациентов выполнено стентирование ПМЖВ, у 8 (16,7%) пациентов – ОВ, у 14 (29,2%) – ПКА. Из них ангиопластика и стентирование КА выполнена у 35 (72,9%) больных. Реканализация, ангиопластика и стентирование КА произведена в 13 (27,1%) случаях.

Результаты исследований. По данным ЭКГ, у 27 (56,3%) больных с элевацией сегмента ST отмечалось его снижение до изолинии в течение первых 3 часов после ЧКВ. В случаях без элевации сегмента ST у 13 пациентов отмечалось возвращение сегмента ST к изолинии в первые 6 часов после стентирования. При анализе данных ЭхоКГ после ЧКВ среднее число зон гипокинезии снизилось с $2,1 \pm 0,2$ до $0,6 \pm 0,1$ сегмента, число зон акинезии – с $1,4 \pm 0,5$ до $0,9 \pm 0,2$ сегмента. В группе с элевацией сегмента ST среднее число зон гипокинезии снизилось с $2,6 \pm 0,3$ до $0,9 \pm 0,4$ сегмента, число зон акинезии – с $1,9 \pm 0,3$ до $1,1 \pm 0,2$ сегмента. В группе с депрессией сегмента ST среднее число зон гипокинезии снизилось с $1,9 \pm 0,7$ до $0,4 \pm 0,1$ сегмента, число зон акинезии – с $1,1 \pm 0,5$ до $0,6 \pm 0,3$ сегмента. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) возросла в среднем с $44,1 \pm 3,6\%$ до $55,6 \pm 4,7\%$. У больных с элевацией сегмента ST после коронарного стентирования ФВ ЛЖ возросла в среднем с $41,7 \pm 5,7\%$ до $49,3 \pm 4,4\%$. У больных с депрессией сегмента ST после коронарного стентирования ФВ ЛЖ возросла в среднем с $46,9 \pm 4,9\%$ до $57,2 \pm 3,1\%$. Состояние всех 48 пациентов в динамике улучшилось, ангинозные приступы полностью прекратились, гемодинамика стабилизировалась, нарушения ритма по типу экстрасистол и проводимости сердца купировались в первые 6 часов после стентирования симптом-зависимых артерий.

Заключение. Адекватное восстановление коронарного кровотока у больных с ОКС уже в ближайшие сроки после вмешательства приводит к статистически достоверному улучшению клинических показателей ЭКГ и ЭхоКГ.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ И СТЕПЕНИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА В ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ

Д.П. Изюмов, Г.А. Изюмова

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

Оценка соотношения объема необратимо поврежденной и потенциально жизнеспособной ткани в зависимости от уровня кровотока является объективным прогностическим признаком для восстановления поврежденного участка головного мозга. Генез возникающих при инсульте психопатических состояний весьма сложен. Формирование целого комплекса постинсультных психопатических состояний в значительной степени замедляет процесс реабилитации, что обуславливает крайнюю актуальность данной проблемы.

Цель исследования: изучить и сопоставить постинсультные аффективные расстройства со степенью восстановления неврологического дефицита.

Материал и методы. В исследование включены 98 пациентов с впервые возникшим церебральным инсультом. Из них мужчин было 51 (52,1%), женщин – 47 (47,9%). Средний возраст составил $50 \pm 14,7$ года. Оценка неврологического и психического статуса осуществлялась на 1-е, 7-е, 14-е сутки инсульта. Для верификации диагноза всем пациентам проводились КТ и/или МРТ головного мозга, ЭХО-ЭС, УЗДГ МАГ, исследование гемореологии и гемостаза. В соответствии с целью исследования пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошли пациенты с выявленными аффективными расстройствами. Пациенты, у которых данные нарушения не наблюдались, составили группу сравнения.

Результаты. Среди обследованных пациентов аффективные расстройства были диагностированы у 70,4% человек. Из них постинсультные депрессии (ПИД) наблюдались у 22,8% пациентов, генерализованное тревожное расстройство (ГТР) – в 21% случаев, у 11,2% пациентов депрессивный синдром сопровождался генерализованной тревогой, изолированные фобии были выявлены у 15,3% пациентов. Аффективные расстройства отличались по времени возникновения и длительности течения. Частота ПИД отличалась в острый период инсульта – 48%. Пиком развития ГТР также являлся острый период – 21%. В группе с изолированными ГТР отличалось значимое преобладание пациентов молодого возраста ($p < 0,05$). Изолированные фобии развивались у женщин ($p < 0,05$). Всем пациентам было проведено консервативное и стационарное лечение, согласно стандартам оказания медицинской помощи для больных с ишемическим инсуль-

том. Степень восстановления неврологического дефицита была достоверно выше в группе пациентов, у которых снижение кровотока в ишемизированной зоне не достигло критических значений по данным КТ.

Выводы. Возникновение аффективных нарушений обусловлено поражением определенных областей мозга и связано с исходной тяжестью неврологического дефицита. Выявленная зависимость позволяет прогнозировать потенциально благоприятный исход заболевания у пациентов с ишемическим инсультом.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Г.А. Изюмова, Д.П. Изюмов, М.Х. Авезов

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

Наряду с нарушением движений часто следствием инсульта является нарушение речи. По данным реестра мозгового инсульта, афазии наблюдаются в 34,4% случаев, дизартрия – в 13%.

Цель работы состоит в изучении факторов, влияющих на восстановление речи после инсульта.

Материал и методы. Обследован 31 больной, правшей с афазией после перенесенного ишемического инсульта: 23 больных – с моторной афазией, 3 – с сенсорной афазией и 59 – с сенсомоторной афазией. Всем больным проведены курсы речевой и медикаментозной терапии.

Выраженность речевых нарушений оценивалась в баллах по шкале Л.С. Цветковой: очень грубая степень афазии (до 90 баллов) – у 4 больных, грубая степень (от 90 до 160 баллов) – у 6 больных, умеренная степень (от 160 до 230 баллов) – у 9, легкая степень афазии (выше 230 баллов) – у 12. Всем больным для оценки объема и локализации инсульта проводилась МРТ головного мозга.

Результаты. Степень выраженности афазии статистически коррелировала с размером инфаркта мозга. У 4 (12,9%) больных с очень грубой афазией объем инфаркта составил в среднем 124,4 см³, у 6 (19,4%) с грубой афазией – 74 см³, у 9 (29%) с умеренной афазией – до 23 см³, у 12 (38,7%) с легкой афазией – 13,1 см³.

Оценивая динамику восстановления речи, можно отметить, что наилучший эффект достигался при проведении реабилитационных мероприятий в остром периоде инсульта. В структуре речевых нарушений динамика проявлялась прежде всего в улучшении способности к дифференциации речевых единиц с оппозиционными фонемами, увеличении объема слухоречевой памяти, восстановлении понимания значения слова.

Принципиально важным является обязательный анализ предикторов восстановления нарушенных функций и учет их в проводимой нейро-

реабилитации. Применение фармакологических препаратов наилучшим образом стимулирует процессы нейропластичности и патогенетически оправдано для больных после ишемического инсульта. Таким образом, пластическая реорганизация церебральных структур и систем после инсульта является многофакторным процессом.

Выводы. Выяснение и уточнение прогностических факторов восстановления после инсульта будет способствовать более точной индивидуальной оценке реабилитационного потенциала и улучшению психоэмоционального состояния пациентов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Г.А. Изюмова, Д.П. Изюмов

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся постоянной расположенностью к генерации приступов и их нейробиологическими, когнитивными, психологическими, социальными последствиями. Учитывая рост больных с эпилепсией необходима разработка данных фармакорезистентной эпилепсии в соответствии государственной программой, изложенной в ПП № 3925 от 30.08.2018.

Цель исследования: изучить и выявить эпидемиологические, социальные аспекты фармакорезистентной эпилепсии в экстренной неврологии, разработать алгоритм усовершенствования диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Материал и методы исследования. Изучение больных проводилось по анкете «Изучение эпидемиологии эпилепсии в Республике Узбекистан», утвержденной Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан и Президиумом «Ассоциации неврологов Узбекистана». Для реализации данной программы запланировано обследование больных, страдающих эпилепсией в возрасте от 18 до 65 лет с использованием клинических, диагностических методов исследования, с определением эффективных методов терапии. Было обследовано 143 больных с фармакорезистентной эпилепсией. Из них 94 мужчин, 49 женщин. Выявлены следующие типы эпилепсии: симптоматический – 62, криптогенный – 39, идиопатический – 42.

Результаты. Были выявлены изменения на ЭЭГ – у 109 больных. Без изменения на ЭЭГ – у 22 больных. Отсутствие ЭЭГ данных – у 12. Результаты МРТ обследований показали локальные изменения на МРТ – у 85 больных, без изменений на МРТ – у 41 больного, отсутствие данных МРТ – у 17 больных. Анализ эффективности лечения фармакорезистентной эпилепсии выявил: нет приступов: на

фоне вальпроатов – 71%, карбамазепина – 36%, комбинация (вальпроат + карбамазепин) – 18%. Уменьшение приступов на фоне вальпроатов – 58%, карбамазепина – 26%, комбинация (вальпроат + карбамазепин) – 31%. Результаты исследования имеют важное значение для планирования и организации противосудорожной помощи и разработки мер по улучшению эпидемиологических показателей.

Выводы. Таким образом, проводимое исследование способствует оптимизации подхода к диагностике и терапии больных с фармакорезистентной эпилепсией, благоприятствует планированию, улучшению противосудорожной помощи. Полученные результаты позволяют выбрать правильную тактику в лечении больных и способствовать улучшению качества их жизни.

МНОГОФАКТОРНОСТЬ ПРИЧИН В РАЗВИТИИ ЭПИПРИПАДКОВ ПРИ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТАХ В ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ

Г.А. Изюмова, Д.П. Изюмов

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

Нередко первым клиническим симптомом острых менингоэнцефалитов являются эпилептические припадки. Актуальность исследования предопределяет развитие симптоматической эпилепсии вследствие формирования стойкого эпилептического очага.

Цель исследования: определить многофакторность формирования эпилептического очага при менингоэнцефалитах в экстренной неврологии.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 28 больных с диагнозом «симптоматическая эпилепсия», перенесших менингоэнцефалиты различной этиологии. Из них мужчин было 17 (60,7%), женщин – 11 (39,3%). Всем больным проведены клиническо-неврологические исследования, электроэнцефалографические, ЭХО-ЭС, нейровизуализационные методы исследования (МРТ, НСГ).

Результаты. Воспалительное заболевание головного мозга у 19 (67,9%) обследованных больных имело первичный характер. У 9 (32,1%) больных – вторичный характер в результате перенесенных ОРВИ, острого пищевого отравления. В ходе анализа медицинской документации выявлен отягощенный анамнез у 8 (28,6%) больных. Судорожные припадки носили генерализованный тонико-клонический характер у 13 (46,4%) больных, тонический характер – у 8 (28,6%) и у 7 (25%) – генерализованный тонико-клонический характер с фокальным компонентом. При помощи нейровизуализационных исследований были выявлены структурные изменения головного мозга: гипогенезия мозолистого тела, шизэнцефалия, порэнцефалия. Рутинное ЭЭГ показало наличие паттернов «угнетение-вспышка» у 10 (35,7%) больных, фо-

кальных спаек у 6 (21,4%), комплексы «пик-волна» у 12 (42,9%).

Таким образом, многофакторность причин, таких как структурные изменения головного мозга, воспалительные заболевания головного мозга, отягощенный анамнез, предопределяет формирование эпилептического очага и служит толчком для проявления эпилептических припадков.

Выводы. Полученные данные позволяют провести эффективную систему мониторинга и диагностические исследования для определения тактики лечения больного.

ОБЪЕМНАЯ КТ-КОРОНАРОГРАФИЯ И КТ-ПЕРФУЗИЯ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*А.И. Икрамов^{1,2}, Н.М. Джурсаева,
Х.В. Абдухалимова², Л.Н. Турсунова^{1,2},
Ф.Х. Кенжаев²*

¹Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников,

²ГУ «Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
хирургии имени академика В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить возможности объемной компьютерной томографии (КТ) в изучении состояния коронарных артерий (КА) и миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. В исследование включены 15 пациентов мужского пола с ИБС, средний возраст которых составил 58,2±3,5 года. Всем пациентам была проведена объемная КТ-коронарография и КТ-перфузия миокарда на аппарате «Aquillion one» версии Genesis (Canon Medical Systems, Япония), который позволяет получать одновременно 640 срезов за один оборот рентгеновской трубки. Первым этапом выполнялось нативное исследование для подсчета коронарного кальциевого индекса по стандартизированной методике A.S. Agatston с помощью специального программного обеспечения Calcium Score. Далее определялись зоны дефектов перфузии миокарда ЛЖ с введением стресс-агента натрия аденозинтрифосфата (АТФ) из расчета 1 мг/кг в течение 3 минут и в покое (без введения стресс-агента). При этом вводилось контрастное вещество (Юнигексол 350) через периферический венозный катетер диаметром 18-22 G в кубитальную вену со скоростью 5,0-5,5 мл/сек. Стенотические изменения, выявленные в КА, оценивали по системе CAD-RADS (Coronary Artery Disease – Reporting and Data System), которая представляет собой рекомендации, разработанные Society of Cardiovascular Computed Tomography (SCCT), the American College of Radiology (ACR) и the North American for Cardiovascular Imaging (NASCI) для стандартизации описания результа-

тов КТ-коронарографии. Для анализа результатов перфузии миокарда использован метод полярного картирования с использованием модели 17 сегментарного деления ЛЖ по АНА (American Heart Association, 2002 г.), с определением коэффициента transmural perfusion ratio (TPR). Дефекты перфузии миокарда ЛЖ определяли визуально и путем автоматического расчета полуколичественного показателя – коэффициента трансмуральной перфузии (TPR) в покое и в фазу реактивной гиперемии при введении стресс-агента (АТФ). За дефект перфузии принимали гиподенсный участок миокарда ЛЖ, выявленный в фазу стресса и не определяемый в фазу покоя, чаще всего расположенный в субэндокардиальном слое, выявляемый в одном сегменте или более минимум на 3 последовательных срезах, при сравнении рентгеновской плотности смежных участков миокарда ЛЖ. При этом TPR в фазу стресса в зоне гипоперфузии должен составлять менее 0,99.

Результаты. Согласно полученным результатам, минимальный кальциноз КА был выявлен у 3 пациентов (20%), умеренный кальциноз – у 8 пациентов (53,3%) и выраженный коронарный кальциноз отмечался у 4 пациентов (26,7%). При анализе результатов объемной КТ-коронарографии у 2 пациентов (13,3%) отмечался однососудистый характер поражения КА, в 5 (33,3%) случаях отмечалось двухсосудистое поражение и у 8 (53,3%) пациентов было выявлено мультисосудистое поражение КА. При этом в 23 сегментах (58,6%) определялись гемодинамически незначимые стенозы, а в 16 сегментах (41,4%) стенозы имели гемодинамически значимый характер. Наиболее часто атеросклеротическое поражение отмечалось в передней межжелудочковой артерии (48%), реже встречалось поражение огибающей ветви левой КА (15%). При оценке результатов объемной КТ-перфузии миокарда наибольшее число участков гипоперфузии миокарда было выявлено в бассейне кровоснабжения передней межжелудочковой артерии – 37 сегментов (48%), меньше всего определялись участки гипоперфузии в бассейне огибающей артерии – 13 сегментов (17%). Зоны гипоперфузии миокарда ЛЖ соответствовали участкам КА с наличием гемодинамически значимых стенозов.

Выводы. Проведение объемной КТ-коронарографии и КТ-перфузии миокарда левого желудочка может стать комплексным методом диагностики ИБС, который дает возможность оценить не только состояние КА с изучением показателей коронарного кальциноза, наличия и степени стенотических изменений, но и позволяет изучить состояние миокарда ЛЖ, с определением зон пониженной перфузии, относящихся к бассейну той или иной КА, в рамках одного исследования, что делает возможным принятие правильных решений и выбор наиболее оптимальной тактики ведения таких пациентов.

ЗНАЧИМОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИАНОКОБАЛАМИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ

Д.Э. Искандарова¹, Э.Р. Искандаров²,
А.Т. Эшбоев³

^{1, 2, 3}Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП,

^{1, 2}Термезский филиал Ташкентской
медицинской академии

Как нам известно, витамин В₁₂ является важным питательным веществом. По мнению исследователей Гарвардского университета, симптомы дефицита витамина В₁₂ включают анемию, проблемы с памятью и депрессию.

Цель исследования: изучить эффективность препарата цианокобаламина у больных с церебральным инсультом.

Материал и методы исследования. Проводилось сравнительное исследование групп больных с церебральным инсультом. Исследование прошло в Сурхандарьинском филиале РНЦЭМП в отделении экстренной неврологии. Для проведения исследования были выбраны методом случайного выбора 32 больных от 24 до 68 лет с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения», у которых отмечалась В₁₂-дефицитная анемия. Первая группа состояла из 16 больных (8 женщин, 8 мужчин). Им была оказана базисная дифференциальная терапия и назначен препарат цианокобаламин. Вторая группа тоже состояла из 16 больных (8 женщин, 8 мужчин), им проводилась базисная дифференциальная терапия без применения

Результаты исследования. Первоначально применяли препарат цианокобаламин в инъекциях по 500 мкг в сутки внутривенно капельно в течение 7 дней, дальнейшее лечение проводилось приёмом препарата внутрь в виде таблеток по 500-1000 мкг 1 раз в первой половине дня после нежирной еды в зависимости от тяжести анемии, и при этом учитывалось состояние повреждения головного мозга и индивидуальные особенности больного. Наблюдалось уменьшение неврологического осложнения. В результате исследования в 1 группе испытуемых мы получили положительный результат лечения 80%, а во второй группе – 50%. В невростатусе у больных первой группы, использовавших дифференциальную терапию и цианокобаламина, восстановление двигательной активности наблюдалось более успешно, чем у группы больных, которые использовали только дифференциальную терапию без применения препарата цианокобаламин. Также проводилось МСКТ головного мозга, в результате исследований после месячного применения препарата цианокобаламина (в острой фазе препарат вводили 7 дней в виде инъекций 500 мкг внутри-

венно капельно, в дальнейшем препарат применялся в виде таблеток по 500-1000 мкг 1 раз в день в течение 23 дней) в первой группе в очаге ишемизации в головном мозге у исследуемых пациентов получены положительные результаты, по сравнению со второй группой.

Выводы. В ходе исследования мы выяснили, что использование препарата цианокобаламина уменьшило неврологические осложнения в данной группе исследуемых.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Б.О. Казаков

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Узбекистан, Ташкент

Актуальность. Несмотря на предпринимаемые в настоящее время меры, смертность от острого коронарного синдрома (ОКС) и инфаркта миокарда остается на высоком уровне. В г. Ташкенте в 2020-2022 гг. был проведен ряд структурных и технологических преобразований службы скорой медицинской помощи и в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП): по созданию единого экстренного центра по оказанию помощи больным с ОКС, созданию рентгенохирургического отделения, улучшению логистики приемного покоя и взаимодействия со скорой медицинской помощью, оптимизации порядка оказания медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.

В рамках реализации Постановления правительства от 18 декабря 2020 года № 341 «О совершенствовании организации неотложной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в г. Ташкенте» повысили доступность и своевременность реперфузионной терапии при ОКС, позволили внедрить в практику и ежегодно увеличивать при остром коронарном синдроме количество чрескожных коронарных вмешательств, снизить показатель «дверь-баллон» на 45%, что, в конечном итоге, привело к снижению летальности от острого инфаркта миокарда в РНЦЭМП: 2019 г. – 11%, 2020 г. – 9,9%, 2021 г. – 8,9%.

Цель исследования: анализ эффективности реорганизации экстренной кардиологической службы на базе РНЦЭМП и больниц скорой медицинской помощи г. Ташкента.

Материал и методы исследования. По приказу № 341 «О совершенствовании организации неотложной медицинской помощи пациентам с острым

коронарным синдромом в г. Ташкенте» для оказания наиболее эффективной экстренной медицинской помощи пациентам с диагнозом ОКС и подъемом сегмента ST решено:

неотложную медицинскую помощь пациентам с острым коронарным синдромом с подъемом ST в г. Ташкенте в Республиканском научном центре экстренной медицины (РНЦЭМП) оказывать круглосуточно, в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии (РСНПМЦК) и Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии (РСНПМЦХ) с 9.00. функционируют служебные посты до 17.00 для оказания первичного чрескожного коронарного вмешательства.

Наше исследование было проведено на базе РНЦЭМП. Данная медицинская организация оказывает специализированную кардиологическую и рентгенэндоваскулярную медицинскую помощь пациентам с острой коронарной патологией круглосуточно (7 дней, 24 часа).

Для оценки непосредственных результатов лечения ОКС и ОИМ проведен ретроспективный анализ годовых статистических отчетов отделения неотложной кардиологии и терапии РНЦЭМП за 2019-2021 гг.

Результаты. За 2019-2021 гг. число госпитализированных больных, доставленных бригадами СМП, увеличилось с 27,9 до 35,1 на 1000 населения и составило почти 95% от общего числа госпитализированных в больничные учреждения. Проведен анализ основных показателей деятельности выездных бригад СМП, оснащение станций автотранспортом. На станциях скорой медицинской помощи в 2021 г. работало 2125 бригад (в 2019 г. – 1937, в 2020 г. – 2305). В структуре бригад СМП 19% составили фельдшерские (2021 г. – 25%). За 2019-2021 гг. обеспеченность выездными бригадами СМП всех профилей составила 0,72 на 10 тыс. населения. В 2021 г. на станциях (в отделениях) скорой медицинской помощи республики работают 2305 бригад СМП, из них 9,4% (231) – реанимационные. При реализации приоритетного национального проекта служба скорой медицинской помощи оснащается новым санитарным автотранспортом, в рамках проекта «Здоровье-3». Немаловажным фактором эффективности работы службы СМП является формирование кадрового состава службы СМП. В службе скорой медицинской помощи Республики Узбекистан работает около 21 тыс. человек, в том числе 9 тыс. врачей, 12 тыс. средних медицинских работников.

Для обеспечения взаимодействия между диспетчерским центром станции СМП, машиной СМП, приемным отделением БСМП и дежурным врачом отделения кардиореанимации организована сото-

вая корпоративная связь. Уже при первом контакте выполняется ЭКГ-диагностика и стандартная терапия, включающая назначение аспирина, гепарина, наркотических анальгетиков и др. Нагрузочная доза клопидогреля (300-600 мг) назначается или на этапе СМП, или в приемном отделении при первом контакте с врачом кардиореанимационного отделения. Время от первого контакта с медицинскими работниками до доставки пациента с ОКС в стационар составляет в среднем 30 минут.

В 2021 г. в РНЦЭМП выполнено самое большое количество коронарографии (КАГ) за весь период работы по данному направлению – 1356. В сравнении с показателем 2019 г. (414 обследований) зарегистрирован значительный прирост – в 3,27 раза. В 2019 г. РНЦЭМП экстренные чрескожные коронарные вмешательства пациентам с ОКС и ОИМ выполнялись в единичных случаях, потому что до 2020 г. в РНЦЭМП обращались только жители 2 районов (Чиланзарского и Сергелийского) с ОКС, которым экстренное ЧКВ выполняли только до 14.00 рабочего дня. Другие жители г. Ташкента обращались с диагнозом ОКС в другие медицинские учреждения. До 2020 г. основным применяемым методом реперфузионного лечения являлась тромболитическая терапия.

В 2019 г. выполнено 218 urgentных чрескожных коронарных вмешательств, к 2021 г. этот показатель увеличился в 5,04 раза и составил 1100 операций.

Выводы. В настоящее время получены убедительные доказательства того, что ЧКВ – лучший метод реперфузии при ИМпST. Прежде всего это обусловлено достоверно меньшим уровнем летальности у больных ИМпST после первичного ЧКВ, по сравнению с тромболитической терапией. Для улучшения результатов чрескожных коронарных вмешательств при ОКС необходимо сокращение до минимума времени от обращения пациента до оказания специализированной помощи в больницах с наличием в отделении неотложной кардиологии и терапии, работающих 7 дней в неделю, 24 часа в сутки; повышение информированности населения об остром сердечном приступе и доступности высокотехнологичных методов лечения в целях своевременного обращения за медицинской помощью; организация работы системы скорой медицинской помощи и стационаров по единому алгоритму, основанному на единых принципах диагностики, лечения ОКС и единому пониманию тактических вопросов.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ФФ РНЦЭМП

*Р.Ю. Каттаханова, Б.К. Ахмадалиев,
О.Э. Умурзаков*

**Ферганский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан**

Цель исследования: изучение влияния цитопротектора тиотриазолина (Тиотриазолин «ARTERIUM») на темпы формирования зоны ишемического повреждения в первые часы острого инфаркта миокарда на фоне применения стрептокиназы.

Материалы и методы. Больные передним Q-волновым инфарктом миокарда обоего пола, поступившие в стационар в первые 6 часов от начала основного приступа. Критерии исключения из испытания: наличие при поступлении тяжелой сердечной недостаточности: отека легких, кардиогенного шока, развитие блокад пучка Гиса, задние инфаркты миокарда. Все больные получали тромболитическую терапию стрептокиназой. Больные случайным образом разделены на две группы: 1 группа (n=7) – больные, получавшие дополнительно к базисной терапии тиотриазолин по 2,5–2,0% 2 раза в день в/м в виде инъекций и 2 группа (n=7) – контроль. Динамика зоны ишемического повреждения миокарда изучалась по показателям электрокардиограммы по методу Мароко в модификации Рябыкиной: AQS – площадь некроза миокарда, AST – площадь ишемического повреждения в динамике через 1-2, 24 часа от начала терапии.

Результаты. Существенных различий по динамике показателя AQS, отражающему зону некроза миокарда, не было выявлено, что логично в связи с иной «точкой приложения» тиотриазолина. Динамика показателей AST – зоны ишемического повреждения миокарда – в группах была более существенной. Исходные показатели AST (все отведения с элевацией ST) составили в 1 группе $20,2 \pm 1,21 \text{ см}^2$ и во 2 группе – $19,42 \pm 1,46 \text{ см}^2$, после тромболитической терапии через 1,5 часа – $11,5 \pm 0,98 \text{ см}^2$ и $11,1 \pm 0,61 \text{ см}^2$ соответственно, т.е. различия были не достоверны. Однако по показателю AST max (отведения с элевацией ST > 3,5 мм) различия были более благоприятны для тиотриазолина: до терапии $11,19 \pm 0,67 \text{ см}^2$ и $12,58 \pm 1,32 \text{ см}^2$, а через 1,5 часа $4,8 \pm 0,47 \text{ см}^2$ и $6,58 \pm 0,96 \text{ см}^2$ ($p < 0,05$). Наиболее существенные различия AST max зафиксированы через 24 часа: $3,2 \pm 0,41 \text{ см}^2$ и $6,01 \pm 0,45 \text{ см}^2$ ($p < 0,05$).

Как видно, дополнительное влияние тиотриазолина на эффект стрептокиназы в отношении формирования зоны ишемического повреждения имеет место, хотя и невелико. Наиболее ощутимое влияние препарат оказывает на зону выраженного ишемического повреждения миокарда.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ
ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ
ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

М.Л. Кенжаев³, М.Ж. Ризаева^{1,2}, М.М. Бабаева²

¹Бухарский государственный
медицинский институт,

²Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан,

³Ташкентская областная специализированная
соматическая больница

Цель работы: оценить эффективность и безопасность применения электрической кардиоверсии при персистирующей форме фибрилляции предсердий.

Материалы и методы. Обследовано 68 пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий (ФП), из них: женщин – 38, мужчин – 30. По нозологии основную массу составили больные с ишемической болезнью сердца (ИБС) и гипертонической болезнью, находившиеся на стационарном лечении в отделении кардиотерапевтической реанимации Бухарского филиала РНЦЭМП за 2020 г. Большинство пациентов на момент госпитализации имели персистирующую и длительно персистирующую формы ФП. Основной причиной нарушения ритма были перенесенный инфаркт миокарда, выраженная митральная регургитация, необратимые изменения локальной сократимости миокарда левого желудочка, недостаточность коррекции антиаритмическими препаратами, нерегулярный приём лекарственных средств и артериальная гипертензия.

Результаты исследования. Наличие ФП подтвердилось на основании жалоб, анамнеза, физических обследований и регистрацией ЭКГ. При длительности аритмии более 48 часов и отсутствии адекватной антикоагулянтной терапии в течение последних 3-х недель, с целью исключения внутрипредсердного тромба и изучения размеров левого предсердия, всем пациентам перед восстановлением синусового ритма с помощью электрической кардиоверсии проводили эхокардиографию. Ко всем пациентам для восстановления синусового ритма применялась фармакологическая кардиоверсия. С целью профилактики тромбозмболических осложнений вводился антикоагулянт в соответствующих дозах. Электрокардиоверсию (ЭК) проводили аппаратом ДКИ-Н-10 «AXION» Россия, разрядом 200 кДж.

Таким образом, за период 12 мес. (2020 г.) в отделении кардиотерапевтической реанимации с нарушением ритма сердца поступили 68 пациентов с ФП для решения вопроса о кардиоверсии. ЭК произведена 43 больным. Медикаментозно синусовый ритм восстановлен у 25 пациентов (36,7%), электрокардиоверсией – 43 (63,4%). Осложнений в

момент проведения ЭК не регистрировалось. Рецидивов аритмии до момента выписки из стационара не отмечалось. У 1-го пациента через 3 месяца наблюдались срыв ритма, связанный с нерегулярным приемом лекарственных средств, и размер левого предсердия более 5,6 см со сниженной ФВ ЛЖ до 35%.

Выводы. 1. Анализ полученных результатов показал высокую эффективность и безопасность электрической кардиоверсией. 2. Восстановить синусовый ритм после ЭК удалось в 63,4%, медикаментозно – в 36,7%. 3. Преимуществами восстановления и удержания нормального синусового ритма с помощью электроимпульсной терапии является более высокая эффективность, нежели при медикаментозном восстановлении.

**СТЭМИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА
КИЧИК ДОЗАДАГИ ДОБУТАМИНИ СТРЕСС-
ЭХОКАРДИОГРАФИЯДА ЧАП ҚОРИНЧАНИНГ
БЎЙЛАМА СИСТОЛИК ФУНКЦИЯСИ
КЎРСАТКИЧЛАРИ ДИНАМИКАСИ**

Кенжаев С.Р.

**Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий
маркази (РШТЁИМ). Ташкент.**

Ўткир миокард инфаркти (ЎМИ)да чап қоринчанинг бўйлама систолик фаолиятида ҳам жиддий ўзгаришлар кузатилиши ва бу, ўз навбатида, унинг дисфункцияси зўрайишига сабаб бўлиши мумкин.

Тадқиқотнинг мақсади кичик дозаларда добутамин билан стресс-эхокардиографияда СТ элевацияли ЎМИ бўлган беморларда чап қоринча бўйлама систолик функцияси кўрсаткичлари динамикасини ўрганиш эди.

Материаллар ва усуллар: тадқиқотда СТЭМИ билан касалланган 302 бемор иштирок этди. Барча беморларда миокард реперфузияси ўтказилди. Миокард реперфузияси натижаларига кўра, беморлар 3 гуруҳга бўлинган. 1-гуруҳ – миокард реперфузияси муваффақиятли бўлган 196 бемор, 2-гуруҳ – миокарднинг қисман реперфузияси бўлган ва 3-гуруҳ – миокард реперфузияси муваффақиятли бўлмаган беморлар. Барча беморлар касалликнинг 3–8 кунда ҳолати барқарорлашгандан сўнг, кичик дозаларда добутамин билан стрессли эхокардиография ўтказилди. ЧҚ миокарднинг бўйлама систолик функцияси М-режимда митрал қопқоқ фиброз ҳалқасининг ҳаракатланиш амплитудаси ва митрал қопқоқ фиброз ҳалқаси систолик ҳаракатининг дастлабки ва добутамин кичик дозаларини киритгандан кейин ҳаракатланиши билан баҳоланади.

Натижалар: добутаминнинг паст дозалари билан стресс-эхокардиография пайтида СТЭМИ билан оғриган беморларда митрал қопқоқ фиброз

ҳалқасининг ҳаракатланиш амплитудаси қуйидаги
жадвалда келтирилган.

Кўрсат- кичлар	1-гурӯх		2-гурӯх		3-гурӯх	
	дастлаб	ДҚД	Дастлаб	ДҚД	Дастлаб	ДҚД
ҚАТ, см	1,12±0,6	1,3±0,6	1,02±0,6	1,25±0,6	0,79±0,16	0,8±0,16
ЁД, см	1,3±0,15	1,5±0,15	1,29±0,15	1,44±0,1	0,96±0,1	0,95±0,1
ОД, см	1,02±0,14	1,47±0,1*	0,99±0,14	1,1±0,14	0,83±0,17	0,88±0,17
ПД, см	1,3±0,15	1,56±0,1	1,15±0,15	1,28±0,1	0,83±0,14	0,84±0,14

Изоҳ: *-фарқлар дастлабки маълумотларга нисбатан сезиларли
(* - $p < 0,05$). ҚАТ-қоринчалараро тўсиқ, ЁД – ён девор,
ОД-орқа девор, ПД-пастки девор

Муваффақиятли реперфузияли 1-гурӯхдаги бе-
морларда кичик дозаларда добутиамин киритилган-
да, ҚАТ бўйлаб фиброз ҳалқанинг ҳаракатланиш
амплитудаси 1,12±0,6 дан 1,3±0,6 см гача, ён девор
бўйлаб 1,3±0,15 дан 1,5±0,15 см гача сезиларли
даражада ошди, олд девор бўйлаб – 1,02±0,14 дан
1,47±0,1 гача ва пастки девор бўйлаб 1,3±0,15 дан
1,56±0,1 см гача ($p < 0,01$) ошди. Худди шу тенден-
ция 2-гурӯхдаги беморларда кузатилди, фиброз
ҳалқанинг ҳаракатланиш амплитудасининг сези-
ларли яхшиланиши фақат ҚАТ, ён ва пастки девор-
ларда қайд этилган ($p < 0,05$). Олдинги девор бўйича,
добутиаминнинг кичик дозаларини киритиш МК
фиброз ҳалқасининг ҳаракатланиш амплитудасини
сезиларли даражада оширмади ($p > 0,05$).

2-ва 3-гурӯхдаги беморларда фиброз ҳалқанинг
барча деворлари бўйлаб ҳаракатланиш амплитуда-
сининг пасайиши кузатилади, реперфузия самара-
сиз 3-гурӯхда эса ҚАТ учун бу кўрсаткич сезиларли
даражада пасаяди. 3-гурӯхдаги беморларда турли
ўлчов нуқталарида митрал қопқоқнинг фиброз
ҳалқаси ҳаракатланиш амплитудаси 0,79 дан 0,96
см гача бўлган ва 1-гурӯхга қараганда сезиларли
даражада паст бўлган. Муваффақиятсиз реперфу-
зия бўлган 3-гурӯхдаги беморларда добутиамин-
нинг кичик дозаларини киритиш фиброз ҳалқа
ҳаракати амплитудасининг яхшиланишига олиб
келмади. Барча ўлчов нуқталарида бошланғич
қийматлар КДД ($p > 0,05$)даги қийматлардан фарқ
қилмади.

Ўткир миокард инфарктида ЧҚ деворларининг
узунламасига қисқаришини бузишда ЧҚ дисфунк-
циясининг ривожланиши муҳим рол ўйнайди. До-
бутиаминнинг кичик дозаларини киритиш билан
митрал қопқоқ фиброз ҳалқаси амплитудасининг
ошиши чап қоринча бўйлама систолик функцияси-
нинг яхшиланиши белгисидир.

МИОКАРДИАЛЬНЫЙ СТАННИНГ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

С.Р. Кенжаев

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: определить динамику зон
миокардиального станнинга и показателей ремо-
делирования у больных Q-инфарктом миокарда
(Q-ИМ), подвергшихся стентированию инфаркт-
связанной коронарной артерии.

Материалы и методы. В исследование вклю-
чены 50 больных с Q передним ИМ. Все больные
подверглись экстренному стентированию ин-
фаркт-связанной артерии (ИСА). Время «симптом-
баллон» составляло в среднем 3,4±0,3 ч. Для анали-
за жизнеспособности миокарда после стабилизации
состояния на 3-6 сутки проводилась стресс-ЭхоКГ с
добутиамином (СЭД), а спустя 3 месяца проводилась
повторная ЭхоКГ. Полученные данные обработаны
на компьютере с использованием пакета статисти-
ческих программ.

Результаты и обсуждение. По данным ЭхоКГ,
в покое показатель глобальной систолической
функции ЛЖ – фракция выброса (ФВ) составлял
47,8±0,9%. Регионарная систолическая функция
изучалась в 800 сегментах, из них 68% были нор-
мокинетичными, 34% – гипокинетичными, 5% –
акинетичными и 3% – дискинетичными. Индекс
нарушения регионарной сократимости (ИНРС) ис-
ходно составлял в среднем 2,0±0,037. При малых
дозах добутиамина ФВ ЛЖ возросла с 47,8±0,9 до
53,6±1,4 ($p < 0,01$). У больных с Q-ИМ сегментов с
обратимой дисфункцией было 228 (28,5%), с необ-
ратимой дисфункцией (т.е. зоной истинного некро-
за) – 100 (12,5%). ИНРС уменьшился с 2,0±0,037 до
1,34±0,03 ($p < 0,01$).

При повторном ЭхоКГ через 3 месяца у обследо-
ванных больных ФВ ЛЖ увеличилась до 51±1,6%
($p < 0,05$). Выявлена прямая корреляционная связь
между числом добутиамин-реагированных сегмен-
тов и величиной их функциональных улучшений
на пик введения добутиамина и изменения фрак-
ции выброса ($r = 0,72$, $p < 0,01$). Также выявлена пря-
мая корреляция между ИНРС при СЭД на 4-6 сутки
и ЭхоКГ через 3 месяца ($r = 0,91$, $p < 0,01$). Отмечена
положительная динамика функционального со-
стояния миокарда ЛЖ у всех пациентов с Q-ИМ с
миокардиальным станнингом. Отсутствие мио-
кардиального станнинга в зоне инфаркта миокар-
да сопровождалось более тяжелым течением вос-
становительного постинфарктного периода. При
наличии миокардиального станнинга после стен-
тирования ИСКА процессы ремоделирования ока-
зались менее выраженными.

Выводы. Таким образом, раннее выполнение стентирования ИСА предупреждает распространение зоны некроза миокарда и приводит к образованию станинговых зон миокарда. Изменение функционального состояния миокарда ЛЖ при Q-ИМ обусловлено не только некрозом миокарда, но и имеющимся миокардиальным станингом. Наличие миокардиального станинга в зоне инфаркта в значительной степени предупреждает структурно-геометрическую перестройку ЛЖ после адекватной реваскуляризации ИСА.

РЕПЕРFUЗИЯ МИОКАРДА И ПРЕРВАННЫЙ ИНФАРКТ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ЭЛЕВАЦИЕЙ ST

*С.Р. Кенжаев, А.Л. Аляви, А.К. Каиров,
М. Ортиков, Н.М. Латипов*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель: изучить результаты тромболитической терапии и ЧКВ у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСпST).

Материалы и методы. В исследование включили 302 больных с ОКСпST, поступивших в отделение кардиотерапевтической реанимации РНЦЭМП. Тромболитическая терапия стрептокиназой была проведена у 198 (65%) больных. Первичная ЧКВ была проведена у 104 (35%) больных с ОКСпST. Спасительная ЧКВ после неудачного тромболитизиса в течение 12 ч выполнена у 13 (4,5%) больных, отсроченная после тромболитизиса в течение 48-72 часов – у 172 (58%).

Результаты исследования. У 196 (65%) реперфузия привела к купированию болевого синдрома и полной резолуции сегмента ST (снижение сегмента ST более чем на 70% от исходного уровня); у 76 (25%) больных наблюдалась частичная резолуция (снижение сегмента ST более чем на 30%, но менее чем на 70% от исходного уровня). У 30 больных (10%) наблюдалось отсутствие динамики сегмента ST (увеличение степени элевации, отсутствие к.л. динамики или уменьшение элевации менее чем на 30% от исходного уровня).

Время «симптом–реперфузия» составляло в среднем $4,76 \pm 0,3$ ч (варьировало от 0,5 до 12,5 ч). Время «симптом–игла» в группе больных, получавших ТЛТ, составляло в среднем $3,3 \pm 0,5$ ч, время «симптом–баллон» – $5,2 \pm 0,8$ ч. Средние значения максимального исходного уровня сегмента ST составили $4,4 \pm 0,37$ мВ. Время «дверь–баллон» в среднем было равно $68 \pm 4,0$ мин. Исход трансформации диагноза ОКС с подъемом сегмента ST на ИМ с зубцом Q или ИМ без зубца Q зависел также от давности начала симптомов заболевания.

При поступлении в течение 2 часов от начала симптомов заболевания у больных с ОКС с подъемом сегмента ST чаще наблюдалось развитие абортивных форм (без зубца QИМ) инфаркта миокарда, соответственно реже развивалось с зубцом QИМ: <1 часа – 94% против 6%; 2 часа – 55% против 45% ($p < 0,05$). Среди больных, поступивших через более 3 часа от начала заболевания, в большинстве случаев развивался Q-инфаркт миокарда.

Заключение. Таким образом, при ОКСпST раннее проведение реперфузионной (независимо от вида реперфузии) терапии в течение 2 часов способствовало достоверному частому развитию прерванных форм инфарктов миокарда.

ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Д.А. Кодиров, Х.А. Авазова, С.А. Мукумова

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. В настоящее время накоплено достаточно доказательств того, что сочетание у одного человека нескольких факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний резко увеличивает их суммарный риск. Одной из комбинаций факторов риска является синдром X. В основе этого синдрома – единая метаболическая цепь, связывающая несколько факторов риска: артериальную гипертонию (АГ), инсулинорезистентность (ИР), гиперинсулинемию, нарушение толерантности к глюкозе, дислипидемию. Однако многие авторы считают необходимым включение ожирения, особенно по абдоминальному типу в классический кластер симптомов синдрома X. Лечение АГ у больных с метаболическими нарушениями имеет свои особенности. Они связаны с необходимостью учитывать различное влияние фармакологических препаратов и их комбинаций на обменные нарушения при АГ с метаболическими расстройствами.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности основных классов гипотензивных препаратов (ингибитор АПФ – эналаприл (энап) и комбинированный препарат (ингибитор АПФ периндоприл + селективный блокатор кальциевых каналов II класса – амлодипин. – амлесса)) у больных мягкой и умеренной гипертонией с наличием метаболических нарушений.

Материал и методы. В исследование было включено 25 больных АГ с различным сочетанием метаболических факторов риска. Больные составили 2 группы: получающие гипотензивную монотерапию эналаприлом и периндоприлом+амлодипином. Все больные получали монотерапию в течение 2-х

месяцев: энап (эналаприл) в дозе 5 – 10 мг 1–2 раза в сутки; амлесса (периндоприл+ амлодипин) в дозе 4/5 – 4/10 мг 1 раз в сутки. Дозу подбирали индивидуально в зависимости от эффекта.

Результаты. Через два месяца непрерывного лечения полный эффект у больных, принимавших энап и амлесса, был достигнут в 65,5%, 71,5% случаев, соответственно, недостаточным оказался эффект в 8,8%, 8,5%, случаев соответственно. Отмечено достоверное снижение САД и ДАД как в ночное время, так и в период бодрствования.

Нами оценена динамика типов суточных кривых АД по данным 24-часового мониторингирования, отдельно для систолического и диастолического АД. Лечение оказывало благоприятное влияние на типы суточных кривых при их определении по степени ночного снижения диастолического и систолического АД. Существенных изменений показателей углеводного, липидного, пуринового обмена, уровня протромбина, фибриногена, вязкости крови под влиянием терапии не наблюдалось.

Под влиянием терапии эналаприлом и периндоприлом + амлодипином существенных изменений ЧСС не произошло. Отмечено снижение ЧСС в дневное время на 11%, среднесуточной – на 10%. Исходное нарушение диастолической функции ЛЖ зарегистрировано у 70% пациентов. Нормализация показателей диастолического расслабления и наполнения ЛЖ у пациентов, принимавших энап и амлесса, наблюдалась у 53%, 55% соответственно.

Выводы. Терапия эналаприлом и периндоприлом + амлодипином снижает САД и ДАД, величину и скорость утреннего подъема АД в сопоставимой степени, способствует нормализации суточного профиля АД. Лечение достоверно улучшает диастолическую функцию левого желудочка, происходит нормализация показателей диастолического расслабления и наполнения ЛЖ. Полученные данные свидетельствуют о том, что энап и амлесса возможно использовать в качестве монотерапии при лечении мягкой и умеренной гипертонии с метаболическими нарушениями. Терапия приводит к повышению качества жизни, улучшению самочувствия больных. Препараты хорошо переносятся больными.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ф.О. Кудратов

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Наиболее типичными проявлениями патологии мозга при сосудистой патологии являются когнитивные расстройства – нарушение

памяти, способности к обучению, отсутствие собственного мнения, нарушение эмоционального контроля и социального поведения. Потенциальными факторами риска ПОКД являются также генетическая предрасположенность и уже имеющиеся у больного когнитивные нарушения – то, что имеет место у больных с гипертонической болезнью. Вместе с тем до настоящего времени практически отсутствуют данные о частоте развития когнитивного дефицита (КД) после операции у больных с гипертонической болезнью при различных видах анестезии.

Цель исследования: определить проявление и распространённость когнитивных расстройств у больных с гипертонической болезнью после оперативных вмешательств, выполненных в условиях общей многокомпонентной анестезии.

Материал и методы. Исследование было проведено в хирургических отделениях на базе Роми-танского ЦРБ в период 2020-2021 гг. Оперативное вмешательство проводили в условиях общей многокомпонентной анестезии с искусственной вентилацией легких.

Тестирование когнитивных функций проводилось у 54 наблюдаемых больных (женщин 31, мужчин 23) в возрасте от 20 до 59 лет. Их них 20 больных были без гипертонии в анамнезе (1 группа) и 34 больных – с гипертонической болезнью в анамнезе (2 группа). Для достижения заданной цели нами было проведено исследование когнитивной функции у пациентов обеих групп с различной хирургической патологией до операции и на 3 и 5 сутки после оперативного вмешательства.

Результаты и их обсуждение. При оценке когнитивных функций в послеоперационном периоде ПОКД у больных верифицировали по ухудшению результатов теста «из 10 слов» не менее, чем на 20% по сравнению с исходными данными. У больных 1 группы при тестировании до операции КД не было выявлено. Во второй группе КД до операции выявлена у 30 больных (88,2%). При этом снижение объема краткосрочной памяти отмечено на 20-30%. Клиническая картина ранней ПОКД у наблюдаемых нами пациентов после операций отличалась более выраженным снижением устойчивости внимания, темпов и объема краткосрочной памяти по сравнению с больными без гипертонии в анамнезе. Если ухудшение результатов теста «10 слов» у больных 2 группы до операций составляло 20-30%, то после операций – 60-70% соответственно.

Таким образом, общая анестезия и гипертоническая болезнь, как факторы взаимоотношения, оказывают существенное негативное влияние на состояние когнитивных функций. Полученные сведения о распространенности ПОКД у пациентов с гипертонической болезнью в условиях общей анестезии позволят на научной основе определить

характер и объем требуемой мультидисциплинарной помощи больным в пери- и послеоперационном периоде.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭСМОЛАЙФА С АНАПРИЛИНОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ

М.О. Курбанова

Бухарский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является одной из актуальных проблем кардиологии, что связано с широкой распространенностью заболевания и выраженным влиянием на частоту сердечно-сосудистых осложнений и смертность. В ряде случаев течение АГ сопровождается развитием гипертонического криза (ГК). От того, как быстро больному будет оказана высококвалифицированная врачебная помощь при осложненном ГК, зависит прогноз заболевания и жизни больного [1].

Цель: изучить сравнительную оценку эсмолала с анаприлином у пациентов с гипертонической болезнью, осложненной гипертоническим кризом на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Под наблюдением находились 58 пациентов (34 мужчин и 24 женщины, средний возраст – $58,2 \pm 6,4$ лет) с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения – не выше II функционального класса, согласно Канадской ассоциации кардиологов), имевших гипертоническую болезнь, которые обратились за СМП. Все больные были разделены на две группы: пациенты 1-й группы ($n=30$) в течение догоспитального этапа получили эсмолол (эсмалайф) по 10 мг/мл, в последующем получали в стационаре только стандартную терапию (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -адреноблокаторы, статины и антикоагулянты), 2-й группе ($n=28$) был назначен анаприлин в дозе 5 мг/сут. Исходно всем пациентам выполняли измерения А/Д, ЧСС, пульс. При этом оценивали А/Д, ЧСС, пульс и жалобы больного.

Результаты. Исходно снижение А/Д до субнормальных цифр и уменьшение жалоб больного (головную боль, шум в ушах, сердцебиение) за короткий срок (30 минут) были обнаружены у 25 (83%) пациентов 1-й группы и у 12 (43%) пациентов 2-й группы.

Выводы. Применение эсмолала у пациентов с гипертонической болезнью приводит к значительному существенному уменьшению А/Д, чем анаприлин.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ПОЛУШАРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Л.Б. Максудова, Б.Г. Гафуров

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Церебральная сосудистая патология является одной из наиболее актуальных проблем современной неврологии. Сосудистые заболевания головного мозга занимают одно из первых мест в структуре болезней центральной нервной системы (ЦНС), характеризующихся наиболее высокой смертностью и инвалидизацией больных. Среди патологических изменений сосудов головного мозга одну из основных позиций занимают артериовенозные мальформации (АВМ). АВМ головного мозга – одна из ведущих сосудистых патологий. АВМ головного мозга – относительно редкое заболевание, трудно диагностируемое клинически в латентном периоде, способное вызвать серьезные неврологические осложнения или смерть. Клиническое проявление АВМ головного мозга разнообразное: начиная от субъективного ощущения головной боли и незначительных очаговых неврологических синдромов, заканчивая эпилептическими приступами и обширными спонтанными кровоизлияниями.

Цель исследования: проанализировать клинические проявления АВМ головного мозга при полушарной локализации и оптимизировать выбор тактики лечения.

Материалы и методы. В исследование было включено 46 случаев больных с АВМ головного мозга различной локализации и неврологической картины. Все пациенты поступили в экстренном порядке в РНЦЭМП с различными urgentными состояниями. Больным, кроме неврологического осмотра, была произведена МСКТ головного мозга, ТКДГ сосудов головного мозга. Среди них 20 (43,5%) случаев составили лица женского пола, 26 (56,5%) – лица мужского. Средний возраст больных составил $28 \pm 7,52$ года. Группу обследованных составляли по принципу случай – регистрация. Был произведен анализ в возрастном и половом аспекте в разрезе с локализацией АВМ головного мозга.

АВМ головного мозга у лиц мужского пола в 16 (61,5%) случаях из 26, а у лиц женского пола – в 13 (65%) из 20 располагались в левом полушарии головного мозга. Тогда как правополушарная латерализация АВМ головного мозга имела место у мужчин в 10 (38,5%) случаях, а у женщин – в 7 (35%).

Анализ локализации АВМ головного мозга показал, что как у мужчин, так и у женщин в 2/3 случаях

АВМ латерализовались в височной и теменной долях, а в 1/3 случаев имела место лобно-затылочная локализация.

В клинической манифестации АВМ головного мозга в 28 (62%) случаях преобладала картина кровоизлияния в виде паренхиматозного и паренхиматозно-субарахноидального кровоизлияния. У 13 (28%) больных первым клиническим проявлением АВМ головного мозга был фокальный эпилептический припадок с вторичной генерализацией.

В 4 (9%) случаях мы наблюдали опухолевидное проявление болезни в виде пирамидной симптоматики, нарушения полей зрения и различных когнитивных функций.

Заключение. Таким образом, АВМ в большинстве случаев располагались в левом полушарии и чаще отмечались у лиц мужского пола.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРОРЫВА КРОВИ В ЖЕЛУДОЧКОВУЮ СИСТЕМУ В ИСХОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Л.Б. Максудова¹, Б.Г. Гафуров², Ш.Р. Мубаракوف¹

¹Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,

²Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников

Цель исследования: прогнозирование 30-дневной выживаемости и 90-дневного функционального результата у пациентов с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями без и с прорывом крови в желудочковую систему.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 140 пациентов с ГВМК головного мозга. Из них 52 (37,1%) пациента были женского пола и 88 (62,9%) – мужского пола, в возрасте от 15 до 88 лет. Средний возраст составил $58,8 \pm 14,0$ лет. Всем пациентам проводился неврологический осмотр и оценка тяжести состояния по шкале «National Institutes of Health Stroke Scale» (NIHSS). Оценка нарушения уровня сознания проводилась с использованием шкалы ком Глазго (ШКГ). После изучения анамнеза и физикального исследования все пациенты подвергались мультислайсной компьютерной томографии (МСКТ). На основании полученных МСКТ результатов нами проводилась оценка характеристик внутримозгового кровоизлияния, таких как локализация и объем гематомы, наличие прорыва крови в желудочковую систему, состояние обводной цистерны, деформация или расширение желудочковой системы и ее размеры, смещение срединных структур головного мозга, перифокальный отек вокруг гематомы при ее на-

личии и вторичные изменения головного мозга. Для оценки степени распространения ВЖК нами использовалась модифицированная шкала «Graeb» (mGS). Шкала «Graeb» представляет собой полуколичественный инструмент для оценки распространения ВЖК, в диапазоне от 0 до 12 баллов, по мере нарастания баллов отмечается наибольшее распространение крови в желудочках головного мозга. Для каждого бокового желудочка максимальным значением является 4 балла. Таким образом, при наличии следов крови в желудочковой системе дается 1 балл, при объеме менее 50% – 2 балла, при объеме более 50% – 3 балла и при тампонаде бокового желудочка – 4 балла. Прибавляется 2 балла – при наличии крови в третьем и/или четвертом желудочке и 1 балл – при наличии признаков гидроцефалии. С помощью данной шкалы нами проводилось прогнозирование 30-дневной выживаемости и 90-дневного функционального результата. Оценка функционального результата проводилась с применением модифицированной шкалы «Rankin» (mRS).

Результаты и обсуждения. Результаты нашего исследования показали, что средний балл пациентов с ГВМК по шкале NIHSS составил $11,5 \pm 5,3$ балла. При оценке уровня сознания по ШКГ средний балл был $11,8 \pm 2,7$ балла. Средний объем ГВМК был $19,7 \pm 13,6$ см³. В 47,8% случаях имел место внутрижелудочковый прорыв крови. Средний балл mGS составил $3,6 \pm 1,8$ балла. При анализе локализации кровоизлияния было отмечено, что превалировала медиальная локализация ГВМК, составив 26,4% (n=37), в 18,6% (n=26) случаях ГВМК локализовалась лобарно, в 17,9% (n=25) случаев была смешанная локализация ГВМК, в 15,7% (n=22) случаев наблюдалась латеральная локализация ГВМК, в 14,3% (n=20) случаях ГВМК располагалось в задней черепной ямке и в 7,1% (n=10) случаях имело место таламическое расположение. Наше исследование показало, что в 37,9% (n=53) случаев mGS составил 0 баллов, в 5% (n=7) случаев – 1 балл, в 12,9% (n=18) случаев – 2 балла, в 6,4% (n=9) случаев – 3 балла, в 11,5% (n=16) случаев – 4 балла, в 3,6% (n=5) случаев – 5 баллов, в 7,8% (n=11) случаев – 6 баллов, в 7,1% (n=10) случаев – 7 баллов и в 7,8% (n=11) случаев mGS составил 8 баллов. В нашем исследовании пациентов с 10–12 баллами по шкале mGS не наблюдалось. Оценка результатов 30-дневной выживаемости пациентов с ГВМК с и без ВЖК показала наилучшие результаты 30-дневной выживаемости у пациентов с ГВМК без ВЖК. При сравнительной оценке выживаемости у пациентов в зависимости от градации mGS были отмечены следующие результаты: так, при mGS < 5 баллов 30-дневная выживаемость в среднем составила $0,63 \pm 0,15$, а при mGS > 5 баллов данный показатель составил $0,3 \pm 0,14$. Для оценки показателя 90-дневного функ-

ционального результата по шкале mRS пациенты были условно разделены на три подгруппы в зависимости от градации по шкале mGS и степени инвалидизации по шкале mRS. Так, в подгруппе пациентов с mGS 0 баллов показатели mRS от 0 до 3 баллов составили 90,4% и 9,6% при mRS 4-5 баллов. В подгруппе пациентов с mGS < 5 показатели mRS характеризовались следующим образом: так, при mRS от 0 до 3 баллов – 74,5%, при mRS 4-5 баллов – 10,6% и при mRS 6 баллов – 14,9%. В подгруппе пациентов с mGS >5 при оценке по шкале mRS было отмечено, что показатель mRS от 0 до 3 баллов составил 41,5%, mRS 4-5 баллов – 41,5% и 6 баллов – 17,1%. В ходе анализа результатов нашего исследования было отмечено, что нарастание показателя mGS на каждый балл увеличивало вероятность неблагоприятного 90-дневного функционального результата на 13%.

Выводы. Таким образом, поскольку пациенты с ГВМК, осложненными ВЖК, имеют значительно повышенный риск летального исхода и неудовлетворительного функционального результата, оценка градации ВЖК имеет важное значение в прогнозировании выживаемости пациентов. Применение шкалы mGS у пациентов с ВЖК позволяет дифференцировать тяжесть состояния пациентов и спрогнозировать 30-дневную выживаемость и 90-дневный функциональный результат.

ХАРАКТЕРИСТИКА СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С АВМ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Л.Б. Максудова, Б.Г. Гафуров

**Республиканский центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент**

Артериовенозные мальформации (АВМ) головного мозга являются одной из основных причин внутричерепных кровоизлияний, что определяет социальное и медицинское значение этого заболевания. Риск развития эпилептических приступов у больных с АВМ головного мозга составляет 1-4% в год. В одном ретроспективном исследовании 19% случаев из вновь выявленных АВМ головного мозга проявлялись эпилептическими приступами, а в двух других исследованиях – соответственно в 18 и 27% случаев. В целом частота эпилептических приступов у больных с АВМ головного мозга, по данным литературы, варьирует в большом диапазоне – от 8 до 57% случаев (В.С. Панунцев, В.Г. Воронов, П.И. Никитин, 2013).

Материал и методы. Проведен клинико-неврологический анализ 119 случаев, верифицированных АВМ головного мозга. Верификация диагноза осуществлялась на основании ЭЭГ, КТ и МРТ головного мозга, МСКТ-ангиографии интракрани-

альных сосудов, а также традиционной церебральной ангиографии. Больные были разделены на 2 группы:

1) основная группа – представлена 91 больным с АВМ с судорожным синдромом, средний возраст больных составил $31,3 \pm 10,3$ года;

2) контрольная группа – представлена 28 больными с АВМ без судорожного синдрома, средний возраст больных составил $29,4 \pm 9,8$ года.

Результаты и обсуждение. Выявлена прямая зависимость частоты приступов эпилептических приступов от размера АВМ. Так, у пациентов с АВМ малого размера в среднем наблюдался 1 приступ судорог в месяц ($\chi^2_{\text{Мак-Немар}} = 51,1$; $p < 0,001$), пациенты с АВМ среднего размера в среднем в месяц отмечали $2,6 \pm 1,3$ приступа ($\chi^2_{\text{Мак-Немар}} = 40,7$; $p < 0,001$), пациенты с крупными АВМ – $5,4 \pm 3,0$ приступа ($\chi^2_{\text{Мак-Немар}} = 30,1$; $p < 0,001$), пациенты с гигантскими АВМ – $11,2 \pm 3,0$ приступа ($\chi^2_{\text{Мак-Немар}} = 9,5$; $p < 0,01$).

Важным моментом в клинической картине АВМ является очаговая симптоматика, которая также имеет прямую корреляционную связь с судорожным синдромом у обследуемых пациентов.

Непараметрический статистический анализ показывает наличие статистически достоверной связи между очаговой неврологической симптоматикой и судорожным синдромом, при этом надо отметить, что при наличии очагового неврологического дефицита вероятность судорожного синдрома возрастает в 2,2 раза ($\chi^2 = 3,9$; $p < 0,05$; OR – 2,21; CI – 95% (0,99-4,99)).

Анализ АВМ по локализации показал, что у пациентов основной группы в левом полушарии диагностированы АВМ у 58 (48,8%) пациентов, в правом полушарии – у 33 (27,7%) пациентов. В контрольной группе – в левом полушарии АВМ диагностировано у 15 (12,6%) пациентов, в правом полушарии – у 13 (10,9%) пациентов.

Однако, как показывает статистический анализ, эпилептические приступы не зависят от локализации АВМ ($\chi^2 = 0,33$; $p > 0,05$; OR – 1,52; CI – 95% (0,65-3,59)).

Выводы:

1. Размер АВМ прямо пропорционально влияет на частоту эпилептических приступов.

2. При наличии очагового неврологического дефицита возрастает риск развития эпилептических приступов в 2,2 раза.

3. Локализация АВМ в головном мозге не влияет на частоту и характер эпилептических приступов.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ
КРОВОИЗЛИЯНИЙ В УСЛОВИЯХ
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ
АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*А.Б. Мамадалиев¹, Б.М. Исаков¹, Ф.Н. Ташланов²,
М.Н. Хакимов¹*

**Андижанский государственный
медицинский институт,
Андижанский филиал РНЦЭМП**

Актуальность проблемы. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) входит в тройку самых частых причин летальности наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими патологиями. Геморрагический инсульт, являясь, по сути, результатом гипертонической болезни, становится, в большинстве случаев, и конечным этапом данного заболевания. В структуре нарушений мозгового кровообращения нетравматические внутримозговые гематомы (НВМГ) составляют 4-27%. Смертность при геморрагическом инсульте, даже при адекватном лечении, достигает 40-50%, а инвалидизация – 70-80%.

Цель данного исследования: анализ результатов открытого транскортикального оперативного лечения больных с НВМГ в условиях областного центра экстренной медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. Анализ, в том числе ретроспективному, подвергли 163 больных, с диагнозом ОНМК по геморрагическому типу различной локализации, поступивших в отделения неврологии и нейрореанимации Андижанского филиала РНЦЭМП с 2017 по 2019 год. 31 пациенту, согласно критериям, предложенным В.В. Крыловым, было проведено хирургическое лечение. Возраст больных варьировал от 21 до 77 лет. При распределении по полу: мужчин – 24 (77,4%), женщин – 7 (22,6%). При сборе анамнеза выявлено, что 27 больных (87%) страдали гипертонической болезнью, сроком давности от 3 до 20 лет. У 5 (16,1%) пациентов в анамнезе гипертоническая болезнь не наблюдалась либо была невыраженной. У данного контингента предполагалось наличие артериальной аневризмы или артериовенозной мальформации.

Результаты и их обсуждение. С использованием микрохирургической и оптической техники проведено 31 удаление внутримозговых инсульт-гематом. В одном случае наблюдался рецидив кровоизлияния на третьи сутки. Объем удалённых НВМГ составил от 20 до 90 мм³. В раннем послеоперационном периоде больным проводилась соответствующая гемостатическая, противоотечная, ноотропная терапия с постоянным мониторингом артериального давления. В дальнейшем лечение

было направлено на восстановление утраченных функций и реабилитацию. Хорошие результаты (по шкале исходов Глазго) получены у 6 больных (19,4%), удовлетворительные – у 21 больного (67,7%) и летальный исход на 21 сутки наблюдался у 4 больных (12,9%). Следует отметить, что хорошие и удовлетворительные результаты были получены у больных, строго отсеченных согласно критериям отбора

Выводы. Хирургическое лечение должно быть рекомендовано больным с геморрагическим инсультом, с уровнем бодрствования до сопора (включительно), без тяжелой соматической патологии.

Хирургическое лечение пациентов с геморрагическим инсультом, находящихся в коме, малоэффективно и сопровождается высокой летальностью – до 66,6%.

**НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

*Б.С. Мамажанов, Д.А. Сайдалиев,
Р.Р. Мамажанова*

Ферганский филиал РНЦЭМП

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются важнейшей медико-социальной проблемой. Заболеваемость инсультом составляет 2,5-3 случая на 1000 населения в год, смертность – 1 случай на 1000 населения в год. Необходимо добиться того, чтобы пациент получил квалифицированную помощь как можно раньше, не позже 6 часов с момента мозговой катастрофы. Здесь очень многое зависит от работы медицинской службы на догоспитальном этапе. Она предусматривает высокий уровень подготовки врачей скорой помощи, участковых терапевтов и невропатологов по диагностике, объему неотложных медицинских мероприятий, врачебной тактике при ОНМК. Необходимо, чтобы все они оперативно и четко выполняли свои обязанности в случаях сосудистой мозговой «катастрофы».

В Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за 2021-2022 гг. специализированная помощь была оказана 682 больным с острым нарушением мозгового кровообращения.

С учетом накопленного опыта и на основании публикаций зарубежных авторов рекомендуем следующие стандарты мероприятий на догоспитальном этапе:

При артериальной гипертензии: гипотензивная терапия проводится при артериальном давлении только выше 220/100 мм рт.ст. (при исключении кардиальной патологии). Контроль АД через 15 мин при недостаточном эффекте: в/в введение гипотензивных препаратов (Тахибен 5,0 + физ. р-р. 0,9%-10,0 в/в с магнием сульфатом 25%-10,0 в/в.

Цель: снижение среднего артериального давления на 15% от исходного. САД = диастолическое АД + (систолическое АД – диастолическое – АД) 3).

– При артериальной гипотонии САД ниже 100 мм рт.ст: полиглюкин 50 мл струйно, затем капельно до 400 мл.

Целевые цифры АД: 150/90 мм рт.ст.

– При судорогах: сибазон 0,5% - 2,0 в/в.

Цель: купирование судорог.

– При рвоте: положить больного на бок, церу-
глан (метоклопрамид) – 0,5% 2,0 в/м.

Цель: купирование рвоты. Профилактика аспирации верхних дыхательных путей.

– При гипертермии выше 37,5 °С: анальгин 25% – 4 мл + димедрол 1% – 1 мл в/м.

Цель: снижение температуры тела.

– При появлении и нарастании симптомов отека головного мозга (нарушение сознания, анизокория): головной конец носилок приподнять на 30°, сорбиакт – 400,0 в/в. Л-лизина эсцинат – 5,0 + физ. р-р. 15,0 в/в.

Цель: снижение внутричерепной гипертензии.

– При респираторных нарушениях, коме: санация верхних дыхательных путей, ингаляция кислорода, интубация трахеи, искусственная вентиляция легких (по показаниям).

Цель: восстановление свободного дыхания, адекватная оксигенация.

Вывод. У больных с геморрагическим инсультом на догоспитальном этапе лечебные мероприятия должны быть направлены на обеспечение достаточной вентиляции легких и оксигенации, поддержание стабильности системной гемодинамики, купирование судорожного синдрома.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Ш.Р. Мубараков, Б.Г. Гафуров, К.Т. Бобоев

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,
Научно-исследовательский институт
гематологии и переливания крови,
Ташкент

Одним из важных факторов тромбофилии является нарушение метаболизма незаменимой аминокислоты гомоцистеина, которое может носить как генетический, так и экзогенно обусловленный характер. При гипергомоцистеинемии повышается концентрация липопротеинов низкой и очень низкой плотности, снижается продукция эндотелиального релаксирующего фактора и сульфатированных гликозаминогликанов (гепариноидов), активируются сериновые протеазы.

Одним из основных генов обмена метионина является ген, кодирующий фермент метилентетрагидрофолатредуктазу (МТГФР). Наиболее известной мутацией является точечная мутация с заменой нуклеотида цитозина на тимин в положении 677 (C677T).

Целью данной работы была оценка значимости аллельных вариантов полиморфизма C677T гена MTHFR в патогенезе ИИ.

Материалы и методы. В исследование был включен 41 пациент, составивший основную группу, с острым ИИ, наблюдавшийся в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи. Диагноз ИИ верифицировали на основании клинико-инструментальных (компьютерная томография головного мозга, цветное дуплексное сканирование экстракраниальных артерий) данных. Контрольная группа была сформирована из 41 неродственного здорового лица узбекской национальности, без каких-либо тромбоз-ассоциированных заболеваний. Анализ генотипов и аллелей полиморфизма C677T гена MTHFR (Международный код – rs1801133) проводили путем стандартной полимеразной цепной реакции на термочиклерах CG-1-96 «Corbett Research» (Австралия) и Applied Biosystems-2720 (США), с использованием наборов ООО «АмплиКит» (г. Санкт-Петербург), согласно инструкции производителя. В качестве биологического материала использовали образцы ДНК, выделенные из лейкоцитов периферической крови.

Результаты. По данным исследования, распространенность аллелей полиморфизма rs1801133 в основной группе составила: 677C – 78,1%, 677T – 21,9%; в контрольной группе: 677C – 82,9%, 677T – 17,1%. Частота распределения генотипов в основной группе составила: C/C – 61,0%, C/T – 34,1%, T/T – 4,9%. В контрольной группе: C/C – 70,8%, C/T – 26,8%, T/T – 2,4%.

В основной группе отмечается соответствие распределению между наблюдаемыми и ожидаемыми показателями равновесия Харди–Вайнберга ($\chi^2=0,005$; $p=0,9823$). Уровень наблюдаемой и ожидаемой гетерозиготности среди больных варьировал от 0,345 до 0,342 соответственно, это подтверждается отрицательным значением индекса фиксации Райта ($D=-0,009$). В контрольной группе также выявлено соответствие распределения генотипов закону равновесия Харди–Вайнберга ($\chi^2=0,001$; $p=0,9715$). В контрольной группе уровень наблюдаемой и ожидаемой гетерозиготности среди больных варьировал от 0,268 до 0,266 соответственно, что подтверждается отрицательным значением индекса фиксации Райта ($D=-0,006$).

При сравнительном анализе частот распределения аллелей и генотипов полиморфизма rs1801133 между основной и контрольной группой были

выявлены статистически недостоверные различия ($p > 0,05$). Частота встречаемости мутантного аллеля 677Т в основной и контрольной группах составила 21,9% и 17,1% соответственно. Согласно рассчитанному коэффициенту соотношения шансов, носительство функционального неблагоприятного аллеля Т в положении 677 гена MTHFR почти в 1,54 раза недостоверно увеличивает риск развития тромбоза ($\chi^2 = 0,99$; $P > 0,05$; OR=1,5; 95% CI 0,7-3,3).

Выводы. Полиморфизм C677Т гена MTHFR имеет этиологическое значение в развитии ИИ, и этот маркер может играть определенную роль в патогенезе данного заболевания и характере его течения.

ОСТРЫЙ МИОКАРДИТ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

*С.А. Мукумова, Х.К. Карабаев, Ф.О. Мизамов,
М.Э. Хасанова*

Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный
медицинский университет

Цель исследования: оценка клинических проявлений острого миокардита с внебольничной пневмонией у мужчин и женщин в сравнительном аспекте в реальной клинической практике.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование, в ходе которого за 5-летний период (с 2015 по 2020 г. включительно) были проанализированы 130 историй болезни пациентов отделения экстренной терапии Самаркандского филиала РНЦЭМП с острым миокардитом, из которых в поле зрения нашего исследования попали 75 пациентов, больных внебольничной пневмонией с острым миокардитом. У всех больных диагноз был установлен согласно клиническим диагностическим критериям острого диффузного миокардита (Клинические рекомендации НУНА, 1988) и трактован как миокардит инфекционного генеза. При сборе анамнеза и по данным инструментального обследования (ЭКГ и ЭхоКГ) были исключены пациенты с ревматическим, токсическим, аллергическим, лучевым миокардитом, а также с ишемической болезнью сердца.

Разделение пациентов, больных внебольничной пневмонией, по степени тяжести острого миокардита опиралось на 2 основных критерия: изменение размера сердца и степень выраженности сердечной недостаточности. К легкой форме относили больных без кардиомегалии, застойной сердечной недостаточности и нарушений проводимости. При наличии кардиомегалии, признаков недостаточности кровообращения по 1 из кругов, легких форм нарушения ритма и проводимости пациентов относили к категории со среднетяжелым течением

заболевания. Тяжелая форма острого миокардита у больных внебольничной пневмонией сопровождалась кардиомегалией с застойной сердечной недостаточностью, нарушениями ритма (желудочковыми) и проводимости, в том числе приступами Морганьи-Адамса-Стокса.

Результаты исследования. В исследование были включены 44 мужчин (средний возраст – $39,05 \pm 1,0$ года) и 31 женщин ($43,00 \pm 1,05$ года). В обеих группах преобладали пациенты из сельской местности (22,8% и 18% соответственно). Курили 40 пациентов мужского пола, среди женщин курящих не было. Легкие формы заболевания зарегистрированы у 10 мужчин, среднетяжелые – у 34, однако у 18 преобладали тяжелые формы; 20 женщин имели среднетяжелую форму, 11 – тяжелую.

При оценке симптомов заболевания в зависимости от степени тяжести получены следующие данные: у значительного числа мужчин (8) в подгруппе с легким течением острого миокардита с внебольничной пневмонией клинические проявления отсутствовали, диагноз им был установлен по данным ЭхоКГ (диффузная гипокинезия миокарда без тяжелых нарушений сократительной функции) на фоне перенесенного инфекционного заболевания (у 30 – обострение хронического тонзиллита, у 11 – обострение хронического гайморита, в остальных случаях – острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)). Проводился осмотр пациентов оториноларингологом, устанавливался официальный диагноз. У 23 больных отмечались кардиалгии, у 2 регистрировались перебои в работе сердца, еще у 3 – повышение температуры тела.

Среди мужчин со среднетяжелым и тяжелым миокардитом в 23 случаях зарегистрировано экзогенно-конституциональное ожирение, в 15 – хронические формы тонзиллита и фарингита, в 12 – хронические гепатиты различной этиологии, в 12 – хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), в 4 – сахарный диабет и еще в 4 – синдром зависимости от употребления алкоголя. В данной подгруппе у мужчин преобладали симптомы, связанные с нарушением сердечного ритма (22 случая), по 10 составили такие проявления заболевания, как кардиалгия, одышка, повышение температуры тела.

В подгруппе с тяжелым миокардитом перебои в работе сердца были отмечены у 16 пациентов. Одышка в данной подгруппе встречалась в 17 случаях, в том числе клиника сердечной астмы – у 6 больных. Боли в области сердца отмечали 4 пациента. Отечный синдром, включая полостные отеки, был выявлен у 6 больных этой подгруппы. Также у 7 отмечалось повышение температуры тела.

Выводы. Трудности с морфологической верификацией диагноза острого миокардита с внебольничной пневмонией диктуют клиницистам необходимость сбора полной информации о клинической

картине заболевания как в диагностических целях, так и для выработки правильной тактики ведения пациентов.

Проведена сравнительная оценка клинических проявлений острого миокардита у мужчин и женщин с внебольничной пневмонией. Установлено, что у мужчин при тяжелом течении острого миокардита с внебольничной пневмонией одышка отмечается чаще, чем у женщин, чаще выявляются нарушения сердечного ритма в виде фибрилляции предсердий. У женщин преобладают нарушения проводимости в виде атриовентрикулярных блокад; нарушения сердечного ритма представлены в основном полиморфной экстрасистолью.

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Б.Ф. Мухамедова, М.Х. Назарова, Б.О. Казаков

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время доказано влияние различных факторов на течение острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST (ОКСпST) и прогноз для больных. К таким факторам относятся демографические показатели, такие как пол, возраст, данные анамнеза (смерть родителей от заболеваний сердца, самостоятельный прием антиангинальных лекарственных препаратов), гемодинамические показатели (уровень артериального давления, частота сердечных сокращений, этиология и патогенез), характер окклюзии коронарной артерии, степень выраженности коронаросклероза, временные факторы: терапевтическое окно до 12 ч с момента появления клинической симптоматики заболевания, сочетающееся с подъемом сегмента ST более 1 мм в двух и более смежных отведениях или в двух из трех отведениях от конечностей II, III, aVF либо наличие острой блокады левой ножки пучка Гиса на ЭКГ или временной промежуток до 24 ч с момента развития клинической картины ОКСпST для выполнения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). Считают, что больной с ОКСпST, госпитализированный в специализированный кардиологический стационар в течение первых 90 мин после дебюта ангинозного приступа, имеет больше шансов на благоприятный исход. При анализе временных показателей обслуживания пациента на догоспитальном этапе в 90 мин должны войти время от получения и обработки вызова оперативным отделом станции скорой медицинской помощи (СМП), время передачи вызова бригаде СМП, время в пути бригады СМП на место вызова, время, затраченное на оказание экстренной медицинской помощи, время транспортировки больного в специализированный стационар.

Цель исследования: определить влияние временных показателей работы СМП на прогноз у больных с ОКСпST в условиях города Ташкента.

Материал и методы исследования. Проанализированы 115 карт вызова СМП и истории болезни 83 больных с ОКСпST за 11 месяцев 2021 года, доставленных больных СМП в РНЦЭМП с диагнозом ОКС. Анализ включал оценку диагноза и тактику оказания догоспитальной помощи при ОКС.

Результаты. В г. Ташкенте пациентов с диагнозом ОКСпST обслуживают как специализированные кардиологические и реанимационные бригады, так и общепрофильные линейные врачебные и фельдшерские бригады. Несмотря на это, одноэтапная схема оказания медицинской помощи больным с ОКСпST, когда больному медицинскую помощь оказывает одна бригада СМП, составила 39%; при этом исключительно всех больных при одноэтапной схеме обслуживали специализированные бригады СМП. Двухэтапная схема обслуживания больных с ОКСпST в нашем исследовании составила 61%. При анализе двухэтапной схемы первой бригадой, оказывающей медицинскую помощь больным, в 87% случаев была врачебная линейная бригада, в 13% – фельдшерская бригада с диагностикой ОКСпST по клиническим проявлениям и данным ЭКГ. Передача данных ЭКГ по телефону при двухэтапной схеме обслуживания больных с ОКСпST проведена первыми медиками бригад СМП в 3% случаев. Согласно расчетным показателям, двухэтапная схема догоспитального ведения больного с ОКСпST привела к существенной задержке начала реперфузионной терапии, увеличивая время СИ (время от дебюта ангинозного приступа до момента начала оказания первой помощи) в среднем от 25 до 63 мин; при внедрении одноэтапной схемы оказания помощи, при проведении фармакологической реперфузии общепрофильными врачебными и фельдшерскими бригадами СМП выигрыш во времени до начала лечения составил в среднем 40 мин. Обращает на себя внимание то, что в г. Ташкенте общепринятой является одноэтапная схема оказания медицинской помощи больным с ОКСпST, что связано со снижением временных показателей работы бригад СМП.

Выводы. Исход у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST зависит от временных показателей: времени, прошедшего с момента дебюта заболевания, и времени, затраченного на обслуживание вызова бригадой скорой медицинской помощи. Таким образом, лечение больного с ОКС представляет собой единый процесс, начинающийся на догоспитальном этапе и продолжающийся в стационаре. Для этого бригады СМП и стационары, куда поступают больные с ОКС, должны работать по единому алгоритму, основанному на единых принципах диагностики, лечения и единому пониманию тактических вопросов.

ВЛИЯНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Ш.М. Ниматов, Х.А. Масаидов, Ш.Б. Тургунбоев

Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель: оценить влияние инфузии левосимендана у пациентов с ИБС. Острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса желудочка (ЕФ ЛЖ).

Материал и методы. Нами были исследованы госпитализированные за последние месяцы – январь, февраль 2021 года – больные с диагнозом ИБС с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ЕФ – 40%) – было 5 пациентов с систолическим артериальным давлением (САД) > 125 мм рт.ст. Все больные – мужского пола в возрасте 65-72 лет. Критериями исключения служили: ОКС, механическая обструкция, рестриктивная кардиомиопатия, желудочковая тахикардия типа «пируэт» в анамнезе. Пациентам к стандартной терапии проводилась внутривенная 24-часовая инфузия левосимендана в дозе 0,1 мкг/кг/мин, при необходимости с уменьшением дозы до 0,05 мкг/кг/мин или увеличением до 0,02 мкг/кг/мин. Для оценки состояния сократительной способности миокарда проводилась исходно эхокардиография сердца.

Результаты. У пациентов с ИБС, острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса левого желудочка в течение 48 часов с начала инфузии отмечалось значимое улучшение показателей гемодинамики.

Заключение. 24-часовая инфузия левосимендана у пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточностью, со сниженной фракцией выброса левого желудочка улучшает показатели гемодинамики, также происходит динамическое улучшение сократительной способности левого желудочка.

ВЛИЯНИЕ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА НА ТЯЖЕСТЬ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Ш.М. Ниматов, М.М. Камолов, Ш.Б. Тургунбоев

Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: оценка тяжести клинических проявлений нестабильной стенокардии (НС) в сочетании с блокадой левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ).

Материалы и методы исследования. Наблюдали 366 случаев НС у пациентов, находившихся на

лечении в кардиологическом отделении ФФРНЦМП в 2019-2020 годах. Медиана возраста составила 70 лет. Мужчин было 184, женщин – 182. Сформированы две группы – тестовая, в которую вошли пациенты с НС в сочетании с БЛНПГ, и контрольная – из числа больных с НС без БЛНПГ. НС диагностировали согласно рекомендациям ACCF/ANA (2007, 2012) с оценкой причины развития НС и длительностью болевого синдрома. К классу А относятся случаи вторичной стенокардии, когда есть внешние причины, усиливающие ишемию (анемия, гипертиреоз, неконтролируемая гипертензия); к классу В – первичная стенокардия при отсутствии внешних причин, к классу С – постинфарктная стенокардия, возникшая в течение двух недель после инфаркта. По длительности болевого синдрома стенокардию делили на классы. Класс 1 – первое начало тяжелой стенокардии или прогрессирующая стенокардия без стенокардии покоя. Класс II – подострая стенокардия покоя при развитии стенокардии в течение последнего месяца. Класс III – острая стенокардия покоя, развившаяся в течение последних 48 часов. Статистический анализ проводился с помощью программы «Statistica 6.1». Сравнение долей двух групп оценивали по критерию Z. Различия частоты считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты. В тестовую группу включены 56 человек, в контрольную – 310 человек. Класс А в основной группе зарегистрирован у 34 пациентов (60%), в контрольной – у 185 (60%), при $p = 0,882$. Класс В НС в тестовой группе был подтвержден у 20 пациентов (36%), в контрольной – у 122 (39%), при $p = 0,783$. Класс С НС тестовой группы установлен у 2 пациентов (4%), в контрольной группе – у 3 (1%), при $p = 0,264$. Таким образом, наличие БЛНПГ не связано с причинами развития НС.

Класс 1 в основной группе зарегистрирован у 17 пациентов (30%), в контрольной – у 226 (73%), при $p = 0,00$, что указывает на связь БЛНПГ со временем развития НС.

Класс II НС в тестовой группе зафиксирован у 23 пациентов (41%), в контрольной – у 31 (10%), при $p = 0,000$. Класс III НС в тестовой группе отмечен у 16 пациентов (29%), в контрольной группе у 53 (17%), при $p = 0,054$.

Выявлены особенности класса 1, характерные для больных НС с БЛНПГ. Классу 1А в тестовой группе соответствовали 6 пациентов (11%), в контрольной – 137 человек (44%), при $p = 0,00$. Класс 1В в тестовой группе был зарегистрирован у 16 пациентов (29%), в контрольной – у 20 (7%), при $p = 0,00$. Класс 1С при НС в тестовой группе был установлен у 12 пациентов (21%), в контрольной группе – у 29 (9%), при $p = 0,015$.

Заключение. При НС в сочетании с БЛНПГ преобладают случаи стенокардии с внешними причинами (усиливающими ишемию) и подострым

течением болевого синдрома за последний месяц. НС – без предшествующей стенокардии покоя (НС 1 класса), увеличивается частота первичной и постинфарктной форм НС.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМОЙ ГРУДНОЙ ЧАСТИ АОРТЫ, ТИП А

М.А. Обейд, А.А. Абдурахманов, Ш.Т. Артыков

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить генетические особенности, предикторы, приводящие к расслоению аневризмы грудной части аорты.

Материал и методы. Аневризма грудного отдела аорты, приводящая к расслоению типа А (АГА), является основным заболеванием, поражающим аорту. Генетическая предрасположенность к наследственной АГА (НАГА) может возникать как часть генетического синдрома, как в случае с синдромом Марфана (МФС), из-за мутаций в FBN1, и синдром Лойса-Дитца (ЛДС), который возникает в результате мутаций в TTGFBR1 или TGFB2. Предрасположенность к НАГА при отсутствии синдромальных признаков может наследоваться по аутосомно-доминантному типу со сниженной пенетрантностью и вариабельной экспрессией, что называется НАГА. Наследственная АГА демонстрирует клиническую и генетическую гетерогенность. Генетическая гетерогенность НАГА была продемонстрирована идентификацией четырех генов, ведущих к НАГА, включая TTGFBR1 или TGFB2 MYH11 и ACTA2.

Несмотря на отсутствие синдромальных признаков, многие из пациентов имеют наследственную предрасположенность к НАГА, и современные данные показывают, что существует множество генов, которые предрасполагают людей к несиндромальной наследственной НАГА. Четыре гена были идентифицированы наследственной к АГА, на эти гены приходится примерно 20% семейной или НАГА (Cardiol Clin, 2010, May; 28 (2): 191-197. doi:10.1016/j.ccl.2010.01.017).

Результаты. Пациенты с НАГА характеризуются более быстрыми темпами роста аневризмы (2,1 мм в год) по сравнению с пациентами со спорадической АГА (0,3 мм в год) и с синдромом Марфана (1 мм в год). При этом риск расслоения ассоциируется и резко возрастает при темпах роста АГА 3,3 мм в год, 1 мм в год и 0,8 мм в год при указанных состояниях соответственно (Coady M.A. с соавт.). Следует отметить, что у пациентов с ЛДС аневризма аорты может расти даже быстрее, чем 10 мм в год, в результате чего смерть наступает в среднем в возрас-

те 26 лет (Van de Laar I.M. с соавт.). Хотя аневризма аорты обычно предшествует рассечению, данные Международного реестра диссекций аорты свидетельствуют, что почти 60% расслоений аневризм восходящей аорты происходит при ее диаметре менее 55 мм – общепринятого критерия расширения аорты (Pape L.A. с соавт.). В частности, в большинстве случаев у взрослых риск разрыва аорты увеличивается при максимальных размерах аорты около 55 мм (Elefteriades J. // Ann. Thorac. Surg. 2002), тогда как у лиц с мутацией в TGFB2 (Tran-Fadulu V. с соавт., 2009), MYH11 и ACTA2 – при менее 50 мм (Guo D., с соавт., 2001). Существует вероятность расслоения аорты без предшествующей ее дилатации (Milewicz D., с соавт., 2014).

Выводы. Мы суммировали гены, вызывающие генетическую предрасположенность к заболеванию грудной аорты, и предоставили информацию о геноспецифических фенотипах и основанных на генах рекомендациях по клиническому ведению. Также следует рассмотреть вопрос о направлении пациентов с признаками генетических синдромов или НАГА к генетику. Кроме того, часть пациентов с заболеваниями грудной аорты нуждаются в генетическом тестировании. На четыре идентифицированных гена приходится только 20% наследственной АГА. В то же время идентифицированные на сегодняшний день гены указывают на то, что в будущем геноспецифическое лечение сосудистых заболеваний, связанных с определенными мутациями, обеспечит наилучший результат после хирургического лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОБЕИХ ВНУТРЕННИХ ГРУДНЫХ АРТЕРИЙ

*М.А. Обейд, А.А. Абдурахманов, И.А. Абдухалимов,
О.А. Машрапов, Н.М. Рахимов*

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: сравнительная оценка результатов коронарного шунтирования (КШ) у больных ИБС с применением одной и обеих внутренних грудных артерий.

Материал и методы. В исследование включены 23 больных, которым произведена операция КШ в отделении кардиохирургии с октября 2019 до декабря 2020 г. в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи. Данные больные были разделены на 2 группы: первая группа – 15 больных, которым проводилось коронарное шунтирование с использованием левой внутренней грудной артерии и аутовены, вторая группа – 8 больных, перенесших КШ с использованием обеих

внутренних грудных артерий для реваскуляризации миокарда. Возраст больных колебался от 47 до 66 лет (средняя величина составила $55 \pm 2,6$ года). В обеих группах все пациенты были мужского пола. В первой группе больных 4 (26%) имели стабильную стенокардию, остальные 11 (74%) – нестабильную стенокардию. Инфаркт в анамнезе выявлен у 6 (40%) больных, артериальная гипертензия – у 8 (54%) больных и у 2 (14%) больных имелся сахарный диабет II типа. Во второй группе все больные были с нестабильной стенокардией. Постинфарктный кардиосклероз также был выявлен у всех больных. При коронарографии выявлено: трехсосудистое поражение – в 10 (67%) случаях, стеноз ствола левой коронарной артерии с поражением правой коронарной артерии – в 5 (34%) случаях (первая группа). Во второй группе распределились следующим образом: трехсосудистое поражение – у 5 (62,5%) больных и 3 (37,5%) больных имели стенозное поражение. В послеоперационном периоде оценивали наличие или отсутствие симптомов стенокардии, дренажные потери, смертность, развитие инфаркта миокарда, заживление послеоперационной раны, данные ЭКГ, ЭхоКГ и индекс реваскуляризации.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде острый инфаркт миокарда, возрастная стенокардия и летальный исход не наблюдали ни в одном случае. Количество отделяемого из дренажей после операции составило в среднем $283 \pm 15,2$ мл и $305 \pm 23,5$ мл в первой и во второй группах соответственно. Надо отметить, что и в первой, и во второй группах заживление послеоперационных ран было первичным. Улучшение коронарного кровообращения, по данным ЭКГ, отмечалось у 7 (46,9%) больных первой группы и 4 (50%) больных второй группы. У остальных больных динамика не наблюдалась, отрицательной динамики не наблюдалось ни в одном случае. До и после операции фракция выброса, по данным ЭхоКГ, составила $43,7 \pm 11,2\%$ (1 группа) и $42,5 \pm 13,1\%$ (2 группа). Соответственно индекс реваскуляризации составил 2,78 в первой группе больных и 2,2 во второй группе.

Выводы. Сравнительный анализ ближайших результатов бимаммарного коронарного шунтирования с использованием одной или обеих внутренних грудных артерий в качестве кондукта не выявил статистически достоверной разницы между группами, однако величина кровопотери при бимаммарном шунтировании была несколько выше.

ОСОБЕННОСТИ БЕССИМПТОМНЫХ И СИМПТОМНЫХ ИНСУЛЬТОВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

З.Б. Оллокулов

Бухарский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан

Актуальность. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) представляют собой одну из основных причин заболеваемости, смертности, длительной нетрудоспособности и инвалидности в обществе [1]. Они также являются второй по распространенности причиной деменции, наиболее частой причиной эпилепсии у взрослых и частой причиной депрессии. Ежегодно мозговой инсульт развивается у 5,5-6 млн человек, из них погибают 4,5 млн, то есть население среднего по площади Европейского государства [1].

Цели. Оценить взаимосвязь фибрилляции предсердий (ФП) с «бессимптомными» ишемическими инсультами и оценить взаимосвязь между ишемическими инсультами и ФП бессимптомного течения.

Материал и методы. В исследование включены 186 пациентов, которые обратились в СМП и были госпитализированы в неотложное неврологическое отделение Бухарского филиала РНЦЭМП в период 2017-2018 г. (75 мужчин и 111 женщин, средний возраст – 64 года). Пациенты были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли пациенты со всеми формами ФП, не переносившие инсульт/транзиторные ишемические атаки (ТИА) в анамнезе, во 2-ю группу были включены пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу, ТИА, ишемическим инсультом/ТИА в анамнезе без ранее диагностированной ФП и с ранее диагностированной ФП. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование. В 1-й группе всем пациентам выполнялось МРТ головного мозга без контрастирования, во 2-й группе для выявления нарушений ритма сердца у пациентов без ФП проводилось 72-часовое мониторирование ЭКГ по Холтеру.

Результаты. В первой группе у 24% (22 из 91) больных был выявлен «бессимптомный» инсульт, из них у 13% (12 из 22) выявлен 1 перенесенный инсульт, у 11% (10 из 22) – более одного инсульта. Из 22 пациентов с «бессимптомным» инсультом только 14% (3 из 22) принимали варфарин, при этом лишь у одного пациента МНО находилось в диапазоне от 2 до 3; 1 пациент (4,5%) принимал комбинацию аспирина с клопидогрелом. Важно отметить, что большая часть пациентов первой группы имела высокие баллы уровня риска развития инсульта: 2 балла – 18% (16 из 91), 3 балла – 19% (17 из 91), 4 балла – 24% (22 из 91), 5 баллов – 23% (21 из 91), 6 баллов – 4% (4 из 91), 7 баллов – 3% (3 из 91)).

Во второй группе у 23% (11 из 47) больных были выявлены эпизоды ФП длительностью до 30 с., по данным суточного мониторирования ЭКГ. Среди пациентов, перенесших ОНМК/ТИА, с длительным анамнезом ФП, лишь 2% (1 из 48) принимали варфарин, однако дезагреганты принимали 25% (12 из 48) пациентов.

Заключение. У пациентов с ФП, имеющих низкий уровень риска развития тромбоэмболических осложнений, важно исключать бессимптомные формы перенесенного ишемического инсульта. В связи с этим исследование с помощью КТ и МРТ головного мозга должно быть включено в рутинную практику обследования таких больных. Это позволит вовремя назначать профилактическую антикоагулянтную терапию, снизить риск развития повторного инсульта и, как результат, снизить уровень смертности. Пациентам, перенесшим ОНМК по ишемическому типу, необходимо проводить длительное 72-часовое мониторирование ЭКГ для исключения риска преходящих нарушений ритма (ФП). Это позволит улучшить диагностику бессимптомных форм ФП и своевременно принять меры по предотвращению развития повторного инсульта.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Т.Н. Прудскова, З.Н. Мамиров, И.М. Элибаев

Джизакский филиал РНЦЭМП

В настоящее время, в связи с часто развивающейся у больных с острым коронарным синдромом внезапной смерти, в ДФРНЦЭМП уделяют большое внимание организации экстренной медицинской помощи населению г. Джизака и Джизакской области на догоспитальном этапе.

Для этого совершенствуется организация диспетчерской службы на станциях скорой помощи, так как быстрое и грамотное решение диспетчера способствует профильному направлению бригад по месту вызова, своевременному оказанию экстренной медицинской помощи и госпитализации больного в ранние сроки в специализированные отделения. С этой целью в отделении «скорой помощи ДФРНЦЭМП в 2018 г. создан Колл-центр, в котором работают 16 диспетчеров, принимающих за смену 1500 и более вызовов от больных, с последующей передачей их в районные станции скорой помощи. Организация этого центра увеличила количество выездов специализированных бригад по обслуживанию экстренных вызовов. За 2018 г. этими бригадами в отделение реанимации ДФРНЦЭМП был доставлен 41 больной, в 2019 г. –

301 больной, в 2020 г. были доставлены 135 больных, а в 2021 г. – 192 больных с острым коронарным синдромом и инфарктом миокарда, где им в срочном порядке провели стандартное лечение на госпитальном этапе.

Для оказания медицинской помощи больным с ОКС по месту жительства направляется машина скорой помощи, которая оснащена электрокардиографом, набором медикаментов, включающих анальгетики, в том числе и наркотические, нитроглицерин, аспирин, гепарин, лидокаин и другие лекарственные средства, всего до 40 наименований. Всего таких машин 16 и один реанимационный автомобиль, который дополнительно оснащен дефибриллятором, портативным прибором для осуществления искусственного дыхания. Всё это позволяет врачам бригад скорой помощи на догоспитальном этапе осуществлять: 1) диагностику ОКС с элевацией или без элевации S-T-сегмента, его осложнений для дифференцированного стандартного оказания специализированной мед. помощи; 2) устранять болевой синдром; 3) начать антикоагулянтную терапию гепарином, профилактику нарушений сердечного ритма.

Вся проводимая работа в целом улучшает оказание экстренной медицинской помощи, уменьшает время от оказания мед. помощи до госпитализации в специализированные отделения, снижает летальность больных на догоспитальном этапе. И в целом продолжается работа по совершенствованию догоспитальной помощи больным с ОКС, в частности рекомендовано проведение тромболизиса стрептокиназой больным с острым коронарным синдромом с элевацией S-T-сегмента.

ХОЛЕЦИСТО-КАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Т.Н. Прудскова, З.Н. Мамиров, В.Х. Маматкулов, И.М. Элибаев

Джизакский филиал РНЦЭМП

Холецисто-кардиальный синдром – это изменения функционального характера в сердечной мышце, возникающие при патологии желчевыводящих путей, которые обычно обусловлены расстройствами метаболизма в миокарде некоронарогенного характера.

В последние годы возросло число больных с осложненными формами холецистита, протекающего под маской холецисто-кардиального синдрома, принимаемого ошибочно за ишемическую болезнь сердца, особенно у лиц пожилого и старческого возраста.

ЭКГ-изменения при данном синдроме напоминают расстройства при ИБС – депрессия сегмента S-T, уменьшение амплитуды, двуфазность и отри-

цательность зубца Т в стандартных и грудных отведениях. Всё это представляет трудный вопрос для врачей – терапевтов и хирургов о допустимости хирургического вмешательства на желчевыводящих путях.

Цель работы: установить связь изменений ЭКГ у больных разных возрастных групп с острым калькулезным холециститом, причины сердечно-сосудистых расстройств.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в течение последних 3 лет – с 2011-2013 гг. находились 52 больных разных возрастных групп обоего пола, которые обратились за медицинской помощью в связи с острым калькулезным холециститом и у которых на снятых ЭКГ имелись изменения ишемического характера. Кроме того, у одной части больных отмечались боли в области сердца, у другой болей в области сердца не было. Болевой вариант (кардиалгический) представлял наибольшие трудности в плане диагностики. В обследование были включены 32 женщины и 20 мужчин.

Возраст и пол больных

		жен.	муж.
20–29 лет	8 больных	5	3
30–39 лет	14 больных	8	6
40–49 лет	11 больных	6	5
50–59 лет	12 больных	7	5
60–69 лет	7 больных	4	3

Всем больным помимо УЗИ желчевыводящих путей, подтверждающих калькулезный холецистит, проводилась регистрация ЭКГ в 12 общепринятых отведениях. Анализ ЭКГ выявил патологические изменения у всех больных, которые проявлялись в следующем:

- появление (–) зубца Т в переднеперегородочной и переднебоковых отделах левого желудочка;
- изменения зубцов Т в виде их сглаженности;
- снижение сегмента S-T ниже изолинии до 1 мм;
- нарушения сердечного ритма в виде желудочковой экстрасистолы, синусовой тахикардии, синусовой аритмии.

Одновременно с изменениями ЭКГ у 18 больных – 12 женщин и 6 мужчин – диагностировались кардиалгии. Чаще всего больных беспокоили боли колющего, сжимающего, ноющего характера в прекардиальной области, в некоторых случаях с иррадиацией в левое плечо, руку. Надо отметить, что эти боли не купировались приемом нитроглицерина. Причем кардиалгии при калькулезном холецистите встречались во всех возрастных группах и возникали обычно после употребления жирной и обильной пищи и не были связаны с физическими перегрузками. Из-за выраженной боли больные обычно не находили себе места, и при пальпации области пра-

вого подреберья и желчного пузыря усиливались боли и в области сердца.

Изменения ЭКГ у 8 больных в возрасте 20-29 лет с острым калькулезным холециститом были следующие: в отведениях V1 – V6 – глубокие (–) зубцы Т. Боли в области сердца носили колющий, ноющий характер. Всем больным по экстренным показаниям была успешно произведена лапароскопическая холецистэктомия, после которой боли в области сердца исчезли. На 3-5-7 день после операции отмечалась положительная динамика ЭКГ, уменьшалась глубина (–) зубца Т, в некоторых отведениях они становились сглаженными или слабо положительными. Больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

У 11 больных в возрасте от 40 до 49 лет отмечались боли в правом подреберье, в эпигастрии с иррадиацией в область сердца. Боли носили продолжительный характер и не усиливались при физическом напряжении. На ЭКГ регистрировались глубокие (–) зубцы Т в переднеперегородочной – верхушечной областях левого желудочка, нарушения сердечного ритма в виде нечастых или частых желудочковых экстрасистол. Учитывая, что боль не усиливалась при физическом напряжении, не купировалась приемом нитроглицерина и не сопровождалась страхом смерти, что обычно бывает у больных ИБС стенокардией напряжения, она рассматривалась как отражение боли с желчных путей. Больным были произведены операции – лапароскопическая холецистэктомия, – после которых боли в области сердца исчезли, исчезли также нарушения сердечного ритма. На ЭКГ отмечалось уменьшение глубины (–) зубцов Т.

12 больных в возрасте 50-59 и у 5 больных в возрасте 60–69 лет, поступивших на стационарное лечение в отделение экстренной хирургии с диагнозом калькулезный холецистит, беспокоили боли в правом подреберье с иррадиацией в область сердца, которые носили продолжительный характер. На ЭКГ – инфарктно-подобные изменения ЭКГ в виде глубоких (–) зубцов Т в отведениях V1–V4. Ранее у этих больных не было приступов стенокардии и отмечалась хорошая переносимость физических нагрузок. При УЗИ – желчный пузырь с множеством камней, в связи с чем изменения на ЭКГ трактовались как холецисто-кардиальный синдром. Все больные были успешно прооперированы. Послеоперационный период протекал гладко, боли в области сердца не беспокоили больных. На ЭКГ отмечалась положительная динамика на 5-7 день после операции в виде уменьшения глубины (–) зубцов Т.

У 2 больных в возрасте 60 лет изменения на ЭКГ носили диффузный характер, амплитуда зубцов Т была сглажена во всех отведениях. Боли в области сердца носили постоянный сжимающий характер.

На УЗИ – камни в желчном пузыре. После лапароскопической холецистэктомии динамические наблюдения на ЭКГ показали восстановление вольтажа зубцов Т. Боли в области сердца прошли и больше не беспокоили больных.

Все эти наблюдения позволяют утверждать, что боли в области сердца при калькулезном холецистите и возникающие при этом изменения ЭКГ ишемического или диффузного характера можно расценивать как псевдокардиалгию, вызванную холецисто-кардиальным синдромом.

Анализ полученных данных показал:

- 1) возраст больных не влияет на характер электрокардиографических изменений и на появление болей в области сердца;
- 2) наиболее часто изменяется конечная часть желудочкового комплекса в виде (–) зубца Т, и наиболее часто эти изменения обнаруживаются в грудных отведениях;
- 3) кардиалгии диагностируются не у всех больных с изменениями конечной части ЭКГ;
- 4) после оперативного вмешательства отмечается исчезновение болей в области сердца и улучшение ЭКГ в динамике;
- 5) в некоторых случаях (–) зубец Т на ЭКГ сохраняется на весь период нахождения больных в стационаре после операции, при этом боли в области сердца не беспокоят больных и не провоцируются физическими нагрузками;
- 6) изменения ЭКГ обусловлены метаболическими сдвигами в связи с интоксикацией, вызванной острым калькулезным холециститом;
- 7) кардиалгии являются косвенным признаком осложнения со стороны желчных путей и не являются противопоказанием для оперативного лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОЦИТОПРОТЕКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ

М.М. Равшанова

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Ведение больных с инсультом – серьёзная проблема современной медицины. Отсутствие своевременного и адекватного лечения больных с инсультом ведёт к возникновению необратимых анатомических и функциональных изменений. Для повышения эффективности лечения пациентов с инсультом в нашей стране используются лекарственные средства, эффективность и целесообразность применения многих из которых достоверно не доказана. Изучение этого вопроса послужило стимулом к выполнению настоящего исследования.

Цель исследования: изучение влияния препарата роноцит на восстановление неврологических

функций, повышение уровня социально-бытовой адаптации и нормализацию психоэмоционального состояния у пациентов с инсультом.

Материалы исследования. Под наблюдением находились 150 пациентов в возрасте от 40 до 80 лет с ишемическим инсультом. В 1-ю группу включили 75 пациентов, принимавших роноцит, во 2-ю – 75 пациентов, для лечения которых не использовали роноцит. Роноцит назначали с первого дня развития инсульта, ежедневно внутривенно капельно по 20 мл в течение 14 дней, затем – по 1 т. 2 раза в день на протяжении 1 месяца. Нарушение и восстановление неврологических функций определяли с помощью шкал Бартела, Линдмарка и скандинавской шкалы.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что роноцит вызывал достоверное, по сравнению с контрольной группой, увеличение степени восстановления неврологических функций. У пациентов 1-й группы достаточное и полное восстановление неврологических функций отмечалось в 60% случаев, а у больных 2-й группы, не получавших данный препарат, – лишь в 33,6%. Применение роноцита положительно влияло на достижение пациентами независимости при выполнении основных бытовых функций. Терапия роноцитом, согласно результатам исследования, вызывала достоверное улучшение когнитивных функций. Выраженное улучшение когнитивных функций у пациентов 1-й группы наблюдалось в 72,4% случаев, у пациентов 2-й группы – только в 24,1%.

Вывод. Таким образом, наше исследование показало, что назначение роноцита пациентам с инсультом повышает степень восстановления двигательных, чувствительных, координаторных, когнитивных и других неврологических функций. Роноцит играет существенную роль в нормализации эмоционального состояния пациентов, нарушение которого в значительной степени препятствует проведению адекватного восстановительного лечения инсульта.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТА ИЗ ГРУППЫ АРНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Э.З. Рахимов, Г.Ш. Норова, М.М. Тилавова,
Н.Д. Фаттоева*

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является результатом большинства сердечно-сосудистых заболеваний. Отмечено, что у каждого второго госпитализированного в терапевтическое отделение больного (49%) диагностирована декомпенсация ХСН. При этом около 40%

пациентов, госпитализированных по поводу хронической сердечной недостаточности, в течение первого года умирают либо им требуется повторная госпитализация.

Одним из важнейших патогенетических механизмов ХСН является нарушение насосной функции сердца, вызывающее активацию ряда нейрогуморальных систем, среди которых особое значение придается симпатико-адреналовой и ренин-ангиотензиновой системам, альдостерону, вазопрессину и натрийуретическим пептидам. Современная терапия больных с ХСН со сниженной фракцией выброса направлена на блокаду данных систем.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность препарата Юперо (Novartis Pharma) у больных ХСН со сниженной фракцией выброса (менее 40%).

Материалы и методы. В исследование включены 36 пациентов. Из них 24 мужчины, 6 женщин среднего возраста $59,1 \pm 2,8$ года с ХСН III-IV ФК по NYHA, госпитализированных в отделение ранней реабилитации и физиотерапии БФ РНЦЭМП различной этиологии, 25 (83,33%) пациентов находились в III ФК по NYHA, 3 (10%) пациента – во II ФК по NYHA, 2 (6,66%) – в IV ФК. Ишемическая этиология ХСН диагностирована у 18 (60%) пациентов, неишемическая – у 12 (40%) пациентов. Анамнез операции на сердце имели 15 (50%) пациентов, имплантированное устройство (ИКД и СРТ) – 12 (40%) пациентов, 3 пациента не переносили каких-либо вмешательств. Перенесенный ИМ выявился у 15 (50%) пациентов, СД 2 типа – у 10 (33,33%) пациентов, ХБП – у 12 (40%) пациентов, ХОБЛ – у 5 (16,66%) пациентов. Пациенты получали стандартную терапию ХСН: бета-адреноблокаторы, вместо иАПФ или АРА перевели на прием сакубитрил/валсартан (Юперо®), АМКР (эспиро 50 мг), антиагреганты. Всем больным назначили препарат Юперо 26/24 мг/сут, с последующим титрованием до максимально переносимой – 100 мг/сут. Пациентам было проведено: ЭКГ-, ЭХОКГ-обследование по общепринятой методике, тест шестиметровой ходьбы по NYHA.

Результаты исследования. После выхода из критического состояния все больные выписаны в относительно удовлетворительном состоянии с рекомендациями 3-х месячной терапии Юперо в комбинации со стандартной терапией ХСН.

После 3-х месячной терапии Юперо количество госпитализаций по поводу СН составило $0,5 \pm 0,02$ раза, а количество вызовов СМП составило $1,2 \pm 0,03$ раза. В среднем за 3 месяца до перевода на Юперо число госпитализаций по поводу СН составляло $1,2 \pm 0,02$ раза, а число вызовов СМП – $11,1 \pm 0,03$ раза. На ЭКГ отмечается значительное снижение ЧСС от 98 ± 12 до 82 ± 8 ; был отмечен до-

стоверный положительный эффект по показателям ЭХОКГ: повышение ФВ ЛЖ – от $30,8 \pm 7,2\%$ (12%) до $31,7 \pm 9,3\%$ (9%), уменьшение КДР – от $65,4 \pm 6,1$ мм до $62,3 \pm 3,2$ мм (7%) соответственно, уменьшение ЛП – от $40,8 \pm 4,1$ мм до $39,2 \pm 4,9$ мм (6%), ПЖ – от $40,4 \pm 6,1$ мм до $38,4 \pm 4,1$ мм (5%). Отмечается улучшение ФК ХСН: во II ФК – 26 (86,66%) пациентов, в III ФК – 4 (13,33%) пациента. Неблагоприятных эффектов во время применения препарата Юперо не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, у больных ХСН назначение комбинированного препарата ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор (АРНИ) в составе стандартной терапии приводит к позитивным изменениям со стороны ЭКГ-, ЭХОКГ-параметров и ФК по NYHA. Применение препарата Юперо у пациентов ХСН со сниженной ФВ различной этиологии является эффективным, безопасным и хорошо переносимым.

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

М.Ш. Рофеев, Ж.М. Рофеев

Самаркандский филиал РНЦЭМП

В настоящее время растет удельный вес больных бронхиальной астмой (БА), которые страдают заболеваниями органов внелегочной сферы. Сопутствующие заболевания оказывают заметное влияние на состояние больных, изменяя течение БА. Большую распространенность получило сочетание БА и патологии органов кровообращения. Наиболее часто встречается сочетание БА и хронической сердечной недостаточности (ХСН). Неконтролируемая АГ оказывает существенное негативное влияние на внутрилегочную гемодинамику и бронхиальную проходимость.

Цель данного исследования: изучить частоту встречаемости ХСН у больных БА.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные регистра больных БА за 2021 год, находившихся на стационарном лечении в СФ РНЦЭМП. Информация получена из медицинской документации: выписок из историй болезни лиц, имевших госпитализацию за последний год. Использованы данные инструментального и лабораторного обследования, включающие исследование функции вентиляции легких с помощью спирометрии, определение объема форсированного выдоха за 1 секунду, индекса Тиффно, пикфлоуметрии, ЭКГ, ЭхоКГ. Изучались такие основные аспекты, как время установления диагноза БА и заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС), которые осложнились ХСН, длительность течения БА, количество обострений за последние 12 месяцев и число госпитализаций.

Результаты исследования. Общее количество пациентов БА, включенных в регистр, составляет 5 104 человека в возрасте от 15 до 76 лет. Большинство пациентов имеют возраст старше 50 лет – 61%, из них доля пациентов старше 60 лет составляет 39,5%. Частота встречаемости БА у пациентов, имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы, очень высока и составляет 88,3%. В этой группе наибольшее количество больных с тяжелым течением БА – 55%, со средней степенью тяжести – 44%, а с астмой легкого течения – всего 1% пациентов. Следует отметить, что сопутствующие заболевания не только существенно меняют клиническую картину и течение БА, но и в значительной степени определяют прогноз трудоспособности и жизни. Количество больных, имеющих группу инвалидности, значительно выше среди лиц в группе с заболеваниями органов кровообращения, из них инвалиды I группы – 3%, II группы – 48%, III группы – 13%.

Распределение по основным нозологическим формам было следующим: ИБС: стенокардия зарегистрирована у 40,9% больных; ИБС: инфаркт миокарда – у 3,3%; ХСН диагностирована у 32%. Для уточнения нарушения органов кровообращения практически всем больным проводилась ЭКГ (95%), у половины больных был исследован липидный спектр (49%), ЭхоКГ (32%), холтеровское мониторирование (11%). Проявления хронической сердечной недостаточности по классификации НИНА диагностированы у 15% – I степени, II степени у – 13%, III степени – у 4%. Следует отметить, что у 26% больных заболевания ССС были диагностированы до выявления БА, у 4% – одновременно с БА и у 43% – после выявления БА, в связи с чем можно предположить, что БА явилась провоцирующим фактором в возникновении или осложнении ХСН.

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследования заболеваемости БА, подтверждают, что пациенты, страдающие сочетанной патологией заболеваний ССС и БА имеют более тяжелое течение астмы и быстрое развитие ХСН. Отсутствие контроля симптомов астмы связано также с нерегулярным исследованием функциональной способности легких и с недостаточным вниманием к диагностике и лечению сопутствующих заболеваний органов ССС. Для улучшения контроля астмы, уменьшения количества обострений, неплановых визитов к врачу, вызовов скорой медицинской помощи необходимо не только назначение адекватного лечения, но и обучение пациентов с целью достижения комплаенса в выполнении рекомендаций, мониторингования пиковой скорости выдоха, устранения факторов риска, приводящих к ХСН, и лечения сопутствующих патологий.

ИШЕМИК ИНСУЛЬТ ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ФОНИДА КЕЧИШИДА ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯНИНГ ФАРҚЛИ ЖИХАТЛАРИ

Рўзиев Ф.Ф., Пўлатов С.С., Ходжаева Н.А.

**Бухоро давлат тиббиёт институти,
РШТЁИМ Бухоро филиали**

Муаммонинг долзарблиги. Ишемик инсульт бугунги кунда ўлим ва ногиронликка олиб келувчи асосий сабаблардан бири бўлиб қолмоқда. Ишемик инсульт қандли диабет билан биргаликда келганда касаллик кечишини оғирлаштиради, даволаш ва реабилитация жараёнини мураккаблаштиради. Инсульт натижасида келиб чиққан ҳаракат ва сезги бузилишлари қандли диабет билан оғриган беморларда сенсомотор типдаги полинейропатиялар фонида кечиши касаллик динамикасига ўзига хос ёндашувни талаб қилади. Автоном полинейропатия ҳам қандли диабетнинг кенг тарқалган асоратларидан бири бўлиб, ортостатик етишмовчилик белгилари кузатилишига «Оёқлар пассив букиш тести» PLR (passive leg raising) test ва «Оғриқ ифодаланиш тести» BPS (Behavioral pain scale) test мусбат кўринишда ифодаланиши ва бу, ўз навбатида, вертикализация жараёнининг бир неча кунда узайишига сабаб бўлади. Шунингдек гипергликемиянинг 13 ммоль/л дан юқори бўлиши беморда ҳаракатли юкламаларнинг чекланишига кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Тадқиқод мақсади: ишемик инсульт қандли диабет фонида кечганда вертикализация жараёнида ўзига хос жиҳатларини ўрганиш ва беморларда эрта реабилитация жараёни самарадорлигини ошириш услубларини яратиш.

Материаллар ва услублар: тадқиқодга РШТЁИМ Бухоро филиали шошилинич неврология бўлимида даволанаётган 58 бемор жалб этилди. I гуруҳ ишемик инсульт қандли диабет фонида кечувчи 32 нафар ва II гуруҳ диабет аниқланмаган ишемик инсульт билан оғриган 26 нафар бемордан ташкил топди. Беморлар соматик ҳолати, PLR ва BPS test натижаларига кўра функционал қаравотда пассив, актив-пассив-мануал ва актив турдаги вертикализация услубларида олиб борилди. Вертикализацияга тайёрликни аниқлаш ва амалиётни ўтказиш касаллик бошланишининг биринчи кундан бошланди. Касалликнинг бошланишидан 1–48 соатларда PLR ва BPS test натижалари мусбат бўлганда 0–15°, натижалар манфий бўлганда 15–30° бурчак остида узоқ муддат тананинг бош ёки белдан юқори қисми сақланди. Касаллик бошланганда 2 суткасида сўнг PLR ва BPS test манфий бўлган беморларда тана ҳолати 30° – 45° – 60° – 75° – 90° бурчак остига босқичма-босқич ўтказилди. Тана ҳолати 15° кўтарилганда 15 дақиқа давомида нафас сони, пульс, артериал қон босими ва SPO2 назоратда сақланди. Клиник кўрсаткичлар ўзгариши 20% дан юқори бўлмаган ҳолатларда амалиёт 15 дақиқа

давом этирилди ва тана ҳолати олдинги вазиятга қайтарилди, бемор 2 соат тинч ҳолатда сақлангандан сўнг олдинги ҳолатга қўшимча яна 15° га вертикаллаштирилди. Клиник кўрсаткичлар ўзгариши 20% дан юқори бўлган ҳолатларда бемор тезда олдинги ҳолатга қайтарилди ва ҳаётий кўрсаткичлар нормаллаштирилди, вертикализация амалиёти 24 соатдан сўнг давом этирилди.

Таҳлил ва натижалар. I гуруҳда ишемик инсульт қандли диабет фонида кечганда беморлар 2 гуруҳ беморлардан фарқли равишда диабетик сенсомотор полинейропатия 2 даража 87,5%, диабетик сенсомотор полинейропатия 3 даража 12,5 %, автоном полинейропатия 37,5% ҳолатларда кузатилди. Шунингдек беморларнинг 18,7% да эс-хуш бузилишлари ҳамроҳлиги, 25% ҳолатларда қонда глюкоза миқдорининг 13 ммоль/л дан юқори бўлиши кузатилди. Шунингдек BPS test 65,6% ҳолатларда мусбатлиги вертикализация жараёнининг 2 гуруҳ ишемик инсультга чалинган қандли диабет бўлмаган гуруҳга нисбатан ўртача 3–5 кунга кечикишига сабаб бўлади.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Н.С. Рузиева

Бухарский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан

Актуальность. За несколько последних десятилетий резко снизился уровень смертности при остром коронарном синдроме (ОКС): с 10,4% в 2000 г. до 4,3% в 2019 г. [1]. Повышение показателей выживаемости среди пациентов с ОКС, в частности, может быть связано с достижениями в области медикаментозной терапии и интервенционных вмешательств [1].

Цель: оценить эффективность догоспитального тромбоза у больных с острым коронарным синдромом по подъему сегмента ST.

Материалы и методы. Всем больным по показаниям проводилась тромболитическая терапия стрептокиназой. Проведен ретроспективный сравнительный анализ применения тромболитической терапии стрептокиназой на догоспитальном и госпитальном этапах. Оценивались временные характеристики тромбозиса, его эффективность и безопасность. Обследовано 35 больных с клинически установленным диагнозом «острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST», в возрасте 40-70 лет (средний возраст – 53,4±2,4), таким образом, все пациенты, которым проводилась тромболитическая терапия, были разделены на 2 группы: 1 группа тромболитической терапии проводилась в

шоковой палате в стационаре (n = 20) после транспортировки бригадами скорой медицинской помощи; тромболитическую терапию во 2-й группе проводили на догоспитальном этапе (n = 15) в машине скорой помощи. Количество больных 2-й группы, включенных в исследование, определялось сроком начала тромболитической терапии. Оценивались временные характеристики догоспитального и госпитального тромбозиса, его эффективность и безопасность.

Результаты. Среднее время от обращения больного за неотложной медицинской помощью до проведения госпитального тромбозиса составило 51,8±1,23 мин, при этом госпитальный тромбозис был выполнен в среднем через 106,5±2,15 мин (p < 0,05). Эффективность госпитального тромбозиса по ЭКГ (регрессия сегмента ST более 50%) отмечена в 68,3% случаев. При догоспитальном тромбозисе эффективность составила 90,3%, по данным ЭКГ и коронарографии. У больных 1-й группы в условиях стационарного тромбозиса эффективность ЭКГ (регрессия сегмента ST более 50%) подтверждена у 68,3% (у 14 больных), а у больных 2-й группы эффективность стрептокиназы догоспитального этапа снижала ST. Отрезок на ЭКГ через 60 мин наблюдался в 13 случаях (90,3%), а у 1 больного положительная динамика на ЭКГ была уже в процессе транспортировки в стационар. У 1 больного (4,7%) эффективность тромболитической терапии по данным ЭКГ не подтвердилась.

Выводы. Догоспитальный тромбозис у больных с острым коронарным синдромом был выполнен на 54,7 мин раньше, чем госпитальный тромбозис, что может улучшить дальнейший прогноз у больных. Анализ эффективности тромболитической терапии показал, что в группе догоспитального тромбозиса стрептокиназой, по данным ЭКГ, отмечена тенденция к повышению эффективности терапии (снижение сегмента ST более чем на 50%), по сравнению с группой госпитального тромбозиса, на 35% соответственно.

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

*Ш.Н. Салахитдинов, Д.А. Алимов, Л.Б. Гиёсзода,
С.Б. Турсунов, Х.Ф. Мирзакаримов, Б.Ш. Алимов,
Ш.А. Акилова*

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить результаты интервенционных вмешательств при остром коронарном синдроме у пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы. С января 2020 по июль 2022 года в РЭНЦМП 35 пациентам в возрасте старше 85 лет выполнены коронарографические исследования и стентирование коронарных артерий. Из них с ОКСпST было 19 (54,28%) пациентов, с ОКСбпST – 6 (17,14%), с ОИМ с зубцом Q – 8 (22,85%) и с ОИМ без зубца Q – 2 (5,14%). Мужчин было 6 (17,14%), женщин – 29 (82,85%). В анамнезе у 27 (77,14%) пациентов был сахарный диабет, у 23 (65,71%) сопутствовала гипертоническая болезнь. У 21 (60%) пациента на ЭКГ отмечался подъем сегмента ST по передней стенке (I, AVL, V2–V5) с дискордантными изменениями. У 9 (25,71%) – недостаточность коронарного кровообращения по задней стенке. У остальных 5 (14,28%) – недостаточность коронарного кровообращения по переднебоковой стенке. По данным коронарографического исследования: в первой группе у 18 (51,42%) больных отмечалось однососудистое поражение, во второй группе у 6 (17,14%) больных – двухсосудистое поражение в коронарных артериях и в третьей группе у 11 (31,42%) пациентов выявлено многососудистое поражение. Сосудистым доступом являлась правая радиальная артерия в 29 случаях (82,85%), правая плечевая артерия – в 2 (5,71%), правая феморальная артерия – в 2 (5,71%), левая радиальная артерия – в 3 (8,57%) случаях.

Результаты. Пациентам первой и второй группы выполнено ЧКВ инфаркт-связанной артерии. В первой группе больных (n=18) у 10 больных выполнено стентирование ПМЖВ, у 6 больных – стентирование ПКА и у 2 больных – стентирование ОВ.

Во второй группе (n=6) у 3 больных – стентирование ПМЖВ, у 2 – стентирование ОВ и у 1 больного – стентирование ПКА. Пациентам в данной группе стентирование выполнялось в двух этапах, то есть первым этапом выполнялось стентирование только инфаркт-связанной артерии. Ангиографический хороший результат достигнут в 100% случаев.

У 13 (37,14%) пациентов стентирование коронарных артерий выполнено без технических трудностей, у 5 (14,28%) стентирование выполнено после ТЛБАП, у 8 (22,85%) пациентов выполнено прямое стентирование ИСКА, без каких-либо осложнений. ЧКВ у 22 (62,85%) выполнено с техническими трудностями: из них ригидный стеноз – у 15 (42,85%) пациентов из-за выраженного кальциноза. Данным пациентам после преддилатации баллонными катетерами выполнено стентирование КА, учитывая ригидность бляшки и кальциноз в коронарных артериях, стентирование выполнено с постдилатацией баллонными катетерами высокого давления. Реперфузионная аритмия наблюдалась у 12 (34,28%) пациентов, из них 7 (20%) больным ритм был восстановлен консервативным путем, а 5 (14,28%) пациентам установлен временный ЭКС.

Выводы. Возраст пациента не является противопоказанием к проведению чрескожного коронарного вмешательства. Широкое использование у пожилых людей интервенционных методов диагностики и лечения позволяет улучшить клинические исходы ОКС. Ишемическая болезнь сердца является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности, и ее распространенность увеличивается с возрастом. Растущее число пожилых пациентов и их отличительные особенности делают ведение пациентов сложной задачей в клинической практике.

ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА АОРТОКОРОНАРНЫХ ШУНТАХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

*Ш.Н. Салахитдинов, Д.А. Алимов,
Х.Ф. Мирзакаримов, С.Б. Турсунов,
Б.Ш. Алимханов, Л.Б. Гиёсзода,
Ш.А. Акилова*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования: оценить результаты интервенционных вмешательств (ИВ) на аортокоронарных шунтах у больных острым коронарным синдромом (ОКС) после хирургической реваскуляризации.

Материал и методы. В исследование включены 27 больных с ОКС после АКШ, средний возраст составил $58,2 \pm 5,9$ года. Мужчин было 22 (81,5%), женщин – 5 (18,5%). Давность АКШ при поступлении в среднем составила $9,3 \pm 1,8$ года. ОКС с подъемом сегмента ST диагностирован у 10 (37,03%), без подъема – у 17 (62,9%). Из сопутствующих заболеваний у 22 (81,5%) была гипертоническая болезнь, у 16 (59,3%) – сахарный диабет, у 6 (22,2%) – ожирение различной степени. Из анамнеза у 7 (25,9%) больных до АКШ имели место чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ).

Все пациенты до ЧКВ получали тройную антитромботическую терапию: прасугрель в нагрузочной дозе (60 мг) и аспирин (300 мг), затем по 10 и 100 мг в сутки соответственно, а также гепарин 1000 МЕ в час в течение 3 суток. После ЧКВ пациенты продолжали прием внутрь аспирин 100 мг и прасугрель 75 мг ежедневно сроком не менее 12 месяцев.

Результаты. У всех больных отмечен положительный клинический и ангиографический успех. У 12 (44,4%) из 27 больных выполнено стентирование МКШ к ПМЖА. У 13 (48,1%) выполнены реканализация и стентирование АКШ к ПКА. А у 2 (7,4%) больных выполнены реканализация и стентирование АКШ к ОА.

Следует отметить, что имеющиеся сопутствующие поражения нативных КА и/или АВШ подвергались ЧКВ спустя 10-14 дней как второй этап реваскуляризации.

Несмотря на полученный хороший ангиографический результат, у 2 больных (10,5%) с диффузными поражениями КА и с исходно низкой фракцией изгнания ЛЖ после успешных ЧКВ сохранялись признаки сердечной недостаточности.

Летальных исходов и осложнений, связанных с ЧКВ, не было отмечено.

Выводы. Чрескожные коронарные вмешательства в аортокоронарных шунтах у больных острым коронарным синдромом после перенесенного АКИШ являются высокоэффективным и безопасным методом лечения. Более мощная и длительная антитромбоцитарная терапия может быть полезной для пациентов, перенесших ЧКВ на аортокоронарных шунтах.

ПРИМЕНЕНИЕ СРЕПТОКИНАЗЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

*Д.А. Сапаев, Д.К. Жуманиязов,
М.С. Машарипов, М.Э. Алиев*

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. ТЛТ снижает госпитальную летальность в среднем на 21% по сравнению с пациентами, ее не получавшими. Применение ТЛТ позволяет спасти дополнительно 30 жизней на каждую 1 тыс. больных, пролеченных в первые 6 ч заболевания и 20 на каждую 1 тыс. в интервале 7-12 ч. Благоприятное влияние ТЛТ сохраняется, как минимум, на протяжении последующих 20 лет.

Цель: изучить частые осложнения применения стрептокиназы у больных с острым инфарктом миокарда.

Материалы и методы. В исследование включены 19 больных, которые поступили в Хорезмский областной филиал РНЦЭМП с острым коронарным синдромом с подъёмом S-T сегмента. Всем больным в течение 6 часов была проведена тромболитическая терапия, внутривенная инфузия 1,5 млн МЕ стрептокиназы с хлоридом натрия в течение 30-50 минут. Во время тромболитической терапии наблюдали АД, пульс и проводили ЭКГ-мониторирование.

Результаты. У 17 больных выявлена синусовая тахикардия (ЧСС – до 130 уд. в мин.), а у 14 больных – частые желудочковые экстрасистолы. Артериальная гипотензия была у 12 больных. У 2 больных была выявлена желудочковая тахикардия. Кровотечение, как осложнение, не наблюдалось.

Выводы. При применении стрептокиназы у больных с острым инфарктом миокарда выявляют-

ся частые осложнения, такие как синусовая тахикардия, желудочковая экстрасистолия, артериальная гипотензия.

РОЛЬ ВЛИЯНИЯ ВРЕМЕНИ РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЕГО ИСХОД

*Д.А. Сапаев, И.А. Худайназаров,
М.С. Машарипов, Д.К. Жуманиязов*

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность: Повторный инфаркт миокарда (ПИМ) является одной из актуальных проблем кардиологии, так как определяет большое количество осложнений, увеличивая удельный вес ремоделирования миокарда и показатели смертности при ИМ. Необходимо учитывать значение временных периодов «повышенного риска» и «относительного благополучия» развития ПИМ для оптимизации ведения данной категории пациентов на госпитальном этапе.

Цель: изучить влияние времени развития повторного ИМ на его исход; определить суточное распределение летальности от повторного ИМ.

Методы исследования: Нами были изучены истории болезни 187 больных с повторным ИМ. Из них мужчин было 110 (60%), женщин – 77 (40%), средний возраст составил соответственно $61,2 \pm 8,4$ года и $68,3 \pm 7,4$ года. Точное время развития повторного ИМ устанавливалось на основании целенаправленного опроса больных, ретроспективного анализа первичной медицинской документации.

Результаты. За период наблюдения умерли 33 больных (14,2%). При анализе времени развития повторного ИМ в группе умерших на госпитальном этапе обнаружили, что неблагоприятным по количеству летальных исходов является время развития повторного ИМ с 20:00 ч до 23:59 ч: летальность – 32,5% больных. Минимальное число смертей отмечено, если повторный ИМ развился в период с 24:00 ч до 03:59 ч (5%). При анализе суточного распределения летальных исходов при повторном ИМ выявлено, что минимум летальных исходов приходится на дневные часы с 12:00 ч до 15:59 ч (7,5%), в другие часы летальность примерно одинакова.

Выводы. Фактор времени играет существенную роль в развитии и исходе повторного ИМ. Полученные нами данные указывают, что временем «относительного благополучия» можно считать дневные часы.

**УРОКИ ТРУДНОГО УСПЕХА:
12-ЛЕТНИЙ ОПЫТ СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА
ПО ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ
С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

*Е.А. Скородумова, В.А. Костенко,
Е.Г. Скородумова, А.В. Сиверина*

**ГБУ «Санкт-Петербургский
научно-исследовательский институт скорой
помощи им И.И. Джанелидзе»**

Инфаркт миокарда (ИМ) по-прежнему остается одной из наиболее тяжелых патологий в кардиологии.

Целью нашего исследования явилось оценить произошедшие за 12 лет изменения демографии, клинической картины, коморбидного статуса, диагностики, лечения и исходов у пациентов, госпитализированных в региональный сосудистый центр по поводу ИМ.

Материалы и методы. Исследовались демографические, клинические, лабораторные и инструментальные данные 17736 пациентов с ИМ, вошедших в регистр ИМ НИИСП с 2010 по 2021 годы. Всего пролечено с ИМ в 2010 879 человек, в 2021 г. – 1388. Данные статистически обработаны.

Результаты. Соотношение мужчин и женщин не изменилось. Возросло количество лиц старше 80 лет. Достоверно больше стало больных с ожирением, сахарным диабетом, раком, а вот прединфарктная стенокардия уменьшилась в 3 раза (с 38% до 10,5%). Сроки госпитализации существенно не изменились, однако в абсолютных значениях увеличилось количество госпитализируемых в эти часы в полтора раза, $p < 0,05$.

Пациенты с ИМ с $\uparrow ST$ к 2021 году встречаются достоверно реже (менее 50%), чем в 2010, а с ИМ без $\uparrow ST$ – чаще. ИМ Q (+) также достоверно реже стал встречаться в 2021 году (менее 50%) по сравнению с 2010 годом. Из осложнений: острая сердечная недостаточность уменьшилась с 55,3% до 18,9% ($p < 0,05$), кардиогенный шок – с 10,4% до 4,5% ($p < 0,05$), мерцательная аритмия, тромбэмболия ветвей легочной артерии – в полтора раза, АВ II/III – в 2 раза, разрывов миокарда стало менее 1%. Достоверно уменьшились перикардиты (7,6% против 2,1%), постинфарктная стенокардия (6,7% против 1,9%), рецидивы ИМ (5,2% против 2,3%). Существенно снизилась летальность: с 30,6% до 15,7% ($p < 0,05$), досуточная – с 22,9% до 9,4% ($p < 0,05$). Существенно улучшилась диагностика: ЭХО-кардиография выполняется у 96% больных в 2021 году (2,4% в 2010), тропонины, липиды, контроль коагуляции выполняется почти в 100% случаев в 2021 году, коронароангиография – в 76,2% против 19,2% в 2010 г. ($p < 0,05$). А чрескожные коронарные вмешательства пациентам с ИМ с $\uparrow ST$ – почти в 93% случаев. Тромболизис умень-

шился до 7,2%, в основном стал догоспитальным. Изменилось лечение: существенно увеличилось применение низкомолекулярных гепаринов, прямых пероральных антикоагулянтов, тикагрелора, двойной и тройной антитромбоцитарной терапии. Увеличилась роль статинов, ингибиторов АПФ/сартанов, гастропротекторов. А вот аспаркам/панангин (таблетки), сердечные гликозиды, пролонгированные нитраты практически исчезли (менее 2-3%).

Заключение. Значительные успехи в лечении ИМ за последние годы достигнуты благодаря слаженной работе госпитального и догоспитального этапов (несмотря на существенное увеличение таких пациентов), улучшению инструментальной, лабораторной диагностики, более широкого применения высокотехнологических методов диагностики и лечения (чрескожных коронарных вмешательств), появлению большого количества больных, перенесших эти методы лечения и требующих особого наблюдения высококвалифицированных специалистов. Существенное уменьшение грозных осложнений ИМ и летальности вселяет надежду на правильность выбранного пути. Однако для дальнейшего движения требуется, с одной стороны, изменение парадигмы в сторону, например, не частичной (инфаркт-связанной), а полной коронарной реваскуляризации (что находит отражение в последних национальных и европейских рекомендациях), с другой – внедрение мер, широко обеспеченных государством, по первичной и вторичной профилактике, создание специализированной службы, которая занималась бы ведением пациентов, получивших высокотехнологичное лечение ИМ, и агрессивной социальной рекламы (до сих пор около 30% больных госпитализируются за пределами терапевтического окна).

**ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА
У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С НИЗКИМ
АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ**

К.Т. Тухтаев

**Бухарский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан**

Актуальность. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) представляют собой одну из основных причин заболеваемости, смертности, длительной нетрудоспособности и инвалидности в обществе [1]. Они также являются второй по распространенности причиной деменции, наиболее частой причиной эпилепсии у взрослых и частой причиной депрессии. Ежегодно мозговой инсульт развивается у 5,5-6 млн человек, из них погибают 4,5 млн, то есть население среднего по площади Европейского государства [1].

Цели: пациенты с низким систолическим артериальным давлением (НСАД) предъявляют жалобы на плохое самочувствие (слабость, боли в сердце, головокружение и т.д.) в 2 раза чаще, чем при нормальном систолическом артериальном давлении (САД). Однако церебральное кровообращение при НСАД у молодых женщин остается практически неизученным. Целью исследования было изучение состояния экстракраниального кровотока у молодых женщин с НСАД.

Материал и методы. Обследованы 69 женщин с НСАД (САД – 99 мм рт.ст. и менее) в возрасте 18-35 лет, которые обращались в СМП в течение 2020 г. Контрольная группа состояла из 35 человек с САД 120-129 мм рт.ст. САД измеряли после 5-минутного отдыха, двукратно, на правом плече, в положении сидя, предплечье на столе, с интервалом в 3 минуты. Использовали тонометр A&D UA-777 (AGD Company Ltd., Япония, 2017). Ультразвуковое исследование правой общей сонной артерии проводили с помощью доплерографии на ультразвуковом сканере Logic 7 (General Electric, США, 2014 г.).

Результаты. У женщин с НСАД средняя скорость кровотока общей сонной артерии была больше (медиана – 34,3 см/с; 25% – 29,7; 75% – 34,3), чем в группе контроля (30,3 см/с; 26,6-32,7) при $p=0,02$. Индекс сопротивления общей сонной артерии в основной группе также выше (0,79 ед.; 0,76-0,79) группы сравнения – 0,75 ед. (0,75-0,78), $p=0,001$. У молодых женщин с НСАД зарегистрирован более высокий систоло-диастолический индекс – 4,5 (4,2-4,5) по сравнению с контрольной группой: медиана – 4,3 (4,0-4,5) при $p=0,04$. Исследование пиковой систолической и конечной диастолической скорости кровотока, тонуса общей сонной артерии не выявило различий между группами молодых женщин.

Заключение. Кровоток общей сонной артерии у молодых женщин с низким систолическим артериальным давлением (99 мм рт.ст. и менее) характеризуется повышением средней скорости кровотока, более высоким индексом сопротивления и систолодиастолическим индексом по сравнению с молодыми женщинами с нормальным систолическим артериальным давлением (120-129 мм рт.ст.).

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: КОМОРБИДНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ

3.3. Уринов

Бухарский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан

Актуальность. Гипертонический криз (ГК) – это одно из частых неотложных состояний в кардиологии. Говоря об актуальности поисков новых

подходов к лечению ГК, следует помнить, что эпидемиология данного состояния соответствует распространенности артериальной гипертензии (АГ) в обществе. В свою очередь, АГ является одной из самых распространенных болезней, которой страдает около 1 млрд человек в мире. Более того, год от года этот показатель растет, и, согласно некоторым прогнозам, к 2025 г. количество людей с гипертензией увеличится на 60% [1]. Ежегодно ГК развивается у 1-5% пациентов с АГ [2].

Цель исследования: основной целью нашего исследования было изучить динамику распространенности, факторов риска и лечения осложненной артериальной гипертензии с острой сердечной недостаточностью среди жителей г. Бухары и оценить влияние коморбидной патологии (АГ+ХСН) на достижение контроля АД.

Материалы и методы. В наше исследование были включены больные, поступившие в Бухарский филиал РНЦЭМП в течение 2018 и 2019 года с клинически установленным диагнозом «коморбидная патология гипертонического криза с острой сердечной недостаточностью» (1018 человек, средний возраст – $44,8 \pm 18,6$ года). Поступившие в 2018 г. больные составили 660 человек (отклик – 83,9 %). В группу АГ включались пациенты с выявленным при двукратном измерении АД $\geq 140 / 90$ мм рт. ст. и с нормальным АД, получающие антигипертензивную терапию, эффективно лечеными считались пациенты, получающие антигипертензивную терапию и достигшие целевых значений АД. Критериями постановки диагноза ОСН являлись наличие одышки, слабости, тахикардии и / или отеков у лиц, имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы.

Результаты. Распространенность АГ была выявлена у 47,8%, что выше показателей 2018 г. – 39,4%, $p<0,001$. АГ попрежнему чаще страдают женщины (53,5% против 43,9%, $p<0,001$), жители города (51,7% против 45,6%). У лиц с АГ достоверно чаще встречаются такие факторы риска, как пожилой возраст, курение, злоупотребление солью, ожирение, малоподвижный образ жизни и наследственная предрасположенность, по сравнению с лицами без АГ. Данные факторы риска чаще встречаются среди лиц с АГ, которые лечатся неэффективно, которые не принимали гипотензивные препараты. У горожан достоверно чаще встречаются ожирение и такой фактор риска, как пожилой возраст. Эффективность лечения АГ существенно улучшилась и составила 31,4%, против 16,6% в 2018 г., $p<0,001$. Несмотря на большую доступность медицинской помощи, количество эффективно леченных пациентов в городе оказалось меньше, чем в области (27,4% против 36,8 %, $p<0,001$), реже назначается комбинация двух антигипертензивных препаратов при отсутствии различий в частоте монотерапии, приеме трех и более лекарственных средств,

в городе реже используются тиазидные диуретики. По сравнению с 2018 г. значительно возросла частота применения блокаторов рецепторов ангиотензина II (с 0,5 % до 29%, $p < 0,001$) и агонистов имидазолиновых рецепторов (с 2,9% до 7,1%, $p < 0,001$), практически не используются устаревшие гипотензивные препараты (0,32%). Среди лиц с АГ признаки ОСН имеют 30,8%, при этом АГ присутствует у подавляющего большинства (98,2%) пациентов с ОСН, что выше уровня 2018 г. (95,7%, $p < 0,05$). Сочетание гипертонического криза с ОСН более характерно для городского населения (36,2% против 22,7%, $p < 0,001$). Эффективность лечения пациентов с АГ и ОСН ниже по сравнению с лицами с АГ без признаков ОСН (24,9% против 34,9%, $p < 0,001$).

Заключение. АГ остается распространенным и недостаточно контролируемым заболеванием. Несмотря на улучшение эффективности терапии за период с 2018 по 2019 гг., положительные сдвиги в структуре принимаемых антигипертензивных средств, недостаточное внимание к факторам риска ухудшает контроль АД. Появление признаков ОСН у лиц с АГ оказывает негативное влияние на эффективность терапии.

ЎТКИР ЦЕРЕБРАЛЬ ИНСУЛЬТНИ ДАВОЛАШДА ФОЛИЙ КИСЛОТАСИННИНГ АҲАМИЯТИ

Усманова Д.Д.¹, Искандарова Д.Э.²

¹Тошкент педиатрия тиббиёт институти

²РШТЁИМ Сурхондарё филиали,
Тошкент тиббиёт академияси
Термиз филиали

Инсултга қарши кураш миллий ассоциациясининг маълумотларига кўра, ўтказилган инсулт аҳоли орасида ногиронликка сабаб бўлувчи етакчи омилдир. Цереброваскуляр касалликлар оқибатида бемор ҳаёт тарзи анча пасаяди ва натижада давлат иқтисодиёти, жамият ҳаётига салбий таъсир қилади.

Мақсад. Ўткир церебрал инсултни даволашда фолий кислотасининг самарадорлигини ўрганиш ва баҳолаш.

Материал ва методлар. РШТЁИМ Сурхондарё филиали шошилиш неврология бўлимига 2021–2022 йиллар давомида даволанган 160 та беморда ўткир церебрал инсултнинг кечиши ва даволаниш хусусиятлари ўрганилди. Беморларни даволашдаги ёндашув турига кўра 2 гуруҳга ажратилди.

Натижа ва муҳокама. Бемор болаларнинг 49 % и аёллар, 51 % и эркаклар бўлиб, ўртача 50 ёшни ташкил этган.

Беморлар тенг (ҳар бир гуруҳда 80 тадан) 2 гуруҳга ажратилиб, 1-гуруҳни даволашга фақат стандарт асосида ёндашилди.

2-гуруҳнинг стандарт даво режасига беморнинг қон таҳлили натижалари ва фолий кислотасининг аниқланган миқдорида кўра, фолий кислотаси 1–2 мг (1–2 таблетка)дан 1–2 маҳал қўшимча сифатида киритилган.

Шуни таъкидлаш керакки, ҳар иккала гуруҳдаги 20 % дан 49 % гача беморларда турли ҳамроҳ касалликлар (артериал гипертония, қандли диабет, юрак ишемик касалликлари ва ҳ.к.) аниқланган ва даволашга тегишли мутахассислар жалб этилган.

2-гуруҳда даволаш эффекти нисбатан ўртача 2–3 кун эртароқ кузатилиб, касалликдан кейинги асоратлар нисбатан камроқ бўлган, қайталаниши деярли қайд этилмаган (2 та ҳолатда кузатилган).

Хулоса. Юқоридаги текширишлар натижасига кўра, хулоса қилиш мумкинки, ўткир церебрал инсултни даволашда беморларнинг қон таҳлили натижасига алоҳида эътибор қаратиш ва даволашда индивидуал ёндашиш муҳим аҳамиятга эга.

ВЫБОР ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Э.Э. Хамроев, Н.М. Ахмедова,
А.Я. Бешимов

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: оценка эффективности эмаглифа (ингибитора натрий-глюкозного транспортера 2 типа) у пожилых больных с сердечной недостаточностью (СН) – низкой фракцией выброса (ФВ) различного генеза.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 49 больных, из них 20 мужчин, 29 женщин в возрасте от 60–79 лет с СН-низкой ФВ (менее 40%), с анамнезом ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 19 больных (38,7%), гипертоническая болезнь (ГБ) – 11 больных (22,4%), сахарный диабет – 12 больных (24,4%), а также постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – 7 больных (14,2%).

Диагноз был верифицирован на основании клинических симптомов (одышка, отеки нижних конечностей, боли в области сердца, кашель и т.д.), а также лабораторных (холестерин, АСТВ, ВСК, фибриноген), инструментальных исследований (ЭХОКГ, ЭКГ, ЦДК периферических сосудов, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), рентгенография грудной клетки, а также суточное холтеровское мониторирование). Толерантность к физической нагрузке оценена с помощью теста с 6-минутной ходьбой (6 МТ).

Все больные были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 28 (59%) больных с СН – низкой

ФВ различного генеза, получавших стандартную терапию ХСН, а также эмаглиф 10 мг/сут в течение 4-х недель.

Во вторую группу включены 20 (41%) больных, получавших стандартную терапию в индивидуальных дозировках без добавления эмаглифа. Лечебный эффект оценивали на основании клинических показателей (уменьшение одышки, отеков, нормализации АД, уменьшение грудных и головных болей, улучшение теста 6-минутной ходьбы и т.д.), а также улучшение ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографических картин.

Результаты. По данным проведенного исследования больные 1-й группы отмечали снижение одышки, уменьшение периферических отеков, увеличение толерантности к физической нагрузке, улучшение ЭКГ-, ЭхоКГ-показателей.

Также наблюдалось уменьшение ангинозного состояния и снижение класса недостаточности кровообращения на 5-6 сутки лечения. Только у 1-го больного отмечалась дестабилизация состояния, и его пришлось госпитализировать. Во второй группе также зарегистрировано улучшение клинического состояния больных с ХСН, однако оно было не столь существенным. У 8 пациентов отмечалось ухудшение клинического состояния, ЭКГ и ЭхоКГ картины и дестабилизация заболевания в виде сердечной астмы, в связи с чем эти больные были в экстренном порядке госпитализированы.

Выводы. Таким образом, эмаглиф в дозе 10 мг/сут эффективен при лечении ХСН различного генеза у лиц пожилого возраста. Эффективность заключается в быстром регрессе клинических симптомов, улучшении лабораторно-диагностических показателей. Сокращение сроков лечения делает такое сочетание лекарственных средств более предпочтительным у пожилых больных с ХСН различного генеза.

БОШ МИЯ СУРУНКАЛИ ИШЕМИЯСИДА ДОПЛЕРОГРАФИК КЎРСАТКИЧЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Э.М. Хасанов, М.К. Атаниязов,
Р.Б. Азизова

Тошкент тиббиёт академияси

Тадқиқот мақсади: турли босқичлар билан кечувчи бош мия сурункали ишемия касаллиги билан оғриган беморларнинг бўйин магистрал қон томирларида аниқланадиган стенозловчи зарарланишларнинг даражаларини ва турларини таҳлил қилиш.

Тадқиқот материали ва методи: текширув объекти бўлиб, Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли клиникасида бош мия сурункали

ишемия касаллигининг турли босқичлари билан касалланиб, стандарт даво муолажаларини қабул қилган 32 нафар беморлар танлаб олинди. Бош мия сурункали ишемия касаллигининг компенсация босқичи билан оғриган беморлар $n=8$ нафарни, субкомпенсация босқичи билан оғриган беморлар $n=11$ нафарни ҳамда декомпенсация босқичи билан оғриган беморлар эса $n=13$ нафарни ташкил этди. Ушбу барча беморларда бўйин магистрал қон томирларни дуплекс сканирлаш текшируви ўтказилди.

Барча танлаб олинган $n=32$ нафар беморлар орасида эркалар улуши 53,1% ни ($n=17$), аёллар улуши эса 46,9% ни ($n=15$) ташкил этиб, уларнинг ўрта ёши $61,7 \pm 2,3$ ни ташкил қилади.

Тадқиқот натижалари: беморларга ўтказилган бўйин магистрал қон томирларни дуплекс сканирлаш текширув натижаларига кўра, бош мия сурункали ишемия касаллигининг компенсация босқичи билан оғриган $n=8$ нафар беморнинг 87,5% ида ($n=7$) икки томонлама уйқу артерияларининг гемодинамик аҳамиятсиз, 12,5% да ($n=1$) эса ички уйқу артериясининг бир томонлама гемодинамик аҳамиятли С-симон деформациялари аниқланди. Касаллиқнинг субкомпенсация босқичи билан оғриган $n=11$ нафар беморнинг 54,5% ида ($n=6$) ички уйқу артерияларининг бир томонлама гемодинамик аҳамиятсиз, 36,3% да ($n=4$) ички уйқу артерияларининг икки томонлама гемодинамик аҳамиятли S-симон патологик деформациялари ҳамда 9,0% ($n=1$) ҳолатларда ички уйқу артериясининг бир томонлама қовузлоқсимон патологик деформацияси аниқланди. Касаллиқнинг декомпенсация босқичи билан оғриган $n=13$ нафар беморда эса дуплекс сканирлаш текширув натижаларига кўра, 23,0% да ($n=3$) ички уйқу артерияларининг икки томонлама гемодинамик аҳамиятли S-симон патологик деформация ҳолатлари, 7,6% да ($n=1$) ички уйқу артерияларининг бир томонлама С-симон деформация ҳолатлари, 76,9% ($n=10$) беморда эса ички уйқу артерияларининг икки томонлама гемодинамик аҳамиятли S-симон патологик деформация ҳамда бир томонлама гемодинамик аҳамиятсиз атеросклеротик стеноз ҳолатлари аниқланган бўлса, 15,4% ($n=2$) беморда бир томонлама қовузлоқсимон патологик деформация ҳамда икки томонлама гемодинамик аҳамиятли атеросклеротик стеноз ҳолатлари аниқланди.

Хулоса: тадқиқот натижаларига кўра, бош мия сурункали ишемия касаллиги билан оғриган беморларнинг уйқу артерияларида турли кўринишдаги гемодинамик аҳамиятли стенозловчи зарарланишлар аниқланиб, ушбу зарарланишларнинг оғирлик даражалари касаллиқнинг клиник босқичларига боғлиқ эмас.

**ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И
ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА,
ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ
ИНСУЛЬТ**

Н.А. Ходжаева

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность исследования. По данным статистики Всемирной организации здравоохранения, инсульт – одна из наиболее частых причин смертности населения. Повторный инсульт развивается в течение первого года у 35% пациентов и значительно чаще приводит к инвалидизации и летальному исходу. Сочетание психоэмоциональных и двигательных нарушений препятствует социально-бытовой адаптации пациентов, повышает риск их зависимости от помощи посторонних.

Цель исследования: сравнить степень нарушения и динамику восстановления психоэмоциональных и двигательных функций у пациентов с ишемическим инсультом в зависимости от наличия у них ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы. Исследования проводились на базе неврологического отделения Бухарского филиала РНЦЭМП. Всего было исследовано 182 пациента (95 женщин и 87 мужчин) в возрасте от 41 до 79 лет в острейшем (1 день) и остром (10 день) периодах ишемического инсульта (ИИ) в бассейне средней мозговой артерии (СМА). Средний возраст пациентов, перенесших ИИ без ИБС, составил $60,79 \pm 11,14$ года (женщины – $64,11 \pm 10,13$ года, мужчины – $57,80 \pm 11,40$ года). Средний возраст пациентов, перенесших ИИ с ИБС, составил $65,46 \pm 12,28$ года (женщины – $65 \pm 10,11$ год, мужчины – $64,40 \pm 16,47$ года).

Помимо исследований неврологического статуса и рутинных методов исследования (общий и биохимический анализы крови, компьютерная томография головного мозга, ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов), с помощью которых было установлено наличие очага ИИ, были проведены исследования двигательных функций в баллах по шкале оценки инсульта Национального института здоровья (NIHSS) (1989). При исследовании психоэмоционального статуса использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS.

При парном сравнении групп пациентов применялся непараметрический критерий Mann–Whitney, U-test. Различия считались достоверными при достигнутом уровне значимости $p < 0,05$. Результаты представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm s$).

Результаты. При анализе данных получены достоверные результаты ($p < 0,01$) того, что в острей-

шем периоде пациенты с ИБС и ишемическим инсультом имели более выраженные психоэмоциональные нарушения и более низкую динамику их восстановления, чем пациенты без ИБС, перенесшие ишемический инсульт. Также пациенты с ИБС и ишемическим инсультом имели более выраженный двигательный дефицит как на 1 день, так и на 10 день, чем пациенты без ИБС, перенесшие ишемический инсульт.

Выводы. Пациенты с ИБС и ишемическим инсультом имеют более выраженные психоэмоциональные и двигательные нарушения, чем пациенты без ИБС, перенесшие ишемический инсульт. Кроме того, у пациентов с ИБС и с ишемическим инсультом динамика восстановления психоэмоциональных и двигательных функций ниже, чем у пациентов без ИБС, перенесших ишемический инсульт.

**МЕМОПРУВ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ
КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ**

Н.А. Ходжаева, С.Б. Барноева

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Когнитивные нарушения отмечаются у 30-70% пациентов, перенесших инсульт. Постинсультные когнитивные нарушения наиболее часто вызваны повторными (лакунарными и нелакунарными) инфарктами, многие из которых обнаруживаются только при нейровизуализации («немые» инфаркты головного мозга), и сочетанным поражением белого вещества головного мозга (лейкоареоз). У таких больных, помимо когнитивных нарушений, часто выявляются центральные парезы конечностей. Псевдобульбарный синдром проявляется рефлексом орального автоматизма, оживлением нижнечелюстного рефлекса, эпизодами насильственного плача или смеха. Нарушения памяти у больных, перенесших инсульт, представлены не столь выраженно, как при болезни Альцгеймера. Могут наблюдаться и первичные расстройства высших психических функций (апраксия, агнозия и т.д.), что наблюдается при локализации ишемических очагов в соответствующих отделах коры больших полушарий головного мозга. Когнитивные нарушения могут возникать и вследствие внутримозгового кровоизлияния, при котором основным заболеванием часто является поражение мелких артерий, формирующегося на фоне длительной гипертонической болезни или амилоидной ангиопатии. Нейропсихологическое тестирование играет важную роль в диагностике синдрома сосудистых когнитивных нарушений. Для выявления сосудистых когнитивных нарушений в качестве скрининговых нейропсихологических тестов следует применять серию тестов для оценки лобной дисфункции, тест рисования часов.

Для улучшения памяти и других когнитивных функций больным, перенесшим инсульт и имеющим когнитивные расстройства, рекомендуют посылную умственную нагрузку, тренировку памяти и лекарственные средства. Одним из направлений терапии при постинсультной деменции является применение мемопрува.

Мемопрув предохраняет нейроны от повреждения в условиях эксайтотоксичности и приводит к улучшению когнитивных функций больных. При постинсультной деменции возможно и сочетанное применение ингибиторов ацетилхолинэстеразы и мемопрува, поскольку данные препараты воздействуют на разные звенья патогенеза деменции.

Выводы. Вопрос об эффективности этих средств в отношении улучшения когнитивных функций остается не столь ясным, как использование ингибиторов центральной ацетилхолинэстеразы и мемопрува. В настоящее время активно изучается эффективность применения этих средств у больных, перенесших инсульт и имеющих когнитивные нарушения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА СИЭНЭФ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Н.А. Ходжаева, М.К. Тешаева

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире регистрируется более 6 млн случаев острых нарушений мозгового кровообращения, инсульт занимает второе место в мире среди причин смертности. Основными стратегическими направлениями лечения ИИ являются комплексный подход к реперфузии, т.е. восстановлению и улучшению кровоснабжения ишемизированного участка мозга, а также нейропротекция. В качестве препарата для нейропротекторной терапии с хорошей доказательной базой можно выделить цитиколин Сиэнэф.

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности препарата Сиэнэф.

Материалы и методы. В клиническое исследование было включено 10 пациентов в возрасте от 46 до 75 лет с ишемическим инсультом, которые находились на стационарном лечении. Критерии включения в исследования: мужчины и женщины в возрасте от 45 до 75 лет, клиническая картина ишемического инсульта с умеренным неврологическим дефицитом. Участники исследования распределялись в основную (30 мужчин и 20 женщин) и контрольную (30 мужчин и 20 женщин) группы. В обеих группах преобладали пациенты в возрасте 61-71 лет. Больным основной группы назначали Сиэнэф 1000 мг с раствором для инфузии внутривенно.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного лечения у большинства пациентов основной и контрольной группы наблюдалось существенное улучшение состояния. В ходе лечения исследуемыми препаратами наблюдали постепенное уменьшение суммы баллов по шкале NIHSS. Снижения показателя по шкале Рэнкина до 1 балла или менее было достигнуто у 18 (35,3%) пациентов основной группы и у 20 (38,5%) контрольной. Увеличение оценки по шкале Бартела до 95 баллов было достигнуто у 13 (25,5%) пациентов основной группы и у 14 (26,9%) – контрольной.

Выводы. В результате исследования было показано, что препарат Сиэнэф обладает высокой эффективностью. Препарат Сиэнэф хорошо переносится больными, не вызывает серьезных или неожиданных побочных реакций. На основании полученных данных препарат Сиэнэф можно рекомендовать как эффективное и безопасное лекарственное средство для лечения пациентов с острым ишемическим инсультом.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Н.А. Ходжаева

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность исследования. Проблема цереброваскулярных нарушений является одной из ведущих причин смертности населения экономически развитых стран. Когнитивные и неврологические нарушения снижают возможность самостоятельной жизни пациентов, делают их зависимыми от посторонней помощи, приводят к инвалидизации.

Цель исследования: изучить степень и динамику восстановления когнитивных и неврологических функций у пациентов с ишемическим инсультом в зависимости от наличия у них ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы. Исследования проводились на базе неврологического отделения Бухарского филиала РНЦЭМП. Всего было исследовано 182 пациента (95 женщин и 87 мужчин) в возрасте от 41 до 79 лет в острейшем (1 день) и остром (10 день) периодах ишемического инсульта (ИИ) в бассейне средней мозговой артерии (СМА). Помимо исследований неврологического статуса и рутинных методов исследования (общий и биохимический анализы крови, компьютерная томография головного мозга, ультразвуковое дуплексное сканирование брахицефальных сосудов), с помощью которых было установлено наличие очага ИИ, были проведены исследования когнитивных функций очага

ИИ с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) и Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (МОСА-тест). При парном сравнении групп пациентов применялся непараметрический критерий Mann-Whitney U-test. Различия считались достоверными при достигнутом уровне значимости $p < 0,05$. Результаты представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm s$).

Результаты. Средний возраст пациентов, перенесших ИИ без ИБС, составил $60,79 \pm 11,14$ года (женщин – $64,11 \pm 10,13$ года, мужчин – $57,80 \pm 11,40$ года). Средний возраст пациентов, перенесших ИИ с ИБС, составил $65,46 \pm 12,28$ года (женщин – $65 \pm 10,11$ года, мужчин – $64,40 \pm 16,47$ года). В ходе анализа данных были получены достоверные результаты ($p < 0,05$) о том, что в острейшем периоде инсульта пациенты с ИБС, которые перенесли ИИ, имели более выраженные когнитивные нарушения по сравнению с пациентами без ИБС, перенесшими ИИ, и более медленную динамику восстановления в остром периоде, согласно результатам тестов. Также статистически значимыми ($p < 0,05$) оказались результаты по оценке неврологического дефицита и динамике его восстановления в двух группах пациентов. Пациенты с ИБС, перенесшие ИИ, имели более выраженный неврологический дефицит по сравнению с пациентами без ИБС, которые перенесли ИИ как в острейший, так и в острый периоды.

Выводы. Обнаружена взаимосвязь между тяжестью когнитивных нарушений и степенью неврологического дефицита. Пациенты с ИБС, перенесшие ИИ, имеют более выраженные когнитивные нарушения и низкую динамику их восстановления, чем пациенты без ИБС, перенесшие ИИ. Пациенты с ИБС, перенесшие ИИ, имеют более выраженный неврологический дефицит, чем пациенты без ИБС, перенесшие ИИ. Также динамика восстановления неврологических функций у пациентов с ИБС, перенесших ИИ, менее выражена, чем у пациентов без ИБС, перенесших ИИ.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА В КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

З.Б. Холмуродова, Р.М. Юлдашева, О.М. Ахматов

Джизакский филиал РНЦЭМП,
Республиканский специализированный
хирургический центр ангионеврологии

Реконструктивные операции на сонных артериях приобрели общее признание. Их долговременная эффективность многократно доказана. Продолжает широко обсуждаться расчет времени для операции

лицам, перенесшим ишемический инсульт в бассейне каротидной артерии. Атеросклеротические поражения брахицефальных артерий являются основной причиной ишемического поражения головного мозга. Так, по мнению многих авторов, когнитивные расстройства отмечаются у пациентов в случае развития как острых, так и хронических нарушений мозгового кровообращения, чаще всего обусловленных атеросклерозом брахицефальных сосудов (Каримов Ш.И., 2018). Лечение нарушений когнитивных процессов прежде всего подразумевает выявление основной причины ишемического поражения головного мозга. Реконструктивная операция показала улучшение перфузии мозга и восстановление когнитивных функций после нарушений.

Цель исследования: изучить состояние церебральной гемодинамики и когнитивных функций у больных атеросклеротическим поражением сонных артерий, перенесших каротидную эндартерэктомию (КЭАЭК).

Материал и методы. С 2013 г. по 2020 г. в Джизакском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи проанализированы 84 больных, повторно перенесших ИИ. У всех пациентов установлены гемодинамически значимые поражения сонных артерий. Каждый больной осмотрен невропатологом, кардиологом и сосудистым хирургом, после чего проведено duplexное сканирование сонных артерий. Все больные имели гемодинамически значимый стеноз (более 65%) и различные степени когнитивных нарушений, при которых все пациенты направлены на хирургическое лечение в Республиканский специализированный центр хирургической ангионеврологии. После проведенной операции пациенты наблюдались у невролога, получали стационарное лечение в Джизакской области. Из 84 больных мужчин было 35 (41,6%), женщин – 49 (58,4%). Средний возраст составил $67,2 \pm$ года.

Среди сопутствующих заболеваний ИБС наблюдались 63,2% больных, 17,8% ранее перенесли инфаркт миокарда, артериальная гипертензия имела у 81,8%, сахарный диабет – у 16,7%.

При поступлении через 3-6 месяцев после реконструктивной операции сонных артерий у больных проводили следующие исследования: определение когнитивного дефицита по международной шкале MMSE, количественную оценку показателей транскраниальной доплерографии (ТКДГ). При ТКДГ изучали показатели линейной скорости кровотока (ЛСК) в СМА, ПМА, ЗМА.

Результаты. Всех больных при поступлении по месту жительства в Джизакский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с когнитивными расстройствами оценивали по шкале MMSE: средний балл составил $17,6 \pm 0,68$; через 3 месяца после реконструктивной

операции сонных артерий средний балл составил $21,7 \pm 0,73$, через 6-12 месяцев (мемантин, карьера, ПК мерц, пальматин) средний балл повысился: $25,9 \pm 0,53$. Следует отметить, что наибольшей динамике были подвержены показатели памяти, внимания и умственной работоспособности.

До операции у больных при исследовании ТКДГ ЛСК в ПМА составляла $40,4 \pm 3,7$ см/сек., СМА – $53,2 \pm 2,5$ см/сек., в ЗМА – $49,3 \pm 1,1$ см/сек. Через 3 месяца после операции – $65,7 \pm 4,5$ см/сек., в ЗМА – $63,2 \pm 2,1$ см/сек. Также отмечалось снижение периферического сосудистого сопротивления в результате нормализации тонусов сосудов головного мозга.

Выводы:

1. После проведенной операции сонных артерий на фоне атеросклероза у больных отмечается регресс очаговых и общемозговых симптомов, а также восстановление когнитивных функций.

2. Восстановление мозгового кровотока и нейрометаболической терапии в значительной мере уменьшает выраженность когнитивного дефицита по данным шкалы MMSE, улучшает качество жизни, снижает риск развития острых сосудисто-мозговых катастроф.

СЕЛЕКТИВНАЯ ГИПОТЕРМИЯ КОРЫ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

О.А. Шевелев¹, Р.Н. Акалаев²

¹Федеральный научно-клинический центр
реаниматологии и реабилитологии,
Москва, Российская Федерация

²Центр профессионального развития
медицинских работников,
Ташкент, Республика Узбекистан

Терапевтическая гипотермия, несмотря на длительную историю применения и фундаментальные результаты экспериментальных данных, раскрывающих её мощный нейропротекторный потенциал, не нашла достаточно полного применения в практике терапии urgentных состояний. В первую очередь это связано с недостаточной проработанностью технологии охлаждения, а также значительным числом осложнений, развивающихся при понижении температуры тела пациентов. Рассматривая в качестве органа-мишени гипотермии головной мозг, перспективы развития технологии уместно связать с методикой селективного низкотемпературного воздействия, в качестве которого возможно использование краниocereбральной гипотермии (КЦГ).

При помощи КЦГ понижают температуру волосистой поверхности кожи головы до $5-7^\circ\text{C}$, что позволяет понизить температуру коры больших полушарий. Глубина гипотермии зависит от индивидуальных особенностей пациента (вес тела, возраст, исходная температура и пр.), но в пер-

вую очередь – от экспозиции. С использованием имплантированных в мозг термодатчиков, ЯМР-спектроскопии для измерения температуры и неинвазивной радиотермометрии (РТМ) коры мозга показано, что 60-минутный сеанс КЦГ позволяет понизить её температуру на $1,5-2^\circ\text{C}$, 4-х часовой – на $2-3^\circ\text{C}$ без изменения температуры стволовых структур. 24-часовое охлаждение позволяет достичь температуры $29-30^\circ\text{C}$, причем снижение температуры тела отмечается только у пациентов, находящихся в коме или при глубокой седации. Таким образом, КЦГ обеспечивает развитие селективной гипотермии преимущественно коры мозга, мало-значимо влияя на общий термостатический организм, уменьшая тем самым риски, связанные с общей гипотермией.

Учитывая малозначимое влияние на температуру тела, КЦГ применима у пациентов в сознании, не требует седации и контроля мышечной дрожи. Это существенно расширяет области её применения.

Начиная с 2011 г. мы используем данную технологию у пациентов в остром периоде ишемического инсульта, при ЧМТ, включая спортивную травму, при синдроме пароксизмальной гиперсимпатической активности, при нейрогенной и септической лихорадке (включая гиперпиретическую лихорадку при COVID-19), при делириозных состояниях и абстинентом синдроме (алкогольная болезнь).

Обобщение результатов выполненных работ позволило показать позитивное влияние КЦГ при всех указанных патологических состояниях.

В остром периоде ишемического инсульта охлаждение начинают как можно раньше – сразу после нейровизуализации. Возможно сочетание с ревазкуляризационной терапией. Длительность сеанса КЦГ составляет 16-24 часов, в течение которого развивается быстрый и стойкий регресс неврологического дефицита (32% по NIHSS). Летальность снижается на 32-27%, достигая в среднем 14%. КЦГ быстро купирует нейрогенную лихорадку. Улучшается функциональный результат на сроках наблюдения до 90 дней (Rankin). Снижается число пневмоний, что связано с повышением двигательной активности и улучшением дыхательной функции. В первую очередь регресс неврологического дефицита связан с повышением уровня сознания. К сожалению применение КЦГ после развития геморрагических инсультов оказывается не столь заметным.

Сеанс КЦГ длительностью 60 минут обеспечивает снижение метаболизма на 20%, уменьшает сердечный выброс на 15%. Экономность обмена и сердечно-сосудистой активности облегчает течение периода гиперкатаболизма. Даже длительные процедуры КЦГ не влияют на водно-электролитный баланс и свертывающую систему крови.

При бактериальном и вирусном сепсисе и развитии гиперпиретической лихорадки удается не

только достичь нормотермии и поддерживать её желаемое время, но и снизить дозы антипиретиков, уменьшить число случаев развития энцефалопатии после сепсиса.

МИКРОВОЛНОВАЯ РАДИОТЕРМОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СКРЫТОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

О.А. Шевелев, Э.М. Менгисту, В.А. Якименко

**Российский университет дружбы народов,
Москва, Российская Федерация**

В комплексе мероприятий по ведению пациентов, находящихся в критических состояниях, большое значение имеет борьба с лихорадкой, существенно ухудшающая течение и исходы заболевания. Диагностическое значение температурного мониторинга в большой степени определяется областью регистрации температуры теплового центра организма, на основании которого дается общая оценка состояния теплового баланса организма. В то же время температура в различных областях тела может существенно отличаться и, в частности, по данным измерения аксиальной или ректальной температуры судить о температуре головного мозга с достаточной точностью не представляется возможным.

Для головного мозга характерна высокая теплопродуктивность, составляющая в норме в покое 20% общей теплопродукции организма при массе мозга не более 2% от массы тела. Элиминация избытка теплоты осуществляется в основном путем конвекции, обеспеченной мощным притоком артериальной крови (около 20% МОК). Однако при развитии лихорадки теплота не удаляется, а, напротив, накапливается в мозге. При нейротравмах и нарушениях церебрального кровообращения температура мозга оказывается выше температуры тела, а у трети пациентов церебральная гипертермия развивается скрыто на фоне незначительного повышения базальной температуры и оказывается не учтенной в стратегии терапии. Мониторинг церебральной температуры у пациентов с поражениями головного мозга важен также для прогноза течения и исходов заболевания.

Использование инвазивных методов измерения температуры головного мозга ограничено контингентом нейрохирургических пациентов, а имплантация датчика позволяет судить о температуре только в области измерения, не позволяя оценить особенности нарушения церебрального теплового баланса. К наиболее информативным технологиям неинвазивного контроля температуры мозга следует отнести микроволновую радиотермометрию (РТМ).

РТМ основана на регистрации мощности собственного электромагнитного излучения (ЭМИ) тканей в СВЧ-диапазоне (1-7 ГГц) и позволяет оценить температуру на глубине 5-7 см от поверхности кожи головы. Точность измерения составляет $\pm 0,23$ °C, что показано при сопоставлении данных измерений температуры датчиками, имплантированными на глубину 3-4 см в паренхиму мозга и РТМ. Таким образом, возможности РТМ ограничиваются получением сведений о температуре только коры мозга.

При использовании РТМ антенну для регистрации ЭМИ устанавливают в интересующей области проекции коры больших полушарий и получают данные в °C. Антенну можно последовательно перемещать, что позволяет получить картину распределения температуры, выделить области повышенной и сниженной температуры, оценить выраженность температурной гетерогенности коры мозга. Для РТМ можно использовать аппарат РТМ-01-РЭС (производство РФ).

Более 7 лет мы используем технологию РТМ для оценки особенностей нарушения теплового баланса коры больших полушарий у пациентов с различными по характеру поражениями головного мозга: острейший период развития фокальной ишемии мозга, травма головного мозга, последствия тяжелых повреждений головного мозга с развитием состояний хронического нарушения сознания (ХНС: вегетативное состояние, состояние минимального сознания).

У всех пациентов в острейшем периоде ишемического инсульта развивается церебральная гипертермия, которая в 32% случаев протекает скрыто, без подъема базальной температуры. В 75% случаев в проекции полутени формируются очаги гипертермии с подъемом температуры до 40-41 °C, резко нарастает уровень температурной гетерогенности, ΔT между горячими и относительно «холодными» областями коры превышает 3-4 °C, что является предиктором плохого исхода.

При ЧМТ также развивается церебральная очаговая гипертермия, причем при травмах легкой и средней степени до появления признаков на КТ и МРТ. Это позволяет провести раннюю диагностику в тех случаях, когда неврологическая картина стерта или пациент скрывает факт получения травмы, что типично для спортсменов-боксеров.

У пациентов с ХНС температура коры мозга распределяется более равномерно, чем при очаговых поражениях мозга в острейшем периоде, температурная гетерогенность снижена. При позитивной клинической динамике под влиянием лечебных и реабилитационных мероприятий температурная гетерогенность нарастает параллельно с ростом уровня сознания, демонстрируя связи с восстановлением теплового баланса коры мозга.

РТМ головного мозга является ценным диагностическим инструментом неотложной медицины у пациентов с поражениями головного мозга.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ КОРРИГИРОВАННОГО
ИНТЕРВАЛА QT С ВАРИАБЕЛЬНОСТЬЮ
СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

А.К. Эргашев, Ф.А. Анваров

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель работы: изучение взаимосвязи скорректированного интервала QT с вариабельностью сердечного ритма (BCP) у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материалы и методы исследования. В исследование был включен 41 пациент ОИМ в возрасте от 42 до 68 лет, средний возраст которых составил $56,7 \pm 8,4$ лет, из них 26 мужчин (63,4%) и 15 женщин (36,6%). Для расчёта скорректированного QT интервала использованы стандартные ЭКГ на скорости 50 мм/секунд в 6-8 сутки болезни. Для оценки BCP выполнялось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Скорректированный интервал QT рассчитывался по формуле Н. Bazett. Для анализа BCP использованы следующие общепринятые временные и спектральные показатели: SDANN – стандартное отклонение усреднённых нормальных синусовых интервалов R-R всех 5-минутных периодов за всё время наблюдения; SDNN – стандартное отклонение всех нормальных синусовых интервалов R-R; rMSSD – среднеквадратичное отклонение различий между интервалами сцепления соседних интервалов R-R, HF – высокочастотный компонент спектрального анализа, LF – низкочастотный компонент спектрального анализа.

Полученные результаты. На 6-8-сутки ИМ QTc > 440 мсек. наблюдалась в 22,9% случаях и в среднем составил $425,4 \pm 27,3$ мсек. Все показатели BCP были больше по отношению к «точке разделения» риска смертности: SDANN – $92,8 \pm 27,3$ мсек, SDNN – $81,6 \pm 18,6$ мсек, rMSSD – $26,7 \pm 8,6$ мсек, HF – $18,4 \pm 3,2$ мсек, LF – $28,4 \pm 5,8$ мсек. Для того чтобы изучить взаимосвязь QTc с BCP, проведен корреляционный анализ между значениями QTc и параметрами BCP. Анализ показал отсутствие статистически достоверных связей между скорректированным QT-интервалом и BCP: слабая положительная корреляционная связь между QTc и SDANN ($r=0,021$), SDNN ($r=0,012$), rMSSD ($r=0,05$), слабая положительная корреляционная связь между QTc и HF ($r=-0,12$), LF ($r=-0,07$). Во всех случаях $p>0,05$.

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о независимом прогностическом значении данных параметров.

**АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ
КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ
ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ У ЛИЦ
СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА**

К.Т. Эргашев

**Бухарский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан**

Цель: проанализировать ангиографические признаки характерные для коронарного атеросклероза у лиц среднего возраста.

Материал и методы. В наше клиническое исследование было включено 60 больных среднего возраста, которым проводили коронарографию с клиническим установленным диагнозом «ИБС. Прогрессирующая стенокардия напряжения», поступивших в РНЦЭМП Бухарского филиала за период 2019-2021 гг. Результаты коронарной ангиографии оценены по количеству и локализации поврежденных артерий и по тяжести обструкции.

Результаты. Проанализированы результаты данных ангиографии 60 пациентов (68% мужчин, 32% женщин) с первичным диагнозом «ишемическая болезнь сердца, прогрессирующая стенокардия напряжения». Больные были разделены на 2 группы: I группу составили 28 больных ИБС среднего возраста ($38,12 \pm 0,48$ года), во II группу вошли 32 больных в возрасте старше 55 лет ($62,13 \pm 0,36$ года). Критериями включения в исследование было наличие фоновых заболеваний, таких как сахарный диабет (СД) 2 – у 2 (3,3%), а также сосудистые факторы риска (злобное курение) – у 10 (16,7%) больных; с отягощенным семейным анамнезом ИБС – у 9 (15%); артериальной гипертензией – у 9 (15%). Дислипидемия выявлена у 8 (13,3%) больных. При коронарографии: однососудистое поражение коронарных артерий выявлено у 24 (85,7%) больных I группы и у 15 (46,8%) больных II группы. Замедленный кровоток «slow flow» был обнаружен больше у 25 (89,2%) больных I группы и у 13 (40,6%) II группы. По сравнению с больными II группы коронарные изменения у больных I группы в основном локализовались в правой коронарной артерии и в проксимальных отделах левой нисходящей артерии.

Выводы. Результаты коронарной ангиографии у больных ИБС среднего возраста показывают, что у данной категории больных в большинстве случаев выявляются однососудистое поражение коронарных артерий, замедленный кровоток и определённая картина локализации.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
СТРЕПТОКИНАЗОЙ БОЛЬНЫМ
С ЭЛЕВАЦИЕЙ ST СЕГМЕНТА
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

А.Т. Эрметов, Н.Т. Салиханов, О.В. Карабаев

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Неопровержимым является то, что ранняя тромболитическая терапия (ТЛТ) стрептокиназой улучшает результаты выздоровления больных с подъемом сегмента ST. Однако эти больные, как правило, поступают в стационар в сроки более 6 часов. В литературе обсуждается тема целесообразности проведения ТЛТ в более поздние сроки после приступа.

В предыдущие годы, несмотря на наличие у специализированных бригад 103 аппаратов ЭКГ, дефибриляторов, имеющийся полный набор лекарственных препаратов, в том числе стрептокиназы, на этапе транспортировки в большинстве случаев не выполнялись стандарты оказания медицинской помощи больным острым коронарным синдромом (ОКС), ведущим к трансформации в инфаркт миокарда (ИМ), в 2021-2022 годах. В Ташкентской области широко используется метод ТЛТ на догоспитальном этапе (в процессе транспортировки) и раннем госпитальном этапе (в шоковой палате приемного покоя).

Цель исследования: оценить эффективность применения стрептокиназы в различные сроки возникновения ОКС.

Материалы и методы. Нами была изучена эффективность применения ТЛТ с применением стрептокиназы у 41 (100%) больного с ОКС в зависимости от сроков госпитализации. В сроки до 6 часов поступило 18 (44,0%) больных, в сроки 6-12 часов – 19 (46,4%), в сроки более 12 часов – 4 (9,8%). Возраст больных составил от 40 до 65 лет. У 16 (40%) больных на момент поступления наблюдался кардиогенный шок. На догоспитальном этапе ТЛТ проведена 10 больным с 6-часовым сроком (клинически) ОКС. Подъем ST диагностирован по ЭКГ. На госпитальном этапе всем больным вводилась стрептокиназа в стандартной дозировке. Селективного введения не проводилось. Эффективность ТЛТ оценивалась по срокам снижения высоты сегмента ST до изолинии от исходного уровня или трансформации в ИМ. Больные находились под постоянным кардиомониторированием.

Результаты. Из 10 больных, которым проведена ТЛТ на догоспитальном этапе, поступивших в сроки «золотого часа» от момента возникновения ОКС, у 8 (80,0%) снижение сегмента ST до изолинии произошло в сроки от нескольких минут до суток. У 1 больного произошла трансформация в ИМ. У этого больного в анамнезе был перенесенный ин-

фаркт. Из 19 больных второй группы лишь у 1 удалось добиться нестойкого временного снижения высоты сегмента ST. Впоследствии у этого больного произошла трансформация элевации сегмента ST в ИМ. У всех больных 3 группы ТЛТ стрептокиназой оказалась неэффективной. Трансформация ОКС в ИМ у этих больных произошла в сроки до 9 часов.

Выводы. Достоверно эффективным является проведение ТЛТ стрептокиназой в сроки до 6 часов с момента возникновения ОКС.

Применение ТЛТ на догоспитальном этапе позволяет значительно снизить процент трансформации ОКС в ИМ.

Проведение ТЛТ в более поздние сроки является неэффективным в связи с длительной окклюзией коронарных артерий и образованием очага инфаркта в миокарде.

Необходимо наладить тренинги специализированных кардиологических бригад по применению стрептокиназы при ОКС на догоспитальном этапе.

**КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ
ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕВРОПАТИЙ**

Р.М. Юлдашева, Б.Э. Хасанов, В.А. Комилов

Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: изучить клиническую структуру острых периферических невропатий.

Периферическая невропатия (нейропатия нерва) обозначает повреждение периферической нервной системы, обширной системы коммуникативных нервных волокон, передающей информацию от головного и спинного мозга к любой части тела. Периферические нервы посылают сенсорную информацию обратно в головной и спинной мозг, информируя о наличии воздействий на ткани. При повреждении периферической нервной системы нарушаются эти жизненно важные связи.

При некоторых формах невропатии происходит повреждение только одного нерва, и называют эти повреждения мононейропатиями. При поражении большого числа нервов, оказывающих влияние на конечности, такие повреждения называют полинейропатиями. Иногда бывают поражения двух или более отдельных нервов в определенных областях тела, это называют мультифокальным мононевритом. При острых невропатиях, таких как синдром Гийена-Барре, симптомы появляются внезапно, происходит быстрое прогрессирование, и восстановление функции происходит медленно, так как возникает повреждение нервных волокон. В период пандемии коронавируса наблюдались случаи постковидных полирадикулоневропатий.

Материал и методы. В период с 2020-2022 гг. в отделение реанимации и экстренной неврологии Джизакского филиала РНЦЭМП было госпитализировано 836 больных, из них 43 (2,5%) больных –

с полиневропатией по типу Гийена-Барре, Ландри, с радикулопатиями шейно-грудного, пояснично-крестцового отделов позвоночника – 625 (48,5%) больных, с невралгией тройничного нерва – 112 (4,6%), с невропатией лицевого нерва – 56 (4,3%) больных. Постковидные больные составили 4%, средний возраст – от 29 до 51 года. Среди госпитализированных – 438 мужчин и 398 женщин в возрасте от 18 до 65 лет; с постковидной полирадикулонейропатией – 2 мужчин и 5 женщин, средний возраст – 35 лет. Все больные были клинически осмотрены, диагноз поставлен на основании клинического осмотра и данных неврологического статуса. Проведены лабораторно-инструментальные исследования, Реография, магнитно-резонансная томография для дифференциальной диагностики с другими органическими заболеваниями нервной системы, такими как БАС, рассеянный склероз, синдром миелита и спинальные инсульты.

Выводы. Таким образом, острые периферические невропатии наблюдаются во всех возрастных группах, включая пожилых. Основными этиопатогенетическими факторами являются переохлаждение, вирусная или бактериальная инфекция, давление на нерв расширенного кровеносного сосуда или опухоли, аутоиммунные нарушения. Выздоровление и благоприятный исход зависят от своевременного обращения и правильного подбора дозы гормонов и сосудистых препаратов с учетом тяжести заболевания.

На сегодняшний день в Джизакском филиале РНЦЭМП при лечении острых периферических невропатий в основном применяется иммунодепрессивная терапия.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ ДЛЯ ДИАЛИЗА

*Р.Э. Асамов, Б.Й. Махмудов, Б.И. Шукуров,
Н.Р. Асамова, У.Б. Махмудова*

**ООО «Стармедсервис»,
Ташкент, Узбекистан**

Как известно, формирование надежно функционирующего сосудистого доступа считается одним из самых важных, фундаментальных компонентов эффективного гемодиализа. Основными требованиями к идеальному сосудистому доступу являются его способность обеспечить проведение безопасного и эффективного гемодиализа, достаточный объем кровотока, быть простым и надежным в использовании, неся минимальный риск для пациента. На сегодня золотым стандартом остается высококачественная нативная артериовенозная фистула (АВФ), которая доступна для большинства пациентов, долговечна, отличается самым низким уровнем осложнений, не требует значимых дополнительных вмешательств, экономична.

В настоящем сообщении обобщены результаты формирования АВФ для диализа у 350 больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности различного генеза в ООО «Стармедсервис» в период с 2021 октября по сентябрь 2022 года. Возраст оперированных больных колебался от 12 до 85 лет, средний возраст – 48,8 года.

В целях экономии сосудистого фонда пациента лечение начинали с формирования дистальных АВФ на сосудах малого диаметра (1,5-3,0 мм и менее), в связи с чем все операции выполнялись с использованием микрохирургической техники. Использование дистальных сегментов венозного русла конечности позволяет сохранить более проксимальные сосуды для возможных повторных вмешательств. АВФ старались накладывать в зонах бифуркации вен, где, как известно, стенки сосуда более плотные и, соответственно, меньше подвергаются образованию аневризм. При выборе места установки АВФ в обязательном порядке учитывали также пожелания нефрологов и пациентов. Кроме того, выбор типа межсосудистого анастомоза и локализации АВФ зависел также от индивидуальных и анатомических особенностей сосудистого русла пациента. При этом предпочтение отдавали доминантной (нерабочей) руке. Непременно оценивали также проходимость магистральных вен конечности с помощью ЦДС. При выявлении нарушений в венозной гемодинамике по магистральным венам, в том числе при обнаружении венозного тромбоза или рубцовой облитерации, при наличии катетера в подключичной вене АВФ старались формировать на контралатеральной конечности.

С учетом вышеперечисленных условий АВФ на правой верхней конечности сформирована у 108 (30,9%) больных, на левой – у 242 (69,1%). При этом практически у всех пациентов – в 344 (98,3%) случаях – использовали межсосудистый анастомоз типа «конец вены в бок артерии», и только у 6 (1,7%) больных – анастомоз «конец вены в конец артерии». У абсолютного большинства пациентов (в 285 (81,4%) случаях) фистулу формировали в области запястья, что создавало больше возможностей для дальнейшего ее пунктирования в нижней трети предплечья. АВФ на уровне средней трети предплечья установлена у 22 (6,3%) больных, на верхней трети предплечья – у 43 (12,3%). В одном случае, когда конец вены не доставал артерий предплечья, анастомоз накладывали с использованием аутовенозной вставки длиной 3 см, сформированной из БПВ.

При первичном формировании АВФ методом выбора является способ создания свища «конец v. cephalica в бок a. radialis» с микрохирургической техникой в нижней трети предплечья. К сожалению, этот метод не всегда применим у больных с дефицитом венозной сети в результате длительных и многократных внутривенных инъекций или ана-

томического рассыпчатого типа венозной системы, гипоплазии подкожных вен, а иногда – выраженно-го атеросклероза артерий и критического стеноза артерий, в связи с чем у этой категории пациентов АВФ устанавливали на более проксимальных уровнях, стараясь, чтобы фистула обеспечивала, как минимум, скорость перфузии крови через диализатор не ниже 200 мл/мин при давлении крови до кровяного насоса не ниже 200 мм рт. ст.

Идеальные технические условия для формирования АВФ в нижней трети предплечья были у 89 (25,4%) больных, у которых еще не были использованы периферические сосуды для проведения сеансов гемодиализа. У этих пациентов дистальные сосуды были интактными, формирование АВФ проходило без технических сложностей, а в послеоперационном периоде мы не отмечали развитие клинически значимых осложнений.

Определенные сложности в формировании АВФ возникали у 148 (42,3%) больных с тромбозом ранее наложенных фистул, в том числе у 3 пациентов фистула перестала функционировать после пересадки почки, у других 5 пациентов ранее наложенная фистула вынужденно была перевязана ввиду развития у них аневризмы в области пункции или анастомоза.

Частота развития раннего тромбоза (до первого диализа) после наших операций составила 5 (1,4%) случаев. В отдаленном периоде случаев повторного обращения больных с поздними тромбозами нами не отмечено.

В 1 (0,3%) случае имело место кровотечение в первые часы после операции, источником которого явилась неперевязанная веточка вены. При

использовании артерии диаметром более 2 мм и без признаков ее атеросклеротического поражения, при диаметре используемой вены более 3 мм мы не вводили гепарин, что способствовало уменьшению риска гематом и кровотечений.

Из 350 больных только у 1 (0,3%) больного с сахарным диабетом и атеросклерозом локтевой артерии в послеоперационном периоде наблюдали небольшие проявления «синдрома обкрадывания» в виде онемения пальцев во время сеанса гемодиализа. Низкий уровень этого осложнения мы связываем с отказом от практики формирования АВФ между плечевой артерией и подкожной веной. При этом известно, что это осложнение развивается у 9% больных после протезной АВФ и у 1% пациентов – после нативной АВФ.

Исходя из своего клинического опыта формирования АВФ, во избежание сложностей при наложении фистул в качестве рекомендаций для нефрологов хотелось бы указать на необходимость ограничения практики катетеризации подключичной вены, максимально стараться использовать яремную вену в качестве доступа к магистральным венам. У больных с ХПН 4 стадии необходимо расширять показания к формированию АВФ до перевода больных к хроническому гемодиализу. При этом, зная несомненные преимущества формирования АВФ с использованием нативных тканей, в тех случаях, когда отсутствуют пригодные для адекватного наложения межсосудистого соустья, рекомендуется устанавливать долговременные туннельные катетеры для гемодиализа под ультразвуковым контролем или рентген-контролем.

4. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

ГИЙЕН-БАРРЕ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭРТА АСОРАТЛАРИНИ ДАВОЛАШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Абдулхамидов М.А., Азизова Р.Б.

Тошкент тиббиёт академияси

Текширув мақсади: турли оғирлик даражасида кечувчи Гийен-Барре касаллигини бошидан ўтказган беморларда ҳаракат бузилишларини даволашда Леводопа препаратлари самарадорлигини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва текшириш усуллари: тадқиқот объекти бўлиб, ТТА кўп тармоқли клиникаси нейрореанимация бўлимида Гийен-Барре касаллигининг турли оғирлик даражалари билан даволанган 34 нафар беморлар ҳисобланди. Ушбу 34 нафар беморларга нейрореанимация бўлимида ўрта $8,2 \pm 2,6$ кун давомида ЖССТнинг стандартлари асосида олиб борилган интенсив даво чора-тадбирлари (вирусга қарши, глюкокортикоид, антихолинэстераз ҳамда В витамини гуруҳи воситалари) олиб борилди, шу билан бирга барча беморларга ҳаракат бузилишларининг оғирлик даражаларига қараб таркибида карбидопа 25 мг + леводопа 250 мг сақловчи воситалар турли миқдорларда (карбидопа 25–50 мг/кунига + леводопа 250–500 мг/кунига) 30 кун давомида тавсия этилди. Шулардан 70,6% беморлар ($n=24$) ушбу карбидопа 25 мг + леводопа 250 мг сақловчи воситаларни тўлиқ 30 кун қабул қилган бўлса, қолган 29,4% ($n=10$) беморлар эса турли сабабларга кўра тавсия этилган карбидопа 25 мг + леводопа 250 мг сақловчи воситаларни қабул қилмаган. Шу тариқа тадқиқотга олинган барча беморлар шартли равишда 2 гуруҳга ажратилди, яъни I гуруҳ 24 нафар, II гуруҳ эса 10 нафар беморни ташкил этди. Назоратга олинган барча беморларга касалликнинг 1- ва 30-кунлари клиник-неврологик текширувлар ҳамда касалликнинг асоратлар даражасини баҳоловчи Хьюс (Huges) шкаласи ўтказилди.

I гуруҳдаги беморлар орасида эркаклар улуши 79,2% ($n=19$) ни, аёллар улуши эса 20,8% ($n=5$) ни ташкил этди. II гуруҳдаги беморлар орасида эркаклар улуши 60% ($n=6$) ни, аёллар улуши эса 40% ($n=4$) ни ташкил этди. Иккала гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $52,1 \pm 2,8$ ни ташкил қилди.

Тадқиқот натижалари: тадқиқот натижасига кўра, танлаб олинган 34 нафар бемор орасида касалликнинг илк кунларида (даволанишгача) Хьюс шкаласи бўйича 79,4% ($n=27$) беморда ўрта даражали ва 20,6% ($n=7$) беморда эса оғир даражали ҳаракат бузилишлари аниқланди. Ўрта да-

ражали ҳаракат бузилишларига эга бўлган 27 нафар беморлар орасидан 77,8% да ($n=21$) таянчга муҳтож (Хьюс шкаласи бўйича 3-даража) ҳаракат бузилишлари аниқланган бўлса, 22,2% да ($n=6$ та) таянчга муҳтож бўлмаган (Хьюс шкаласи бўйича 2-даража) ҳаракат бузилиш ҳолатлари кузатилди.

Даволанишдан сўнг, касалликнинг 30-кунида беморлардаги ҳаракат бузилишлар даражасини баҳолаш учун ўтказилган Хьюс (Huges) шкаласини таҳлил қилганимизда, I гуруҳдаги ўрта оғирликдаги ҳаракат бузилишлари мавжуд бўлган беморларнинг 62,5% ида ($n=15$) тўлиқ регрессланиш кузатилган бўлса, 37,5% да эса ($n=9$) чуқур ҳаракат бузилишлари даволанишдан сўнг енгил даражадаги ҳаракат бузилишларигача регрессланиши қайд этилди. II гуруҳдаги ўрта оғирликдаги ҳаракат бузилишлари мавжуд бўлган беморларнинг 50,0% ида ($n=5$) I гуруҳдаги ҳаракат бузилишлари енгил даражагача регрессланган бўлса, 20,0% ($n=2$) чуқур ҳаракат бузилишлари мавжуд беморларда эса даволанишдан сўнг ижобий ўзгаришлар кузатилмади ҳамда 30,0% гина ($n=3$) беморларда мавжуд бўлган ўрта оғирликдаги ҳаракат бузилишлари даволанишдан сўнг тўлиқ регрессланиши қайд этилди.

Хулоса: Гийен-Барре касаллиги билан оғирган беморларда карбидопа 25 мг + леводопа 250 мг сақловчи воситаларни касаликнинг ўткир даврида стандарт даволаш чора-тадбирларига қўшимча равишда қўшиб тавсия этилиши ушбу касалликнинг эрта тикланиш давларида кузатилиши мумкин бўлган чуқур ногиронлик ҳолатларининг олдини олишга хизмат қилади.

НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ИНТУБАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

*Б.М. Аюбов, К.Ш. Ходжаев,
Н.С. Музаффаров, Н.Р. Болтаев*

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Паралитическая кишечная непроходимость закономерно осложняет течение распространенных форм перитонита, являясь дополнительным источником эндогенной интоксикации. Поэтому одним из патогенетических методов борьбы с парезом и эндотоксикозом является декомпрессия кишечника.

Цель работы: показать необходимость и целесообразность НИИ при лечении больных распространенным перитонитом.

Материалы и методы. В последнее время для декомпрессии используем стандартный однопроводный многоперфорированный зонд с подвижной оливой на конце. С 2015 по 2021 год было выполнено более 260 НИИ по поводу механической и паралитической кишечной непроходимости. Более 300 больных получали лечение по поводу распространенного перитонита. Подробно проанализированы результаты лечения 108 больных распространенными формами перитонита.

Результаты. Успешно зонд был установлен у 103 больных (95,3%), не удалось провести зонд у 5 пациентов (4,7%) из-за анатомических особенностей подковы 12-перстной кишки. Длительность проведения зонда составила от 15 до 40 минут. После завершения операции данным больным активную аспирацию не проводили, осуществлялся лишь пассивный отток по зонду. Это объясняем возможностью присасывания на активной аспирации отверстий зонда к стенке кишки с опасностью возникновения локального участка ишемии и последующей перфорации. Количество отделяемого при этом варьировало от 500 до 2000 мл, составляя в среднем 957 ± 240 мл. Длительность пребывания зонда зависела не от количества отделяемого, а от восстановления моторной функции кишечника и характера кишечного содержимого. Сроки стояния зонда – от 2 до 8 суток. Критериями для удаления зонда являются: 1) появление стойкой перистальтической активности кишечника; 2) уменьшение вздутия живота, отхождение газов и появление стула; 3) изменение качественных характеристик кишечного отделяемого – оно приобретает светло-желтый цвет, исчезает каловый запах. Осложнения, непосредственно связанные с НИИ, развились у 4 больных (3,9%). У 2 больных возникла аспирационная пневмония, у 1 – носовые кровотечения. У 1 больного во время интубации произошло повреждение черпаловидного хряща, выявленное в послеоперационном периоде.

Заключение. Таким образом, НИИ с длительной декомпрессией кишечника является эффективным методом интенсивного лечения паралитической кишечной непроходимости у больных распространенным перитонитом. При выполнении процедуры следует строго соблюдать технику интубации, чтобы избежать ненужных осложнений.

ПНЕВМОНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

*Ю.Р. Заманов, С.Н. Абибуллаев, Ф.О. Мизамов,
М.Э. Хасанова, Н.А. Курбонов*

Самаркандский государственный
медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Риск развития пневмонии при ЧМТ значительно выше, чем при многих других тя-

желых заболеваниях, травмах, критических состояниях. Высокая частота пневмонии при тяжелых формах ЧМТ обусловлена появляющимся практически с первых суток глубоким угнетением сознания, центральными нарушениями дыхания, глотания и гемодинамическими изменениями кровотока в легких.

Цель исследования: изучить факторы риска развития пневмонии при ЧМТ, определить влияние этих факторов. К ним относятся возраст старше 65 лет, тяжелый неврологический дефицит, обширное поражение в бассейне средней мозговой артерии, оценка по шкале ком Глазго 9 и менее баллов, нарушения глотания, дизартрия, афазия, ХОБЛ, использование блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов, курение, ожирение, гипергликемия, несбалансированное питание, уремия. В то же время нельзя исключить воздействие других факторов риска НП, связанных с особенностями тактики ведения пациентов с ЧМТ в конкретном лечебном учреждении.

Материалы и методы. Изучены клинические данные 39 случаев развития пневмонии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, леченных в нейрореанимационном отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП.

Результаты и обсуждение. В большинстве случаев пневмония у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой носит характер нозокомиальной и нередко связана с проведением ИВЛ. К НП относят случаи инфекционного поражения легких, развившегося не ранее, чем через 48 часов после поступления больного в лечебное учреждение. НПивл – это воспалительное поражение легких, развившееся не ранее чем через 48 часов от момента интубации трахеи и начала проведения ИВЛ, при отсутствии признаков легочной инфекции на момент интубации. Таким образом, развитие пневмонии при ЧМТ, как и развитие НП у пациентов с другой патологией, имеет сходные патогенетические механизмы.

Установлено, что к основным патогенетическим механизмам развития НП, в том числе НПивл, при тяжелой ЧМТ относят: аспирацию микроорганизмов из содержимого ротоглотки, прямое заражение дыхательных путей от персонала ОРИТ, аспирацию содержимого пищевода/желудка, ингаляцию загрязненной микроорганизмами кислородно-воздушной смеси, передачу инфекции гематогенным путем из отдаленных очагов и экзогенное проникновение из инфицированного участка.

Аспирация микроорганизмов из содержимого ротоглотки – это главный путь попадания бактерий в легкие. Пациенты уже через 24 часа после госпитализации имеют высокую обсемененность ротовой полости и ротоглотки грамотрицательными микроорганизмами. Особенно это относится к больным, находящимся в ОРИТ. Попадание секрета ротоглотки в подскладочное пространство ведет к контаминации нижних дыхательных путей (НДП) и развитию НП, в том числе НПивл. Этот механизм подтверждается данными о том, что у большинства

интубированных пациентов микрофлора полости рта и легких совпадают.

Прямое заражение дыхательных путей от персонала ОРИТ. В среде ОРИТ нет недостатка в патогенных микроорганизмах. При неадекватном соблюдении правил асептики и антисептики руки и одежда медперсонала, пыль, воздух, растворы, содержащие микроорганизмы, могут стать источником контаминации НДП пациента.

Аспирация содержимого пищевода/желудка. Данный механизм развития НП считается менее частым в сравнении с аспирацией содержимого ротоглотки. В большом количестве работ показано, что клинически значимая аспирация содержимого желудка/пищевода обычно случается у больных, которые имеют один или более следующих факторов: угнетение уровня сознания, дисфагия любого происхождения, наличие эндотрахеальной трубки, трахеостомы, постоянного назогастрального или назоинтестинального зонда, постоянное введение питательной смеси без контроля остаточного желудочного содержимого. Постоянный зонд может увеличивать степень колонизации носоглотки, служить причиной рефлюкса содержимого желудка, а также способствовать миграции бактерий из желудка в верхние дыхательные пути.

Патогенная микрофлора может накапливаться в конденсате дыхательного контура пациента и поступать в легкие при вдохе, если не используются бактериальные фильтры. Кроме того, при аспирации содержимого трахеи бактерии могут попадать в НДП с оборудования, внутренней поверхности интубационной трубки (смещение биопленок), рук медперсонала.

Выводы. Воздействие факторов риска НП, связанных с особенностями тактики ведения пациентов с ЧМТ в конкретном лечебном учреждении, требует соблюдения всех правил и норм ведения больных для профилактики внутрибольничной пневмонии. Необходимо выявление таких факторов риска для создания эффективной системы профилактики НП (нозокомиальной пневмонии) в остром периоде ЧМТ.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Р.Р. Рахимов

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

Цель. Изучить взаимосвязь, причины развития и последствия анемии у больных с хронической почечной недостаточностью.

Актуальность. Анемия является наиболее ранним и частым осложнением ХБП, развивается уже на ранних стадиях заболевания и наиболее выра-

жена при снижении скорости клубочковой фильтрации (СКФ) до 40–60 мл/мин/1,73 м². Анемия отмечается у 50–80% больных с компенсированной ХПН и у 100% с терминальной ХПН.

Материалы и методы исследования. В течение нашего исследования обследовано 117 больных с хронической болезнью почек. Возраст больных варьировал от 24 до 62 лет. Всех больных комплексно обследовали, включая анамнез, общий анализ крови с подсчетом количества эритроцитов и эритроцитарных индексов, лейкоцитов и лейкоцитарной формулы, тромбоцитов, уровень ферритина сыворотки, подсчет числа ретикулоцитов, сатурацию трансферрина, уровень фолатов и витамина В₁₂. Критерием анемии у пациентов с ХБП служит уровень гемоглобина. Степени тяжести анемии:

- легкая – уровень гемоглобина <130 г/л ≥100 г/л для мужчин и <120 г/л ≥100 г/л для женщин;
- среднетяжелая – <100 г/л ≥70 г/л;
- тяжелая – <70 г/л.

Тестирование на наличие анемии следует проводить всем пациентам с ХБП, независимо от уровня почечной функции. При отсутствии анемии пациентам с ХБП I–III стадии обследование проводят 1 раз в течение года или чаще, при наличии показаний. Пациентам с ХБП IV–V стадии – при наличии клинических показаний, но не реже 1 раза в 6 мес., у больных с ХБП V стадии на ПГ – 1 раз в 3 мес. или чаще. Если уже имеется АС, но препараты эритропоэтина не применяются, лабораторное тестирование проводят 1 раз в 3 мес. пациентам с ХБП I–V или V стадии на программном гемодиализе 1 раз в мес.

Как правило, у диализных пациентов анемия вызвана дефицитом эритропоэтина. Но известны и другие факторы, способствующие развитию и прогрессированию анемического синдрома (АС): укорочение длительности жизни эритроцитов; тромбоцитарная дисфункция, которая обуславливает повышенную кровоточивость; влияние на эритроциты уремических токсинов; снижение уровня железа вследствие неадекватного всасывания в кишечнике и при гемодиализе; выведение при гемодиализе фолиевой кислоты; индуцированный паратормоном остеопороз.

Результаты. Выделяют следующие показания к назначению эритропоэтина:

- существенное снижение частоты и объема гемотрансфузий, что снижает риск нефротрансплантации;
- улучшение качества жизни больных, получающих диализ. Назначают эритропоэтин при гемоглобине менее 70–80 г/л и гематокрите – ниже 0,20.

Лечение рЭПО ведется под контролем запасов железа, гипертензии, свертывания крови и адек-

ватности диализа. Планируемого прироста гемоглобина (95–105 г/л) и гематокрита (0,30–0,35) следует достигнуть через 8–12 нед. У 30% больных в первые 2–3 мес. лечения возрастает артериальная гипертензия, которая может быть плохо контролируемой. Появляются эпизоды кратковременной потери сознания, сочетающиеся с гипертензионными или гипотоническими кризами, что заставляет резко снижать дозы введения или отменять препарат. У ряда больных тромбируется сосудистый доступ, что требует постоянного контроля времени свертывания крови и увеличения доз гепарина. Повышение гематокрита более 0,30 ведет к ухудшению показателей адекватности диализа, и уровень креатинина, фосфатов и калия возрастает на 8–16%. С увеличением исходного показателя Ю/У на 20–25% признаки неадекватного диализа исчезают.

Об эффекте терапии свидетельствует ретикулоцитоз, который регистрируется через 1–2 нед. от ее начала. Еженедельный прирост гематокрита на 0,02 считается надежным критерием правильно подобранной дозы. При более медленном повышении гематокрита дозу рЭПО через 3–4 нед. увеличивают на 25 ЕД/кг. Наоборот, быстрое повышение гематокрита и артериального давления требуют снижения дозы препарата наполовину либо его отмены.

Установлено, что средний уровень эритропоэтина у больных с ХПН до диализа составляет 57 ЕД/л, а на гемодиализе – 35 ЕД/л, при норме – 24 ЕД/л [10]. В сыворотке больных обнаружен ингибитор продукции эритропоэтина, вырабатывающийся моноцитами.

В последние годы особое внимание уделяют коррекции анемии у пациентов, находящихся на начальных стадиях развития ХБП. Установлено, что ранняя, проводимая на преддиализных стадиях ХБП, коррекция анемии препаратами эритропоэтина и железа улучшает качество жизни и снижает риск смерти от сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ХБП при последующем лечении ПД. Поэтому коррекцию анемии можно рассматривать как важную часть стратегии снижения риска заболеваемости и смертности пациентов с ХБП как до, так и после начала диализной терапии.

Эффективность препаратов, содержащих эритропоэтин, значительно снижается при наличии железодефицита. Поэтому восполнение дефицита железа является одним из ключевых моментов в лечении анемии. Назначение препаратов эритропоэтина увеличивает потребность организма в железе, что создает условия для развития железодефицита. При усилении эритропоэза под действием эритропоэтина скорость мобилизации железа из депо становится недостаточной для обеспечения возросших потребностей костного мозга.

Необходимо отметить, что препараты эритропоэтина стимулируют синтез приблизительно 2 млн

новых эритроцитов за 1 с. При недостатке доступного железа из костного мозга в кровь поступают ретикулоциты со сниженным содержанием гемоглобина. При глубоком дефиците железа нарушается синтез гемоглобина и развивается железодефицитное кроветворение. Адекватное количество доступного железа стимулирует эритропоэз и снижает потребность в эритропоэтине. В соответствии с последними рекомендациями KDIGO коррекцию железодефицита пациентам с ХБП и анемией следует начинать при снижении уровня ферритина менее 500 мкг/л, коэффициенте насыщения трансферрина сыворотки (КНТС) до 30%.

Заключение. В патогенезе анемии при стабильной ХПН прослеживается два обособленных звена: низкий уровень продукции эритропоэтина и высокий эритроидный апоптоз, взаимосвязь между которыми не всегда однозначна и до конца не раскрыта. Клинические наблюдения показали, что на фоне лечения рЭПО и повышения гемоглобина резко снижается объем гемотрансфузий, уменьшаются или исчезают признаки сердечной недостаточности и полинейропатии, возрастают работоспособность, физическая выносливость и показатели качества жизни больных, снижается частота и длительность госпитализаций. Благотворный эффект рЭПО связан с повышением уровня гемоглобина с последующим снижением гипоксии головного мозга и нагрузки на миокард.

МОТОРНАЯ СЛАБОСТЬ ПЕРЕДНИХ ГРУПП МЫШЦ БЕДРА ПОСЛЕ БЛОКАДЫ ПЕРИКАПСУЛЯРНЫХ ГРУПП НЕРВОВ И БЕДРЕННОГО НЕРВА

В.Х. Шарипова¹, А.А. Абдулхамидов², А.А. Валиханов¹

**¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
²Ферганский филиал РНЦЭМП**

Введение. Эффективная послеоперационная аналгезия жизненно важна, поскольку острая хирургическая боль является потенциальным фактором риска хронической боли, послеоперационного делирия и других осложнений. Ортопедические процедуры, затрагивающие бедренную кость, остаются сложными для регионарной анестезии, учитывая сложную иннервацию, болезненный характер и желание сохранить подвижность конечности для ускоренного послеоперационного восстановления. В последнее время получили развитие новые методы регионарного обезболивания, такие как блокада компартмента подвздошной фасции и блокада бедренного нерва. Блокада перикапсулярных групп нервов (Pericapsular nerve group block – PENG block) нацелена на сенсорные нервные ветви передней капсулы бедра, не затрагивая моторную функцию мышц передней группы бедра.

Цель. Сравнить эффективность PENG-блока и блокады бедренного нерва при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава.

Материалы и методы. Исследование было проведено у 60 пациентов на базе РНЦЭМП. Больные были разделены на 2 группы: основная – PENG-блок и контрольная – бедренный блок. В основной группе ($n=30$) перед операцией в положении на спине, под ультразвуковой навигацией выполнена PENG-блокада с использованием 15 мл 0,5% раствора бупивакаина. В контрольной группе ($n=30$) до операции в положении на спине, под ультразвуковой навигацией выполнена блокада бедренного нерва с использованием 15 мл 0,5% раствора бупивакаина. Методика спинномозговой анестезии и мульти-модальной послеоперационной аналгезии в виде нестероидных противовоспалительных средств, парацетамола были аналогичными. В обеих группах «спасающая аналгезия» проводилась морфином по 1–2 мг внутривенно до купирования боли. Измеряли силу передних групп мышц бедра по 5-балльной Оксфордской шкале и тестом разгибания в коленном суставе через 6, 12, 24, 48 часов после операции, а также оценивали активизацию пациента (первая ходьба) через 24 часа после операции.

Результаты. Оценка слабости передних групп мышц бедра через 6, 12, 24, 48 часов по 5-балльной Оксфордской шкале: для основной группы составила в среднем $4,90 \pm 0,55$, $4,90 \pm 0,55$, $4,90 \pm 0,55$, $5,0 \pm 0$, для контрольной – $1,93 \pm 0,83$, $1,93 \pm 0,83$, $2,3 \pm 0,71$, $5,0 \pm 0$ ($p=0,001$). Тест на разгибание колена на 90° через 6, 12, 24, 48 часов выполнили 29 (96,7%), 29 (96,7%), 30 (100%) пациентам из основной группы, а в контрольной группе – 0 (0%), 0 (0%), 9 (30%), 30 (100%). Удалось активизировать 29 (96%) и 9 (30%) пациентов основной и контрольной группы соответственно. Слабость передних групп мышц бедра отмечалась только у 1 (3,3%) пациента в основной группе, а в контрольной – у всех 30 (100%) пациентов. Через 48 часов у всех пациентов слабость передних групп мышц бедра исчезла.

Выводы. Бедренный блок в 100% случаев вызывает слабость передних групп мышц бедра, которая исчезает через 24 часа у 30% пациентов, а через 48 часов – у 100% пациентов. PENG-блок лучше сохраняет силу мышц, а также позволяет активизировать пациента в 96% случаев в раннем послеоперационном периоде.

АКТУАЛЬНОСТЬ АДЕКВАТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.Х. Шарипова, А.Т. Эшбоев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Обезболивание на догоспитальном этапе пациентов с травмами на сегодняшний день является

актуальной проблемой. Исследования в этой области продолжают на сегодняшний день и носят характер рекомендательный в отношении доз препаратов, доз анальгетиков для обезболивания. Существует проблема введения недостаточной дозировки обезболивающих препаратов на догоспитальном этапе как у взрослых, так и у детей. Исследования пациентов с переломами конечностей выявили, что на догоспитальном этапе введенные дозы обезболивающих препаратов привели к снижению болевых ощущений только в половине случаев. Специалисты ЭМП, работающие в сфере научных исследований, выявили, что неадекватный подбор дозировки обезболивающих препаратов является серьезной проблемой догоспитального обезболивания.

Цель исследования: внедрение алгоритма обезболивания пациентов с сочетанной травмой в практику врачей скорой медицинской помощи с оценкой результатов обезболивания.

Материал и методы исследования. Проведен анализ проведенного обезболивания на догоспитальном этапе 1204 пациентов с сочетанной травмой, поступивших в РНЦЭМП в период с 2014 по 2021 г. Исследование разделено на 2 этапа: I этап – 874 пациента, период – с 2014 по 2018 г. II этап – 330 пациентов, период – с 2019 по 2021 г. Мужчины составили 70,4% от общего количества пациентов с СТ, остальные 29,6% составили женщины, средний возраст составил $40,5 \pm 2,2$ года. Наибольшее количество травм произошло в результате ДТП, составив 60,5%, на втором месте – травмы в результате кататравмы – 29,5%. Бытовой механизм травмы составил в среднем 9,8%. Разработана схема обезболивания пациентов с сочетанными травмами для применения на догоспитальном этапе. Данный алгоритм обезболивания направлен на индивидуализированное (персонализированное) обезболивание с применением визуально-аналоговой шкалы боли, с учетом наличия гиповолемии, шока и нестабильности гемодинамики. Алгоритм внедрен в работу СМП на II этапе исследования. Изучался показатель способа доставки пациентов (самотёк или машиной СМП) и способа обезболивания на догоспитальном этапе.

Результаты исследования. В 1 периоде исследования из общего количества пациентов с сочетанной травмой (874 пациента) 47,4% (415 пациентов) доставлены в стационар машиной скорой медицинской помощи, 52,5% (459 пациентов) доставлены с места происшествия самотёком. Из общего количества пациентов с сочетанными травмами во 2 периоде исследования (330 пациентов) 56,6% (187 пациентов) доставлены машинами скорой медицинской помощи, самотёком доставлены 43,4% (144 пациента). Соответственно, пациенты, доставленные самотёком, не получали необходимой помощи на догоспитальном этапе. Из общего

количества пациентов, доставленных скорой медицинской помощью на I этапе исследования, реанимобилями доставлены лишь 12% пациентов. На II этапе исследования количество пациентов, доставленных реанимобилями, достигло 59%. Данный показатель доставки пациентов с сочетанными травмами реанимобилями увеличился в 5 раз, составив 80%. На фоне внедрения «алгоритма обезболивания» пациентов с сочетанными травмами на догоспитальном этапе на II этапе исследования отмечалось улучшение показателя обезболивания. В частности, увеличилось применение наркотических анальгетиков в 1,5 раза во 2-м периоде исследования, по сравнению с 1-первым периодом исследования. Увеличилось количество применения ненаркотических анальгетиков в качестве обезболивающего агента. На I этапе исследования ненаркотические анальгетики применялись в 23,2% случаев, а на II этапе исследования ненаркотические анальгетики применялись в 30,6% случаев. Значительно улучшился показатель отсутствия обезболивания. Если на I этапе исследования обезболивание не применялось в 42,6% случаях, то на II этапе исследования данный показатель составил 17%, снизившись более чем в 2 раза. Таким образом, внедренный алгоритм обезболивания пациентов с сочетанной травмой на догоспитальном этапе позволил улучшить показатель обезболивания, с учетом состояния витальных функций пациента.

Выводы. Алгоритм обезболивания, внедрённый в работу догоспитального звена оказания помощи пациентам с сочетанной травмой, позволил повысить качество обезболивания более чем в 1,5 раза. Алгоритм, основанный на принципе мультимодальной терапии боли, учитывает степень болевого синдрома по шкале ВАШ, защищённость дыхательных путей, уровень сознания.

ПРИМЕНЕНИЕ АЛГОРИТМА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.Х. Шарипова, А.Т. Эшбоев

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования. Улучшить качество обезболивания пациентов с сочетанной травмой на догоспитальном этапе.

Материал и методы исследования. В исследование включены 330 пациентов с сочетанной травмой, поступивших в РНЦЭМП в период с 2018 по 2020 г. Из общего количества пациентов машинами скорой медицинской помощи доставлены 56,6% (187 пациентов). Мужчины составили 70,4% от общего количества пациентов с СТ, остальные 29,6% составили женщины, средний возраст составил $40,5 \pm 2,2$ года. 15,7% пациентов поступили с трав-

мой головы в сочетании с травмой опорно-двигательного аппарата и травмой грудной клетки. 5,4% пациента поступили с черепно-мозговой травмой в сочетании с травмой грудной клетки, но без травматических повреждений опорно-двигательного аппарата. Пациенты с черепно-мозговой травмой в сочетании с травмой опорно-двигательного аппарата и позвоночника составили 2,7% пациента. 2,8% поступили с черепно-мозговой травмой в сочетании с травмой опорно-двигательной системы и травмой внутренних органов. Анализируя характер травмы поступивших пациентов, выявлено, что в 98,5% случаев травма сопровождалась черепно-мозговой травмой различной степени тяжести (легкая степень ЧМТ – 56%, средняя степень ЧМТ – 24%, тяжелая степень ЧМТ – 20%). Распределение пациентов по механизму травмы выявило, что наибольшее количество травм произошло в результате ДТП, составив 60,5%, на втором месте – травмы в результате кататравмы – 29,5%. Бытовой механизм травмы составил в среднем 9,8%. Анализ обезболивания на основании алгоритма обезболивания проводился у 187 пациентов, доставленных машинами и бригадами скорой медицинской помощи.

Результаты исследования. Доля пациентов с оценкой боли по ВАШ менее 4 баллов (в среднем $3,2 \pm 0,03$ балла – слабая боль) составила 23,4% (44 пациента) (расчет проводился из общего количества пациентов, доставленных СМП, – 187 пациентов). К этой категории больных применялся анальгин 1000 мг в/в, согласно алгоритму обезболивания. Состояние тяжести этой категории пациентов соответствовало шоку I степени, индекс Альговера составил $0,82 \pm 0,003$. При поступлении в стационар 50% (22 пациента) пациентам данной группы не потребовалось обезболивания, так как пациенты не ощущали боль, и ощущение боли по ВАШ соответствовало $1,5 \pm 0,01$ баллу. Остальным 50% пациентам (22 человека) потребовалось обезболивание, так как ощущения боли по ВАШ составило $3,8 \pm 0,05$ балла, что соответствовало умеренной боли, и дополнительное обезболивание было произведено повторным введением анальгина 1000 мг в сочетании с НПВС. У 26,2% (49 пациентов) выявлена боль, равная $5,6 \pm 0,02$ балла по ВАШ, это соответствовало умеренной постоянной боли. Данной категории больных, согласно алгоритму, обезболивание проводилось сочетанием анальгина 1000 мг с парацетамолом 1000 мг в/в. Состояние тяжести 47% (23 пациента) этой категории пациентов соответствовало шоку II степени, индекс Альговера составил $1,05 \pm 0,002$. Остальные 53% (26 пациентов) соответствовали шоку I степени. При поступлении в стационар у данной категории пациентов, боль, ранее оценённая как умеренно постоянная по ВАШ ($5,6 \pm 0,02$ балла), уменьшилась до $1,3 \pm 0,02$ балла по ВАШ у 90% пациентов. Лишь 10% (5 пациентов) нуждались в дополнительном обезболивании, так

как испытывали боль, равную $3,7 \pm 0,05$ балла по ВАШ. Дополнительное обезболивание производилось анальгином 1000 мг + НПВС. Боль, равная $8,6 \pm 0,06$ балла по ВАШ, что соответствовало нестерпимой боли, выявлена у 33,4% (62 пациента). Данной категории пациентов обезболивание проводилось наркотическими анальгетиками в сочетании с парацетамолом. Тяжесть состояния данной категории пациентов соответствовала шоку III степени, индекс Альговера составил $1,18 \pm 0,009$. При поступлении в стационар у 30,6% (19 пациентов) боль уменьшилась до умеренной. 17% (32 пациента) не были обезболены ничем.

Выводы. Разработана схема обезболивания пациентов с сочетанными травмами для применения на догоспитальном этапе. Данный алгоритм обезболивания направлен на индивидуализированное (персонализированное) обезболивание с применением визуально-аналоговой шкалы боли, с учетом наличия гиповолемии, шока и нестабильности гемодинамики. При разработке и адаптации данного алгоритма обезболивания учитывался формуляр медикаментов, пересмотренный и утверждённый в 2019 г. МЗ РУз для машин скорой медицинской помощи. Внедрение алгоритма обезболивания в клиническую практику бригад врачей СМП позволило улучшить качество обезболивания, применить визуально-аналоговую шкалу оценки боли и соответственно этой шкале и алгоритму обезболивания подобрать препарат для обезболивания в зависимости от болевых ощущений и от степени сохранности витальных функций организма.

ПРОБЛЕМА И АНАЛИЗИРОВАНИЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В УЗБЕКИСТАНЕ

В.Х. Шарипова, А.Т. Эшбоев

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан**

Проблема догоспитального обезболивания пациентов с сочетанными травмами на сегодняшний день является актуальной. Такое важное звено оказания помощи на догоспитальном этапе, как обезболивание, сталкивается со множеством проблем, таких как боязнь назначения опиоидов со стороны парамедиков и врачей догоспитального звена, недостаточная оценка степени повреждения и, соответственно, недооценка тяжести и интенсивности болевого синдрома, отсутствие контроля за обезболиванием или чрезмерный контроль назначения опиоидных анальгетиков, отсутствие знаний у врачей.

Цель: выявить недостатки и проблемы в осуществлении обезболивания на догоспитальном

этапе у пациентов с сочетанными травмами в Узбекистане.

Материал и методы. Проведено анкетирование 200 врачей скорой медицинской помощи. Анкета состояла из 18 вопросов, которые были направлены на выявление уровня знаний по проблеме обезболивания, недостатков и трудностей в проведении обезболивания на догоспитальном этапе. Средний возраст врачей, прошедших анкетирование, составил $53,5 \pm 3,4$ года. 60% врачей, прошедших анкетирование, – это врачи в возрасте от 45 до 65 лет. Врачи до 45 лет составили 40%. Мужчин было 275 (67,5%), женщин – 130 (32,5%).

Результаты исследования. Вопрос выбора обезболивающего агента при наличии у больного травматического шока с нестабильной гемодинамикой и явлениями гипоксии выявил, что 85% (340 врачей) респондентов предпочитают производить обезболивание анальгином, 6% (24 врача) – наркотическим анальгетиком, 9% (36 врачей) ответили, что проводить обезболивание не будут, так как перед ними стоит первоочередная задача стабилизация гемодинамики. При выявлении причин отказа от применения НА при обезболивании пациентов с СТ 60% респондентов ответили, что не хотят применять НА в связи с наличием трудностей в списании препарата и большого спроса за использование его. 396 опрошенных респондентов (98%) предпочитают вводить препараты для обезболивания внутримышечно, и лишь 2% предпочитают внутривенный способ введения обезболивающего агента. Своей целью при оказании помощи пациенту с сочетанной травмой 64% респондентов считают как можно быструю доставку в специализированный стационар, остальные 36% предпочитают начинать противошоковые мероприятия в процессе доставки пациента. Ни один врач не использует в своей практике визуально-аналоговую шкалу оценки боли. На вопрос о том, уделялось ли внимание обезболиванию на курсах повышения квалификации, 51% (204 врача) опрошенных ответил отрицательно, 48% (198 врачей) опрошенных ответили, что целенаправленного обучения обезболиванию не было. Обезболивание рассматривалось как один из компонентов оказания экстренной медицинской помощи. Лишь 1% опрошенных (4 врача) ответил, что обезболиванию уделялось отдельное внимание на курсах повышения квалификации.

Выводы. Таким образом, анкетирование врачей скорой медицинской помощи выявило ряд недостатков – недостаточные знания врачей скорой медицинской помощи о современных аспектах обезболивания, о применении в практике оценочных шкал боли, соответственно которым необходимо подбирать тот или иной вид обезболивающего агента. У врачей скорой медицинской помощи существует ошибочное представление о том, что наркотические анальгетики оказывают влияние

на гемодинамику, на сознание и неблагоприятны в использовании у пациентов с сочетанной шокогенной травмой. Всё вышеизложенное требует внедрения оценочных шкал боли, разработки алгоритма обезболивания и повышения знаний врачей скорой помощи в области обезболивания.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЧЕТАННОЙ И ШОКОГЕННОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.Х. Шарипова, А.Т. Эшбоев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Провести сравнительный анализ оказания помощи на догоспитальном этапе у пациентов с сочетанными шокогенными травмами.

Материал и методы исследования. Проведен анализ оказанной помощи на догоспитальном этапе 1204 пациентам с сочетанной травмой, поступившим в РНЦЭМП в период с 2014 по 2021 г. Исследование разделено на 2 этапа: I этап – 874 пациента, период с 2014 по 2018 гг. II этап – 330 пациентов, период с 2019 по 2021 г. Мужчины составили 70,4% от общего количества пациентов с СТ, остальные 29,6% составили женщины, средний возраст составил $40,5 \pm 2,2$ года. Наибольшее количество травм произошло в результате ДТП, составив 60,5%, на втором месте травмы в результате кататравмы – 29,5%. Бытовой механизм травмы составил в среднем 9,8%. Разработана схема обезболивания пациентов с сочетанными травмами для применения на догоспитальном этапе. Данный алгоритм обезболивания направлен на индивидуализированное (персонализированное) обезболивание с применением визуально-аналоговой шкалы боли, с учетом наличия гиповолемии, шока и нестабильности гемодинамики. Алгоритм внедрен в работу СМП на II этапе исследования. Изучались показатели: частота и показания к интубации трахеи, катетеризации периферической вены, показатель обезболивания, иммобилизации поврежденной конечности и иммобилизации шейного отдела позвоночника. Целью разделения на 2 этапа исследования явилась оценка эффективности проведенных реформ в Республике Узбекистан с внедрением новых стандартов оказания помощи на догоспитальном этапе.

Результаты исследования. При анализе сопоставительных листов бригад скорой помощи сопоставление их с общим состоянием пациента и анализе историй болезни на этапе приёмно-диагностического отделения РНЦЭМП выявлено, что интубация трахеи на I этапе исследования должна была быть выполнена в 20% случаев, а выполнена в 4,8% случаев. На II этапе исследования данный

показатель улучшился в 2 раза, однако оставался на низком уровне. Фактическое выполнение интубации трахеи должно было осуществляться в 22,4% случаев, а выполнено лишь в 8% случаев. Причинами этого являются отсутствие навыков проведения интубации трахеи у врачей скорой медицинской помощи, боязнь развития гемодинамических нарушений при введении медикаментов для проведения интубации трахеи. Катетеризация периферической вены и проведение инфузионной терапии на догоспитальном этапе в 1-м периоде исследования должно было быть выполнено у 75% пациентов с сочетанной травмой, доставленных бригадами скорой медицинской помощи. Фактически данная манипуляция выполнена лишь в 26,6% случаев. Во 2-м периоде исследования должный показатель составил 77,5%, фактически выполнено в 50,3% случаев. Проведение катетеризации периферической вены и проведение инфузионной терапии на II этапе исследования улучшилось на 47% по сравнению с I этапом исследования. Обезболивание на I этапе исследования фактически осуществлено в 57,4% случаев, хотя должный показатель составлял 100%. Показатель обезболивания улучшился на II этапе исследования, составив 80%, при должном показателе 100%. Внедрённый алгоритм обезболивания, согласно общему состоянию пациента с сочетанной травмой, позволил улучшить показатель обезболивания в 1,5 раза. Иммобилизация поврежденной конечности на I этапе исследования произведена в 40% случаев, должный показатель составил 73,4%. На II этапе исследования иммобилизация конечности произведена в 55,6% случаев, должный показатель составил 75,9%. Данный показатель оказания помощи на догоспитальном этапе улучшился на II этапе исследования на 28%. Иммобилизация шейного отдела позвоночника должна производиться во всех случаях травматических повреждений, и травма шеи должна подозреваться во всех 100% случаев травм. Фактический показатель иммобилизации шейного отдела позвоночника на II этапе исследования составил 10%. На II этапе исследования данный показатель улучшился незначительно, составив 12,3%, при должном значении 100%. Это связано с тем, что для врача скорой помощи приоритетным направлением в оказании помощи пациентам с сочетанной травмой на догоспитальном этапе является контроль гемодинамики и быстрая транспортировка в стационар, нежели иммобилизация шейного отдела позвоночника.

Выводы. Проведенные реформы в Республике Узбекистан по совершенствованию службы ЭМП с разработкой стандартов оказания помощи на догоспитальном этапе оказали положительное влияние с улучшением показателей оказания помощи пациентам с сочетанными и шокогенными травмами на догоспитальном этапе.

**ПОКАЗАТЕЛИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ
НА ФОНЕ ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНОГО
ДИАТЕЗА**

*Р.М. Шерматов, К.А. Ким,
Ш.М. Йулдашев, Б.С. Сайдалиев*

**Ферганский медицинский институт
общественного здоровья,
Ферганский филиал РНЦЭМП**

В последние годы одной из актуальных проблем патологии раннего детского возраста является экссудативно-катаральный диатез (ЭКД). В настоящее время эта проблема стоит еще более актуально, так как установлено, что ЭКД в большом проценте случаев служит основой для развития аллергических заболеваний с кожными и респираторными проявлениями в детском возрасте, а также обуславливает частое рецидивирование бактериальных и вирусных респираторных инфекций [1]. Однако в механизмах возникновения и развития этого состояния еще много неясного, в связи с чем постоянно изучаются клинико-патогенетические аспекты заболеваний ЭКД.

В процессе формирования современных представлений об ЭКД широко используются данные лабораторных исследований, в том числе различных этапов иммунологического ответа. Тем не менее вопрос об иммунологическом статусе детей с ЭКД и его кожными и респираторными проявлениями нельзя считать достаточно изученным.

Поскольку частое рецидивирование респираторных инфекций – одна из важнейших актуальных и нерешенных проблем патологии детского возраста, прослеживается определенная связь между ЭКД и развитием этих заболеваний у детей.

Целью настоящего наблюдения и исследования явилось изучение ряда взаимосвязанных звеньев иммунологической реактивности у детей с кожными проявлениями ЭКД и у детей с частыми респираторными заболеваниями на фоне ЭКД.

Под наблюдением находились 3 группы детей с ЭКД в возрасте от 1 месяца до 3 лет с острой фазой процесса и 10 здоровых детей того же возраста (4-я группа). В 1-ю группу вошли 8 детей с кожными проявлениями ЭКД, из них у 75% имелась отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям, чаще материнской линии. 2-ю группу составили 10 детей с частыми респираторными инфекциями на фоне ЭКД. В 3-ю группу включили 12 детей с частыми респираторными инфекциями, с развившимся обструктивным бронхитом на фоне ЭКД.

Для 1-й группы детей с кожными проявлениями ЭКД была характерна отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям, причем у 50% из них оба родителя страдали аллергическими заболеваниями. У самих детей в анамнезе отмечались аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты; кожные проявления ЭКД наблюдались уже в периоде новорожденности, носили упорный характер, часто рецидивировали, плохо поддавались терапии и характеризовались тенденцией к глубокому и обширному поражению кожных покровов.

У детей 2-й группы ЭКД сопровождался частыми респираторными инфекциями. В то же время у 80% больных детей с существенно высокой частотой отмечались выраженные изменения слизистых оболочек, которые проявлялись конъюнктивитом, ринитом, гастроэнтеритом.

При клиническом обследовании детей 3-й группы, у которых ЭКД сопровождался обструктивным бронхитом, определялась высокая склонность к бронхоспазму, признаки которого отмечались уже на 2–3-й день после начала ОРЗ. Наряду с этим у 50% больных выявлялись умеренные кожные проявления ЭКД и сенсибилизация к пищевым и медикаментозным продуктам в анамнезе.

Таким образом, при рецидивировании респираторных инфекций у детей имеется определенная связь между ЭКД и развитием этих заболеваний.

5. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ У ДЕТЕЙ

BRAIN INJURIES IN CHILDREN OF THE BREAST AGE: CHARACTERISTIC FEATURES, TREATMENT AND OUTCOME

*Karimbaev Sh.T., Sharifbaev S.A.,
Ashurov Z.I., Jiyanov I.A., Tojibaev A.T.,
Hodzhiev S.K., Mamadaliev D.M.,
Dadabaeva Y.I.*

**Namangan branch Emergency Medical Research
Centre of Uzbekistan Namangan.
Uzbekistan.**

Cranio-cerebral injuries are the most wide-spread type of the injuries, consists 36-40% of all injuries. In children of the breast age the main reason of the brain injuries are home factors: fall from different heights incidentally due to less attention of parents. In recent years noted increase in frequency of cranio-cerebral injuries in children of the breast age.

Purpose of the study: to study clinic features of cranio-cerebral injuries in children of the breast age.

Material and methods: Annually to neurosurgical department of our center hospitalize about 60 children of the breast age with cranio-cerebral injuries. During 2017-2021 were admitted 110 children with mild, 25 with moderate, 7 with severe cranio-cerebral injuries.

Although severe cranio-cerebral injuries have different clinical features, characteristic for early age, basically accompanied with heavy conditions, with similar pathophysiological and clinical manifestations in children of the senior age.

Mild and moderate head injuries of breast age children often course without clinical manifestations, both common cerebral and local. The reason for referring to hospital is a casual finding by parents the edema in head and capricious of children. Sometimes, the parents forget about fact of the trauma. Meantime, in the absence of clinical symptoms in breast age children, on X-ray examination revealed fractures of the skull. On CT revealed zone of lowered density close on tomometric factor to edema of the cerebrum. In some cases existent somatic signs such as increased body temperature, anxiety, dyspepsia cause to admit children to non specialized branches.

Conclusions: 1. Cranio-cerebral injuries in children of the breast age has characteristic features and does not pass without leaving a trace.

2. Amounts of consequences of cranio-cerebral injuries in children of the early age make stationary examination amenable.

БОЛАЛАРДА ОШҚОЗОН ВА ҚИЗИЛЎНГАЧ ВАРИКОЗ КЕНГАЙГАН ВЕНАЛАРИДАН ҚОН КЕТИШИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

*Абдувалиева Ч.М., Халилов Ш.К.,
Кадиров К.З., Исроилов Ш.Ш.,
Акбаралиев А.А.*

**РШТЁИМ Андижон филиали,
Андижон давлат тиббиёт институти**

Долзарблиги. Портал гипертензия (ПГ)нинг энг хавфли асорати қизилўнганнинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш (ҚВКВҚК) деб тан олинади ва бу асорат болаларда яра билан боғлиқ бўлмаган қонашлар орасида биринчи ўринни эгаллайди ҳамда жуда катта ўлим кўрсаткичи билан фарқланади. ПГ синдроми қарийб 80% болаларда илк бора айнан қизилўнган ва меъданинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши билан намоён бўлади ва ушбу қонаш муваффақиятли даволанган тақдирда ҳам келажақда 70% ҳолатларда қайталаниши кузатилади. ҚВКВҚКларда ўлим кўрсаткичи 20% дан 60% гача, илк бора қон кетишда эса ҳатто 80% га етади. Замонавий тиббиётнинг изчил ривожланиши натижасида, албатта, ПГ синдроми даволашнинг янги хирургик, эндоскопик ва медикаментоз усуллари ҳам кенг кириб келмоқда. Ушбу касалликда қўлланиладиган деярли барча хирургик даволаш усуллари яқиний мақсади – бу бемор ҳаёти учун таҳдид солувчи ҚВКВҚКнинг олдини олиш ва даволашдан иборатдир.

Тадқиқот мақсади. Портал гипертензия синдроми аниқланган болаларда қизилўнган ва ошқозоннинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетишини даволашнинг натижаларини азигопортал ажратиш операцияларини қўллашни кенгайтириш орқали яхшилашдан иборат.

Натижалар. Қизилўнган ва ошқозондан ўткир қон кетишлар билан қабул қилинган барча беморларда шошилиш равишда ЭГДФС ўтказилди ва унинг натижасида 8 нафар (14,1%) болада I даражали, 10 нафари (18,1%)да II даражали, 15 бемор (27,2%)да III даражали ва 22 ҳолат (40%)да IV даражали ВКВ аниқланди. Кўриниб турибдики, ушбу хавфли асорат 2/3 ҳолатларда (85; 66,4%) III ва IV даражали ВКВларда юзага келади.

Давом этаётган ҚОВВҚК чўққисида 55 нафар (43,0%) болаларда шошилиш равишда азигопортал ажратиш операциялари бажарилди. Ушбу 55 та бемордан 46 нафар (83,6%)ида ЖТПГ, 9 нафар (16,4%)ида ЖИПГ таъхисланди.

ПГ аниқланган болаларда даволаш тактикасини танлашнинг асосий мезонлари бўлиб ПГ шакли, қон кетиш манбаининг характери, унинг интен-

сивлиги, шунингдек, қон кетишлар туфайли бемор ҳолатининг оғирлик даражаси ҳисобланди. ПГнинг турли кўринишлари билан оғриган беморларда турли характерли операциялар самарадорлигининг қиёсий таҳлили операциянинг шошилини ёки кечиктирилган тартибда ўтказилиши, беморларнинг ёшига боғлиқ ҳолда амалга оширилди.

Қон кетишлар чўққисида Пациора операцияси 25 нафар (45,45%), Назиров операцияси – 16 нафар (29,09%), Таннер-Баиров операцияси – 14 нафар (25,46%) беморларда бажарилди.

Пациора операциясидан (n=25) кейинги даврнинг яхши кечиши 4 нафар (16%), қониқарли 10 нафар (40%) ва қониқарсиз натижа 11 нафар (44%) беморда кузатилди. 3 нафар беморда операциядан жароҳатнинг йиринглаши, 1 беморда диафрагма ости абсцесси ривожланиши, 2 нафар болада операциядан кейин 14-суткада бартараф этишнинг удасидан чиқилган асцит қайд этилди. Қонаш рецидив 6 ҳолатда кузатилди ва уларнинг 2 таси ўлим билан якунланди.

Назиров бўйича ошқозоннинг лигатурал транссекциясининг операциядан кейинги даврнинг яхши кечиши 9 нафар (56,3%) беморда, қониқарли кечиши 6 нафар (37,5%) ҳолатда, қониқарсиз натижа атиги 1 (6,3%) беморда кузатилди. Бир нафар бемор болада операциядан кейин 3 сутка давомида гипертермия ва парез белгилари сақланиб турди. 3 суткадан кейин бемор ҳолати яхшиланди. Олиб борилган даволаш терапияларига қарамасдан 2 та беморда операциядан кейин 7 сутка ўтгач талоқ инфаркти бўйича СЭ бажарилди, бошқа 2 та беморда операциядан кейинги 5-суткада релапаротомияни талаб этувчи қон кетиши юзага келди (ПСРА шаклланиши билан СЭ бажарилди). Бир беморда операциядан кейин ЭФГДС бажарилди ва қизилўнгач веналарида лигирлаш ўтказилди. ЖИПГли бир беморда (ЖЦ ва Child C билан) операциядан кейинги 2-суткада полиорган етишмовчилиги натижасида летал натижа қайд этилди.

Баиров бўйича ошқозонда циркуляр тикиш бажарилган 14 нафар (25,46%) боладан 6 нафари (42,9%)да операциядан кейинги давр яхши, яна бошқа 6 нафари (42,9%)да қониқарли, 2 нафари (14,3%)да қониқарсиз натижа қайд этилди. Бир беморда асцит ривожланди ва бу ҳолат сийдик ҳайдовчи препаратлар қўшилиши билан енгил бартараф этилди. Бир беморда операциядан кейин ўткир жигар етишмовчилигининг клиник белгилари пайдо бўлди ва бу ҳолат операциядан кейинги 4-суткага бориб бартараф этилди. Шундай қилиб, турли кўринишдаги ажратиш операцияларидан кейинги кузатишларда яқин муддатларда умумий беморлар сонидан яхши натижа 19 (34,5%) ҳолатда, қониқарли натижа 22 (40,0%) беморда, қониқарсиз натижа 14 (25,5%) болада қайд қилинди.

ВКВдан қон кетишларнинг қайталаниши бўлмаслиги ажратиш операцияларининг самарали

кўрсаткичларидан бири ҳисобланади. Қон кетишлар чўққисида бажарилган азигопортал ажратиш операцияларидан кейинги 5 йилгача бўлган муддатда қон кетишларининг қайталаниши миқдори 29,1% ни ташкил қилган ҳолда, ушбу кўрсаткич Пациора операциясидан кейин энг юқори бўлди ва 40,0% беморларда кузатилди. Бизнинг кузатувларимизда азигопортал ажратиш операцияларидан кейинги узоқ муддатларда қизилўнгачдан қайта қонаш хавфини энг ишончли равишда камайтиришни Назиров операцияси таъминлаб берди – атиги 12,5% беморда геморрагия рецидиви кузатилди. Ушбу кўрсаткич Баиров операциясидан сўнг 28,6% ни ташкил қилди

Хулоса. Шундай қилиб, биз томонимиздан олиб борилган текширишлар шуни кўрсатдики, портал гипертензияли болаларда қизилўнгач ва ошқозоннинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетишида операцияларнинг абдоминал босқичи ажратишнинг энг оптимал усули ҳисобланади. Таннер-Баиров операциялари ва Назиров бўйича гастрозофагиал коллекторни тотал ажратиш операцияларидан кейин беморлардан энг яхши натижалар олинди.

ПРИЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ч.М. Абдувалиева, З.Н. Касимов, Ш.М. Усманов, Ш.К. Халилов, К.З. Кадилов, О.З. Касимов, Ш.Ш. Исраилов

Андижанский филиал РНЦЭМП, Кафедра детской хирургии АндГосМИ

По литературным данным, сочетанная травма у детей остаётся актуальной проблемой urgentной хирургии. В 90% случаев причиной являются ДТП и кататравмы.

Настоящее сообщение является результатом анализа клинического материала за 2008-2018 гг. В отделение детской хирургии РНЦЭМ АФ поступили 210 детей в возрасте от 1 до 18 лет с сочетанными травмами. Из общего числа мальчиков было 145, девочек – 65. Из них 187 детей (89%) – с абдоминальной травмой, 8 (3,8%) – с травмами грудной клетки, у всех больных была ЗЧМТ различной степени тяжести. Структура абдоминальной травмы: наиболее часто встречаются повреждения передней брюшной стенки – 94 (50,2%), повреждения селезенки – 65 (34,7%), повреждения печени – 28 (14,9%) и органов забрюшинного пространства – 15 (7,1%).

Для установления диагноза использован диагностический алгоритм, включающий полное клиническое и инструментальное обследование для определения тяжести повреждения, показателей гемодинамики. Всем больным с повреждением сразу после поступления поставлен ведущий синдром –

продолжающееся кровотечение с последующей тяжестью состояния ребенка, при котором, учитывая срок травмы, была картина острого живота, показатели гемодинамики и диуреза. Все дети с сочетанными травмами, поступившие в крайне тяжёлом состоянии, сразу госпитализированы в отделение детской реанимации, им было назначено интенсивное противошоковое лечение с гемостатической терапией. Учитывая тяжесть состояния, всем больным выполнены последовательные операции, в 8 случаях были повреждения органов грудной клетки, этим больным по показаниям выполнена пункция плевральной полости с дренированием плевральной полости. В двух случаях с повреждением органов грудной клетки был летальный исход, в одном случае была повреждена ткань левого легкого с повреждением крупных сосудов бронхиального дерева, в другом – с повреждением диафрагмы. При абдоминальных повреждениях, учитывая нестабильность гемодинамики, УЗИ-данные, при которых была свободная жидкость в брюшной полости в малом тазу и в боковых каналах, была произведена лапаротомия при повреждении селезенки: в 47 случаях была произведена спленэктомия, в 15 случаях – коагуляция кровоточащей поверхности селезенки с оментопексией, в 3 случаях – коагуляция, так как у этих больных было краевое расположение раны селезенки. В 28 случаях с повреждением печени у 26 больных был наложен П-образный шов, в 2 случаях – тампонада печени. В 2 случаях с повреждением печени был летальный исход, из них в одном случае было размоложение печени, в другом – позднее поступление ребенка. Из общего числа больных с повреждением органов забрюшинного пространства у 3 больных с повреждением почек был отрыв от ножки, операция завершилась нефрэктомией. В двух случаях было повреждение уретры, была произведена уретропластика.

Заключение. Таким образом, хирургическая тактика при сочетанных травмах заключается в принципе перманентного оказания помощи и сопоставления всех диагностических приемов.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

Х.А. Акилов, Ф.Ш. Примов

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,
Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников**

Фундаментом исследования послужил анализ историй болезней 110 больных с тяжелой сочетанной травмой в сочетании с закрытой травмой живота, находящихся на лечении в отделении детской

хирургии РНЦЭМП с 2006 по 2016 гг. Из них в 84 (76,4%) случаях использовано эндовидеохирургическое вмешательство.

Лапароскопия при абдоминальной травме имеет свои особенности и этапность. К ее преимуществам следует отнести возможность определения поврежденного органа, выявления характера повреждений, количество и состав содержимого брюшной полости, а самое важное – установить, есть ли возможность эндовидеохирургическим методом устранить повреждение или необходима открытая операция.

По нашему мнению, общими противопоказаниями к выполнению лапароскопии являются агональное или предагональное состояние пострадавших, когда уточнение диагноза не может повлиять на исход травмы.

Совершенствованная нами методика наложения пневмоперитонеума позволяет выполнять видеолaparоскопию и эндовидеохирургические операции у пострадавших с сочетанной травмой, находящихся в состоянии шока.

Данная методика в нашей модификации отличается тем, что предварительно через троакар осуществляется карбоксиперитонеум путем дозированной подачи углекислого газа в брюшную полость с минимальной скоростью 0,3-0,5 л/мин с 10-15-минутным перерывом до достижения интраабдоминального давления 4-5 мм рт. ст. у пациентов 1-7 лет, 6-7 мм рт. ст. – у детей 8-11 лет, 8-12 мм рт. ст. – у детей старше 12 лет.

После дозированной достижения расчетного заданного интраабдоминального давления проводили видеолaparоскопию, выполняли ревизию органов брюшной полости и необходимые лечебно-диагностические манипуляции. Также тактика основывается на расчете объема гемоперитонеума – малый гемоперитонеум, средний и большой гемоперитонеум.

Разработанный нами алгоритм позволяет своевременно оценить степень тяжести закрытых травм живота у детей и произвести необходимый объем оперативного вмешательства даже при тяжелых сочетанных травмах.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

*Х.А. Акилов, Д.Р. Асадуллаев,
Ш.И. Шохайдаров*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования: изучить особенности осложнений инородных тел пищевода у детей.

Материал и методы. За период с 2017 по 2019 госпитализированы 173 пациента с инородными телами (ИТ) пищевода, из них 93 мальчика и 80 де-

вочек. Пациентам при поступлении выполнялись обзорные, контрастные рентгенологические исследования и ФЭГДС. По характеру материала ИТ были условно разделены на: кнопочные батарейки, магнитные изделия, металлические остроконечные изделия, монеты (и др. тупые предметы), пластиковые изделия и еду.

Результаты. Средний возраст детей с ИТ пищевода составил $4,32 \pm 0,36$ года. Наиболее частыми жалобами при обращении были: тошнота – 64%, рвота – 60% и гиперсаливация – в 59% случаях. 170 (98%) больным выполнены эндоскопические исследования. По результатам ФЭГДС у детей с ИТ пищевода наиболее часто выявлены: монеты (тупые предметы) – 105 (62%), застревание фрагментов пищи – 20 (11,7%) и металлические остроконечные предметы у 15 (8,8%) детей. Значительно реже выявлялись пластиковые изделия – у 9 (5,3%) детей, кнопочные батарейки – у 8 (5%) и магнитные изделия – у 2 (1,2%) пациентов. В остальных 9 наблюдениях при ФЭГДС ИТ в пищеводе не выявлено. У 7 (4%) пациентов с ИТ в пищеводе отмечались осложнения. Средний возраст пациентов с осложнениями составил $3,4 \pm 2,26$ года. Чаще всего осложнения ($n=5$; 2,8%) отмечены среди детей с кнопочными батарейками. В 2 случаях (пластиковая игрушка и остроконечная кость) также отмечены осложнения. 2 (1,15%) пациентам потребовалось выполнение открытых хирургических вмешательств.

Заключение. Наиболее частыми ИТ пищевода у детей были монеты (и др. тупые предметы). Вероятность развития грозных осложнений при ИТ пищевода составила 3,4%, при этом они чаще возникали среди детей с магнитными ИТ.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ

*Х.А. Акилов, Ф.Ш. Примов, Н.Т. Урманов,
Д.Р. Асадуллаев*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,
Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников**

Введение. В последнее десятилетие отмечается рост заболеваемости эхинококкозом, расширение географических границ болезни, причиной чего является увеличившаяся миграция населения. Интерес к эхинококкозу обусловлен не только увеличением числа больных, но и растущей популярностью малоинвазивных хирургических технологий, сфера применения которых в последнее десятилетие активно расширяется и за счет больных с эхинококкозом. Однако растущий поток пациентов с множественными, нередко крупными и осложненными кистами печени и других органов, зачастую рецидивами, заставляет искать решение

проблемы хирургического лечения заболевания прежде всего в повышении радикальности операций, разработке эффективной диагностической и лечебной тактики, позволяющей минимизировать риск рецидива болезни при кистах любой локализации и сложности, в том числе после неоднократных вмешательств. В литературе последних лет дискуссионным остается вопрос о тактике при сочетанных формах эхинококкоза, причем достаточно сторонников как последовательного, так и одномоментного хирургического лечения.

Материалы и методы. За период с 2010 по 2021 г. в отделении неотложной хирургии детского возраста РНЦЭМП находились на лечении 108 детей с эхинококковой болезнью. Из них у 28 (26,0%) больных имел место сочетанный эхинококкоз легких, печени и других органов. Дети были в возрасте от 6 до 17 лет. Чаще наблюдалось поражение нижней доли правого легкого и правой доли печени – в 18 (16,6%) случаях. У 6 (5,5%) отмечалось поражение обоих легких и левой доли печени. У 3 (2,7%) имел место поражение печени и селезенки. У 1 (0,9%) больного отмечалось поражение средней доли правого легкого, множественный эхинококкоз (3 кисты) правой доли печени и правой почки. По объему кисты легких были средними – 10 (9,2%), большими – 8 (7,4%) и гигантскими – 7 (6,4%). В печени имели место средние кисты – 11 (10,1%), большие – 9 (8,3%) и гигантские – 8 (7,4%). Осложненное течение заболевания отмечалось в 12 случаях: у 5 (4,6%) был прорыв кисты в долевой бронх, у 3 (2,7%) – прорыв кисты в плевральную полость, в 4 (3,7%) случаях кисты печени были нагноившиеся. Клиническая картина зависела от возраста, а также от степени поражения того или иного органа и непосредственно от осложнения заболевания. Все дети с сочетанным эхинококкозом были пониженного питания (дефицит массы тела составлял $20,3 \pm 2,25\%$), бледными, вялыми, жаловались на общую слабость и недомогание. У больных с поражением обоих легких отмечались одышка, кашель с выделением мокроты, наблюдалось выраженное отставание в физическом развитии. У 1 больного с множественным эхинококкозом печени более выраженным оказалось поражение печени. Печень была увеличена у каждого 2-го больного. Диагностика основывалась на обзорной рентгенографии грудной клетки и УЗИ брюшной полости. В одном сомнительном случае у больного с прорывом эхинококковой кисты в плевральную полость была произведена КТ органов грудной клетки. Оперативное лечение сочетанного эхинококкоза легких и печени (в частности, этапность операции) требует индивидуального подхода. Предоперационная подготовка зависит от срочности и объема оперативного вмешательства. Дети с прорывом кисты в плевральную полость были оперированы в срочном порядке, после устранения явлений анафилаксии.

В остальных случаях больные были оперированы на 2-3 сутки после предварительной подготовки к операции. При сочетанном эхинококкозе в первую очередь проводили операцию на легком. У больных с поражением обоих легких операцию проводили одномоментно. Выполнялась эхинококкэктомия с интраоперационной санационной бронхоскопией. В послеоперационном течении уделяли большое внимание профилактике пневмонии. С этой целью проводили лечебную продленную анестезию, раннюю лечебную дыхательную гимнастику, продленные ингаляции, по показаниям – санационную бронхоскопию. Также параллельно на раннем этапе проводили противопаразитарную терапию с препаратом «Албендазол». Вторым этапом производилась эхинококкэктомия из печени. Промежуток между первой и второй операциями не превышал 3-4 недель. При неосложненном течении кист эхинококкэктомия из легкого и печени выполнялась одномоментно, в одном наркозе. Все больные выписаны из клиники с выздоровлением, без осложнений. При наблюдении до 8 лет случаев рецидива болезни не выявили.

Заключение. Таким образом, показания к оперативному вмешательству при сочетанном эхинококкозе легких и печени у детей, последовательность операции должны определяться индивидуально, с учетом тяжести нарушений жизненно важных функций организма, характера поражения, локализации кист и наличия осложнений.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

*Х.А. Акилов^{1,2}, Ф.Ш. Примов^{1,2}, Ж.С. Хидояттов^{1,2},
Б.Н. Тиловов^{1,2}*

¹Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников,

²Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

В отделении детской хирургии РНЦЭМП за период с 2010 по 2020 гг. выполнено 1240 лапароскопий детям от 5 мес. до 18 лет с диагнозом «острый живот» и детям с травмами живота. Среди всех лапароскопических операций, выполненных по поводу острого аппендицита, который был у 710 детей, во всех случаях была произведена лапароскопическая аппендэктомия без конверсии. Из 102 детей, оперированных по поводу перфоративного аппендицит-перитонита, конверсия потребовалась только 18 пациентам. По поводу диагностической лапароскопии с диагнозом «острый живот» в 97 случаях оказалось возможным ограничиться диагностической или лечебной лапароскопией. Наибольшие трудности возникали в дифференциальной диагностике первичного перитонита (8 детей) и гинеко-

логической патологии (11 детей). Различные виды непроходимости стали следующей по частоте причиной диагностических затруднений. В 18 случаях произведена лапароскопическая дивертикулэктомия. Открытая операция выполнена 18 детям, в 8 случаях по поводу деструкции дивертикула Меккеля с широким основанием операции завершены видеоассистированием.

У 43 больных произведено лапароскопическое ушивание перфорации язвы двенадцатиперстной кишки, во всех случаях наложен экстракорпоральный шов. Дети оперированы с кишечной непроходимостью в 45 случаях. Из них в 28 случаях произведена лапароскопическая дезинвагинация кишечника и в 27 случаях – по поводу спаечной кишечной непроходимости.

Лапароскопия особенно большую роль играет в ургентной детской гинекологии: в течение 10 лет произведена 71 лапароскопическая операция у девочек, в 61 случае произведено удаление кисты яичника по поводу разрыва кисты осложненным кровотечением, в 7 случаях был перекрут кисты яичника, в 2 случаях 17-летние девочки оперированы с диагнозом «внематочная беременность».

Возможности клинической диагностики у детей с травмами всегда ограничены, особенно при наличии шока. Основопологающим при оказании помощи травмированным детям является мониторинг гемодинамических показателей. Показанием к лапароскопии служит наличие свободной крови в брюшной полости, неуверенность в остановке кровотечения при стабильной гемодинамике больного. Во время 154 лапароскопий, выполненных по поводу травм, были диагностированы: повреждение селезенки (61), печени (38) и тонкой кишки (21), повреждение сальника и брыжейки тонкой кишки – (14), у 18 больных выявлено повреждение поджелудочной железы. Из них в 31 случае произведена лапароскопическая коагуляция селезенки, из которых в 21 случае – с использованием гемостатических губок. В 8 случаях произведена коагуляция повреждения печени, в 8 случаях – лапароскопическое ушивание печени. По поводу повреждения поджелудочной железы в 8 случаях операция завершена лапароскопическим путем.

Таким образом, лапароскопические методы безопасны, высокоинформативны и необходимы в детских специализированных хирургических стационарах. На современном этапе невозможно себе представить полноценное оказание помощи детям с ургентной хирургической патологией без применения данных методов. Использование эндохирurgical техники позволяет значительно снизить число эксплоративных лапаротомий в сложных случаях. Видеолапароскопия позволяет не только уточнить диагноз, но и произвести ряд лечебных мероприятий, в том числе и остановку кровотечения у больных с травмами. Меньшая травматич-

ность лапароскопии по сравнению с традиционными операциями позволяет уменьшить сроки госпитализации, в том числе и пребывание в отделении реанимации, что способствует ранней активизации больных и уменьшению количества осложнений.

ПОКАЗАТЕЛИ БИОХИМИЧЕСКИХ АНАЛИЗОВ ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

М.Б. Алибекова, Г.Х. Исмаилова, Ш.К. Разикова

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Введение. Определение значения сдвигов биохимических исследований, правильная и своевременная их диагностика и направленная коррекция являются неотъемлемой частью ведения больных в отделениях интенсивной терапии.

Цель исследования: изучение биохимических показателей при полиорганной недостаточности у детей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 40 больных от 3-х месяцев до 4 лет с полиорганной недостаточностью, находившиеся в отделении реанимации (ОАРИТ) и в педиатрических отделениях РНЦЭМП в период 2021 г. Среди обследованных детей преобладали мальчики – 67,5% (27).

Всем больным проводили общеклиническое обследование, биохимическое исследование крови (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, калий, АЛТ, АСТ, уровень лактата), КЩС крови.

Результаты и обсуждение. Недостаточность респираторной и сердечно-сосудистой системы отмечалась у всех 40 (100%) детей, нервной – у 18 (45%), желудочно-кишечного тракта – у 5 (5%). Клинические проявления почечной недостаточности были диагностированы у 3 (7,5%), печени – у 2 (5%) детей.

Учитывая то, что нарушение уровня лактата в крови оценивается как маркер тканевой гипоксии, мы провели анализ определения содержания лактата в крови. У 32 (80%) детей с дыхательной недостаточностью в биохимических анализах крови уровень лактата был $6,5 \pm 0,6$ ммоль/л (норма – $0,2-2,2$ ммоль/л).

У детей с печеночной недостаточностью отмечались уплотнение и увеличение размеров печени. В биохимических анализах крови отмечались повышение уровня общего билирубина в сыворотке крови до $68,4 \pm 1,5$ мкмоль/л, прямая фракция выше 10%, а также превышение АЛТ в 2 раза.

У 3 (7,5%) почечная недостаточность была преренальной. Она проявлялась сниженным диурезом. В биохимических анализах крови уровень креатинина превышал норму и достигал $2,74 \pm 1,9$ мкмоль/л, мочевины – $9,9 \pm 6,1$ ммоль/л.

Синдром кишечной недостаточности клинически проявлялся застоем в желудке, нарушением переваривания и всасывания, парезом кишечника, в анализах крови отмечалось снижение уровня кальция до $3,1 \pm 0,2$ ммоль/л.

Средние значения уровня среднемолекулярных пептидов у детей с дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью в сочетании с токсическим поражением внутренних органов составили $2,22 \pm 0,1$ ед. У детей с наличием дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности средние значения уровня средних молекул составили $1,83 \pm 0,15$ ед.

Выводы. Таким образом, простой подсчет количества пораженных органов и систем органов на основании наличия или отсутствия недостаточности органа не позволяет выявлять ПОН на ранних стадиях, поэтому лабораторные показатели дисфункции пораженной системы считаются более информативными.

Интенсивная терапия, основанная на клинко-биохимических данных, позволит предотвратить прогрессирование полиорганной недостаточности.

Нормализация параметров гемодинамики, уменьшение интоксикации, нормализация газообмена в легких и восстановление тканевого дыхания (снижение уровня лактата крови), нормализация клинко-биохимических показателей (нормализация уровня лейкоцитов, лейкоформулы, мочевины, креатинина, печеночных ферментов, электролитов) на фоне интенсивной терапии являются ранними признаками эффективности терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

*М.Б. Алибекова, С.Р. Рахимова,
А.А. Мустакимов, Ш.К. Разикова*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Введение. Плазмаферез обладает выраженным детоксикационным, иммуномодулирующим, деплазмирующим, а также дренирующим действием, что позволяет воздействовать на все жидкостные пространства организма.

Цель исследования: оценить эффективность плазмафереза при лечении полиорганной недостаточности у детей.

Материал и методы. Под наблюдением находились 46 детей в возрасте от 3 мес. до 14 лет с полиорганной недостаточностью. Дети были разделены на две подгруппы: дети, которые получали стандартное лечение (контрольная группа – 24), и дети, которым вместе со стандартным лечением проводился и плазмаферез (основная группа – 22 ребенка). Плазмаферез осуществлялся аппаратом

«Гемофеникс». Плазмозамещение осуществлялось свежемороженой донорской плазмой, перед введением плазма подогревалась.

Всем больным проводились общеклиническое обследование, биохимическое исследование крови, инструментальные методы исследования. Кроме того, всем больным проводили иммунологические исследования (уровень цитокинов ИЛ-1в, -6).

Результаты обследования. Причиной развития синдрома полиорганной недостаточности были воспалительные заболевания легких – 35 (76,1%), комбинированные и сочетанные травмы – 7 (15,2%), сепсис – 4 (8,7%).

У всех детей отмечалось достоверное увеличение частоты дыхания в среднем до $51,2 \pm 3,1$ в мин, увеличение частоты сердечных сокращений в среднем до $158,5 \pm 4,1$ уд. в мин, повышение систолического артериального давления в среднем до $77,2 \pm 7,4$ мм рт. ст. Показатель сатурации (насыщения капиллярной крови кислородом) составил в среднем $78,5 \pm 4,1\%$.

При анализе крови в основном отмечался высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево, токсическая зернистость нейтрофилов (++++), высокая СОЭ, гипохромная анемия. Количество эритроцитов уменьшилось в 2,6 раза, тромбоцитов – в 1,9 раза по сравнению с нормальными величинами. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) увеличился в среднем в 6,8 раза, уровень среднемолекулярных пептидов – в 5,1 раза по сравнению с нормой, уровень креатинина превышал норму и достигал $2,74 \pm 1,9$ мкмоль/л, мочевины – $9,9 \pm 6,1$ ммоль/л.

22 детям основной группы плазмаферез осуществлялся аппаратом «Гемофеникс». У 9 (40,9%) из них из-за низкого артериального и венозного давления, тахикардии, анемии для подготовки к плазмаферезу проводилась инфузионная терапия. У каждого больного во время плазмафереза проводилось исследование показателей гемодинамики (артериальное давление, центральное венозное давление, частота сердечных сокращений и сатурация) до плазмафереза и после окончания плазмафереза. При проведении плазмафереза не отмечались изменения со стороны ЧСС, САД, ЦВД. Плазмаферез не оказал отрицательного влияния на показатели гомеостаза, свертывающую и противосвертывающую систему крови. Для достижения хорошего клинического эффекта у детей проводили курс плазмафереза в 2 сеанса с интервалом 3-5 дней.

Уровень ИЛ-1в у больных до плазмафереза был в 31,9 раза выше, чем у детей контрольной группы ($p < 0,001$) и в среднем составил $829 \pm 0,9$ пг/мл. Продукция ИЛ-6 у детей была выше ($31 \pm 1,51$ пг/мл), чем в контрольной группе ($6,8 \pm 0,2$ пг/мл) в 4,6 раза. После проведения плазмафереза в основной группе концентрация ИЛ-1в и ИЛ-6 резко снизились.

Выводы. У детей из основной группы после проведения плазмафереза в короткие сроки от-

мечалось изменение клинических проявлений в сторону нормализации показателей, уменьшились частота дыхания и частота сердечных сокращений, повысилось насыщение крови кислородом, нормализовались показатели артериального давления, температуры тела и диуреза до $1,8 \pm 2,2$ мл/час, практически до нормы.

В результате применения в комплексной терапии плазмафереза у детей с ПОН отмечено снижение времени пребывания в отделении интенсивной терапии в среднем на $4,9 \pm 2,1$ койко-дня, снижение времени пребывания на ИВЛ в среднем на $3,6 \pm 0,5$ суток и снижение уровня летальности в среднем на $6,6 \pm 0,3\%$ от уровня общей летальности.

Эффективность применения плазмафереза при ПОН у детей оценивалась более быстрым снижением уровня ИЛ-6.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*М.Б. Алибекова, С.Р. Рахимова,
С.Р. Бабаджанова*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Введение. Одним из наиболее часто встречающихся факторов, обуславливающих прогрессирующее ухудшение состояния детей до фатального исхода при полиорганной недостаточности (ПОН) являются нарушения нервной системы, поражение ЦНС в виде вторичного менингоэнцефалита.

Цель исследования: изучение особенностей течения неврологических расстройств у детей раннего возраста с полиорганной недостаточностью.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 43 ребенка в возрасте от 3 месяцев до 1 года с полиорганной недостаточностью. У всех больных в патологический процесс было вовлечено поражение нервной системы. Среди обследованных детей было 24 (55,8%) мальчика и 19 (44,2%) девочек.

Всем больным проводили общеклиническое обследование, биохимические исследования крови, бактериологические исследования (мазок из зева), рентгенографию грудной клетки, ЭКГ, НСГ, по показаниям – ЭхоКГ, КТ-исследование. Все больные осматривались ЛОР-врачом, окулистом, невропатологом и нейрохирургом при первичном обследовании и в динамике. Диагноз «нарушение нервной системы» (вторичный менингоэнцефалит, инфекционно-токсическая энцефалопатия) выставлен после консультации невропатолога и данных лабораторно-инструментальных исследований.

Результаты исследования. Основными системами органов, вовлеченными в патологический

процесс, являлись дыхательная, сердечно-сосудистая, центральная нервная системы.

У 17 (39,5%) из 43 детей явления вторичного менингоэнцефалита присоединились к основному заболеванию на 5 день заболевания. У всех больных детей отмечались выраженная ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского. Наиболее часто встречающимися неврологическими нарушениями у этих больных были расстройства сознания различной степени выраженности. Расстройства сознания до коматозного уровня (от оглушения до глубокого сопора) выявились у 10 (85,5%), у 6 (35,3%) детей отмечались судороги клонико-тонического характера. Определяющим при оценке нарастания тяжести неврологических расстройств было углубление депрессии сознания с присоединением патологии глазодвигательных и бульбарных нервов. У 3 (17,6%) детей наблюдались глазодвигательные расстройства (косоглазие), у 5 (29,4%) – нарушение глотания. При спинномозговой пункции у всех больных давление спинномозговой жидкости было повышено, в ликворе – небольшое повышение содержания белка.

У 26 (60,5%) детей недостаточность центральной нервной системы проявлялась явлениями инфекционно-токсической энцефалопатии. Клинически у всех детей отмечались гипертермия, холодные конечности на фоне гипертермии, вегетативные расстройства в виде мраморности кожных покровов. У 5 (19,2%) детей отмечались судороги и их эквиваленты, сопор, кома. В периферической крови у всех выявлены низкое содержание эритроцитов, лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ ($21,1 \pm 1,5$ мм/ч).

Всем больным проводили комплексную этиопатогенетическую терапию. Симптоматическая терапия включала в себя инфузионно-детоксикационную, препараты, улучшающие реологические свойства крови, седативные препараты.

Таким образом, клиническая картина церебральных поражений при ПОН характеризуется сочетанием менингеальных и общемозговых симптомов. У большинства детей поражение центральной нервной системы проявлялось явлениями инфекционно-токсической энцефалопатии. В интенсивной терапии церебральных поражений следует предусматривать прежде всего лечение основного заболевания, эффективную антибактериальную, противовоспалительную, дезинтоксикационную с дегидратационной терапией со своевременной регидратацией, коррекцию ранних признаков осложнений, таких как отек мозга, что позволяет существенно повысить эффективность интенсивной терапии.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

М.Б. Алибекова, Г.Х. Исмаилова

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Введение. Проблема полиорганной недостаточности не утратила своей актуальности в настоящее время, особенно в плане лечения, в частности, для рациональной антибиотикотерапии.

Цель исследования: изучение микробиологического пейзажа при полиорганной недостаточности у детей с пневмонией.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 60 детей в возрасте от 3 мес. до 4 лет с пневмонией, осложненной полиорганной недостаточностью.

Всем больным проводились общеклиническое обследование, биохимические исследования крови, бактериологические исследования (мазок из зева).

Результаты и обсуждение. У 4 (6,7%) детей была очагово-сливная пневмония, у 18 (30%) – сегментарная и у 38 (63,3%) – полисегментарная форма пневмонии. По происхождению среди наблюдаемых больных у 38 (63,3%) установлена нозокомальная, у 22 (36,7%) – внебольничная пневмония.

Острая дыхательная недостаточность в сочетании с острой сердечной недостаточностью 2 степени отмечались у 22 (36,7%) детей, дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность в сочетании с инфекционно-токсической энцефалопатией разной степени – у 20 (33,3%) детей, сердечно-сосудистая недостаточность в сочетании с токсическим поражением печени, почек и вторичным энтероколитом с дисфункцией гастроинтестинальной системы – в 18 (30%) случаях.

При бактериологических исследованиях (микрочлора верхних дыхательных путей из зева) было обнаружено, что наиболее частыми возбудителями являлись грамотрицательные бактерии, среди которых лидирующее место занимает *Pseudomonas aeruginosa* (30%), ассоциации с другими микроорганизмами (*Pseudomonas aeruginosa* + *Staphylococcus aureus* или *Klebsiella pneumoniae*) в 15% случаев. Смешанная микрофлора в контаминации микрофлоры *Streptococcus pneumoniae* + *E.coli* + *Staphylococcus aureus* (10%) и *E.coli* + *Klebsiella pneumoniae* отмечалась в 19% случаев, *Streptococcus pneumoniae* – 27%, *Streptococcus Viridians* – в 9% случаев.

При анализе чувствительности к антибиотикам наибольшая чувствительность возбудителя *Pseudomonas aeruginosa* выявлена к меропенему (45), ципрофлоксацину (42), цефеперазону (31), амикацину (35). Наиболее выражена была устойчивость

к амоксиклаву (41). При сочетании *Pseudomonas aeruginosa* + *Staphylococcus aureus* наибольшая чувствительность отмечалась также к цефтриаксону (15), амикацину (13), ципрофлоксацину (12), цефепиму (18). При сочетании *Klebsiella pneumoniae* + *E.coli* эффективность антибактериальной активности составила у цефтриаксона 89% (17), амикацина – 34% (7). При *Streptococcus Viridians* эффективность антибактериальной активности составила у цефтриаксона – 86%, амикацина – 14%.

Таким образом, интенсивная терапия пневмонии, осложнившейся полиорганной недостаточностью, зависит не только от эмпирически подобранной антибактериальной терапии, но и с последующим этиологическим подбором антибиотика широкого спектра.

Этиологическим фактором пневмонии в наших исследованиях явилась в основном *Pseudomonas aeruginosa*, на втором месте – *Staphylococcus aureus*, на третьем – *Klebsiella pneumoniae*. Вся выделенная микрофлора более чувствительна к меропенему, ципрофлоксацину, цефалеперазону. Практически отсутствует чувствительность к амоксиклаву.

ПРЕИМУЩЕСТВА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

**А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков,
А.М. Зуфарханов**

Наманганский филиал РНЦЭМП

В Наманганском филиале РНЦЭМП за период с 2000 по 2021 г. находились 128 детей с подозрением на повреждение органов брюшной полости и забрюшинного пространства (ЗБП) при сочетанной травме. Мальчиков было 91 (71,1%), девочек – 37 (28,9%), в возрасте от 2 до 18 лет.

В первые часы от получения травмы поступили 77 (60,2%) детей, до 3 часов – 39 (30,5%), до 6 часов и более – 12 (9,3%).

При закрытой травме живота наиболее частыми причинами повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства были дорожно-транспортные происшествия – 57,8% (74 пострадавших). При изучении характера травмы было отмечено превалирование травм, полученных в результате удара тупым предметом, у 12 (9,4%) пациентов, при падении с высоты – у 26 (20,3%), а также травм спортивного характера – у 16 (12,5%).

Всем больным со скрытой клинической картиной травмы органов брюшной полости, с неопределённой ультразвуковой картиной и подозрением на повреждение внутренних органов, органов ЗБП выполнена диагностическая лапароскопия.

У 44 (34,4%) детей на этапах диагностической лапароскопии выявлены: повреждения печени (17), почек с забрюшинной гематомой (15) и повреждения поджелудочной железы (12), которые явились показанием к переходу на лапаротомию.

У трех больных с повреждением поджелудочной железы из-за развития посттравматического панкреатита была выполнена лапаротомия, ревизия, гемостаз ушибленной раны поджелудочной железы (ПЖЖ), санация и дренирование сальниковой сумки с формированием оментобурсостомы. Двухкратная программная ревизия, санация, некрсеквестрэктомия ПЖЖ, тампонада мазью «лево-меколь» выполнена у 2 детей, трехкратная – у 1, с последующим переходом на «закрытый» способ лечения. Для фракционного лаважа сальниковой сумки использовали раствор декосана. У 9 детей была выполнена лапароскопическая ревизия, панкреатоскопия, гемостаз капсулы ПЖЖ, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. Контрольно-динамическая лапароскопия потребовалась у трех пациентов.

У 17 (13,3%) пострадавших во время диагностической лапароскопии обнаружены разрывы селезенки с гемоперитонеумом более 300,0 мл, потребовавшие перехода на лапаротомию. При этом диатермокоагуляция капсулы селезенки с тампонадой прядью большого сальника выполнена 5 пострадавшим, спленэктомия – 12. У 38 (29,7%) больных с внутрибрюшным кровотечением до 200 мл выявлены надрывы капсулы и поверхностные разрывы селезенки глубиной до 0,5 см, фиксированные сгустками крови без продолжающегося кровотечения. Этим больным лапароскопия была завершена биполярной диатермокоагуляцией капсулы селезенки, санацией и дренированием брюшной полости. Процент конверсии при травме селезенки составил 30,9%.

У 13 (10,1%) детей при диагностической лапароскопии были отмечены: гематома брыжейки тонкой кишки, пряди большого сальника, ненапряженная забрюшинная гематома с сохранением целостности брюшины; лапароскопия завершена подведением контрольной дренажной трубки в малый таз. У 16 (12,5%) пострадавших при диагностической лапароскопии повреждения органов брюшной полости были исключены.

В нашем случае у 76 (59,4%) пострадавших лечебно-диагностическая лапароскопия позволила избежать лапаротомию, что дало возможность ограничиться лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости.

Таким образом, видеолaparоскопия является методом скрининга в комплексной диагностике повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства и позволяет не только решить весь спектр диагностических и тактических задач, но и производить окончательную остановку кровотечения с эндохирургическим сохранением органа.

БОЛАЛАРДА ЎТКИР АППЕНДИЦИТЛАРНИНГ ЙИРИНГЛИ АСОРАТЛАРИНИ ДАВОЛАШ

Д.А. Аскарлов, Н.И. Махмудов, С.С. Сайдалиев

РШТЁИМ Фарғона филиали

Маълумки, болаларда қорин парданинг йирингли яллиғланиши ўлимга сабаб бўлувчи оғир асоратлардан бири ҳисобланади. Болалар жарроҳлиги йўналишида ўткир аппендицитни даволашга бағишланган жуда кўп адабиётлар чоп этилиши ва илмий изланишлар олиб борилганига қарамасдан, ўткир аппендицитда йирингли асоратлар оқибати долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Шу боис, ушбу муаммога бағишланган, шифохоналарда йирингли нозокомиал инфекцияларнинг олдини олишга ижобий таъсир этувчи, самарали усулларни татиқ этиш ва уларни натижаларини таҳлил қилиш катта амалий аҳамият касб этади.

Нозокомиал инфекцияларнинг олдини олишга қаратилган усулларни ва уларнинг натижаларини таҳлил этиш мақсадида 2017–2021 йиллар давомида РШТЁИМФФ болалар жарроҳлик бўлимида даволанган беморларнинг касаллик тарихи баённомалари таҳлил қилинди. Жумладан, жами даволанган 3173 та бемордан 841 нафари (26,5 %) ўткир аппендицит билан даволанган. 116 та (13,7%) ҳолларда ўткир аппендицитнинг йирингли перитонит билан асоратланиши кузатилган. Шулардан 17 таси (14,6%)да тарқалган йирингли перитонит, 99 тасида (85,3%) маҳаллий перитонит ташхиси қўйилган. Жинси бўйича касаллик тарихи баённомалари таҳлил қилинганда ўғил болалар сони 511 тани (60,7%), қиз болалар сони эса 330 тани (39,3 %) ташкил этди.

Беморларга стандарт бўйича барча инструментал ва клиник-биокимёвий лаборатор текширувлар ўтказилган. Касаллик тарихи баённомаларининг анамнезлари таҳлили шуни кўрсатадики, ўткир аппендицитлардаги йирингли асоратлар организмнинг реактивлигига боғлиқ экан. Яъни организмнинг реактивлиги қанча паст бўлса, йирингли асоратланишлар шунчага ортган. Беморларнинг анамнезида тез-тез соматик касалликлар билан оғриши, ёшлигидан сунъий овқатланишда бўлганликлари аниқланди. Жами 7 та аппендикуляр омилли перитонит бўлган беморларга йирингли асоратларни даволаш ва нозокомиал инфекцияларнинг олдини олиш мақсадида эндолимфатик терапия С.Р.Раҳимов усулида қўлланилган. Операция вақтида микроиригатор ингичка ичак тутқичининг қон-томирлари кам жойга висцерал варақлари орасига қўйилади ва ичак тутқичига кетгуд чоклар билан мустаҳкамланади. Катетернинг бош қисми алоҳида кесма орқали қорин бўшлиғидан чиқарилади. Операция тугаши арафасида катетер орқали лимфатроп антибиотикотерапия лимфостимулятор иштирокида бошланади. Ўткир перитонитнинг реактив ва токсик фазасида марказий лимфа ҳажми катталашади, терминал фазасида эса кичраяди. Бу эса организмнинг интоксикациясига, лимфа томирлари ва тугунларининг токсинлар ҳамда детритлар билан блоканиб қолишига, қорин бўшлиғи органлари ва томирларининг иннервациясини бузилишга боғлиқ. Шунинг учун бу бузилишларни коррекция қилиш, интерстициал шиш, лимфа маҳсулотлари ва марказий лимфа оқимини кучайтириш мақсадида лимфостимулятор юборилади. Лимфостимулятор сифатида глюкоза 5 % 5 мл – новокаин 0,25 % – 5 мл 1:1 нисбатда, лидаза 4 мг/кг (0,5 ЕД/кг), гепарин (80 ЕД/кг), маннит (2,5 мл/кг) қўлланилди.

Бу беморларда жароҳатнинг бирламчи битиши ва периферик қон кўрсаткичларининг жадал нормаллашуви яққол аниқланди. Ўрин-жой кўрсаткичи 7,2 кундан 5,3 кунгача камайди.

Шундай қилиб, бизнинг хулосалар бўйича, болаларда ўткир аппендицитнинг йирингли асоратларини комплекс даволаш билан бир қаторда эндолимфатик усулда антибактериал препаратларни организмга юборишни қўллаш самарали усул ҳисобланади. Бу усулни қўллаш нозокомиал инфекцияни профилактика қилиб, периферик қон кўрсаткичларининг тез орада нормаллашуви, жароҳатнинг бирламчи битишига ва ўртача ўрин-жойнинг 1,9 кунга камайишига олиб келади.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ СКЕЛЕТНОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*Э.Ю. Валиев, Ф.А. Машарипов, Н.Н. Толипов,
Р.А. Шералиев*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования: показать организационные особенности экстренной медицинской помощи у детей при множественной скелетной и сочетанной травме.

Материал и методы. В 2019-2022 гг. в РНЦЭМП поступили 182 ребенка с множественной скелетной и сочетанной травмой. Из общего числа пострадавших лишь 24 (13,2%) были доставлены скорой медицинской помощью, остальные 158 (86,2%) поступили самотеком. Среди поступивших детей мальчиков было 141 (77,5%), девочек – 41 (22,5%). Около 80% детей доставлено в течение «золотого часа», что имело важное значение для своевременного проведения лечебно-диагностических мероприятий. Остальные 20% были доставлены спустя два часа и более, а также поступили переводом из других лечебно-профилактических учреждений. Среди причин сочетанных травм у детей первое

место занимали дорожно-транспортные происшествия – 145 больных (80%), второе – кататравмы – 23 ребенка (13%), на третьем месте была бытовая травма – 12 детей (7%).

Анализ характера травмы поступивших пациентов показал, что у 97,5% травма сопровождалась черепно-мозговой травмой (ЧМТ) различной степени тяжести: ЧМТ легкой степени тяжести имела место у 57 %, средней тяжести – у 25,5 %, тяжелой степени – у 15%. ЧМТ + травма опорно-двигательного аппарата отмечались у 136 (74,7% детей); ЧМТ + травма опорно-двигательного аппарата + повреждение органов брюшной полости и забрюшинного пространства – у 18 (9,9%); ЧМТ + травма груди + травма опорно-двигательного аппарата – у 11 (6%); ЧМТ + травма груди + травма опорно-двигательного аппарата + повреждение органов брюшной полости – у 10 (5,5%); травма опорно-двигательного аппарата + травма груди + повреждение органов брюшной полости – у 7 (3,9%).

Результаты и обсуждение. Организация экстренной медицинской помощи у детей при множественной и скелетной травме имеет свои особенности, которые состоят в следующем. При поступлении в приемное отделение проводят осмотр смежными специалистами под руководством шокового хирурга, осуществляется строгий хронометраж времени каждой процедуры. С учетом специфики повреждений первоначально у пострадавшего поврежденные сегменты конечностей иммобилизованы шинами, в последующем проводили клинико-лабораторное, рентгенологическое обследование, ультразвуковое исследование, компьютерное томографическое исследование. Рентгенологическое обследование проводили на месте в шоковой палате. Ультразвуковое исследование проводили по принципу FAST (focused assessment with sonography in Trauma), направленному на выявление свободной жидкости в брюшной, плевральной и перикардиальной полости, а также пневмоторакса. Компьютерное томографическое (КТ) исследование всего тела всё чаще используется в качестве основного инструмента визуализации у пострадавших с политравмой. При гемодинамических стабильных пострадавших комплексная КТ головы и тела у пациентов с множественной скелетной и сочетанной травмой проводили сразу после первично оказанной медицинской помощи, и она является возможным и эффективным методом диагностики для такого профиля пациентов. После проведения стандартных диагностических мероприятий пострадавших разделили на 4 группы по тяжести общего состояния: стабильные; пограничные; нестабильные; критические.

У пострадавших, состояние которых оценено как стабильное и пограничное, после интенсивной терапии применяли тактику Early Total Care – ЕТС (немедленная тотальная помощь), которая для па-

циентов травматологического профиля предполагает выполнение окончательного остеосинтеза в течение 24 часов после травмы. По мере стабилизации гемодинамических показателей производили окончательный остеосинтез методом закрытого интрамедуллярного малоинвазивного остеосинтеза с эластичными стержнями; так как остеосинтез представлял собой элемент противошоковой терапии, то он при стабилизации состояния пациента своей целью имеет восстановление анатомии и функции поврежденных сегментов. У пострадавших с политравмой в нестабильном и критическом состоянии применяли тактику Damage Control (контроль повреждений) с приоритетной неотложной и срочной хирургией органов брюшной и грудной полостей, головного мозга. Травматологическая помощь состояла из выполнения противошоковых мероприятий в виде стабилизации переломов, прекращения кровотечения при переломах тазовых костей, исключения болевой импульсации при выполнении лечебно-диагностических манипуляций. На этапе реализации программы Damage Control выполняли остеосинтез в сроки минимального риска развития тяжелых осложнений травматической болезни. Приоритетной технологией данного этапа являлся малоинвазивный остеосинтез – закрытый интрамедуллярный остеосинтез штифтом или эластичными стержнями, в зависимости от возраста ребенка. По данным анализа хирургических вмешательств по оказанию специализированной медицинской помощи при множественной скелетной и сочетанной травме за 2019-2022 годы, в отделении детской травматологии и отделениях хирургии повреждений детского возраста с нейрохирургией РНЦЭМП современные инновационные технологии малоинвазивного интрамедуллярного остеосинтеза применялись более чем в 80% случаев.

Таким образом, правильная организация оказания экстренной специализированной помощи детям с множественными скелетными и сочетанными травмами на этапе госпитализации гарантирует эффективность, адекватность всех лечебно-диагностических мероприятий и квалифицированное выполнение их на всех этапах службы экстренной медицинской помощи.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЕРМИЧЕСКУЮ ТРАВМУ: ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

А.В. Глуткин, Н.А. Бондаренко

**Гродненский государственный медицинский
университет, Гродно, Беларусь**

Медицинская реабилитация детей, получивших термическую травму, является многогранной, и ее можно разделить на несколько этапов: первый этап начинается непосредственно в стационаре с первого дня госпитализации пациента (местное и общее

лечение, лечебная физкультура, позиционирование функциональных участков тела и т.д.). Второй этап – консервативная реабилитация (пациенты уже в стадии реконвалесценции, терапия направлена на интенсивную профилактику рубцовых изменений кожи). Третий этап реабилитации заключается в хирургической коррекции постожоговых контрактур (реконструктивно-восстановительные операции).

Цель: провести анализ методов медицинской реабилитации детей, перенесших термическую травму.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 820 историй болезней детей с термическими поражениями, находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной детской клинической больнице за период 2013-2021 гг.

Результаты. За данный период госпитализировано 820 пациентов с термической травмой, из них 74% госпитализировано в отделение экстренной хирургии, а 26% – в отделение реанимации, с признаками ожогового шока. На этапе стационарного оказания помощи всем пациентам проводилось лечение, согласно клиническому протоколу лечения термической травмы Министерства здравоохранения Республики Беларусь. При местном лечении использовались раневые покрытия (атравматические, сорбционные, антимикробные, гидроколлоидные и др.), применялись медицинские изделия на основе высокомолекулярного соединения, относящиеся к коллагену I типа, в виде порошка, геля, мембран. Для профилактики образования рубцов в период перевязок на конечностях при дермальных поражениях выполнялось бинтование самофиксирующимися бинтами, что позволяло уменьшить отек тканей и разрастание патологических рубцов. При поражениях функциональных участков тела проводилось позиционирование, начиная с 3-4- суток. При выписке все пациенты осматривались, а затем через 3 недели и в зависимости от состояния кожи оценка рубцовых изменений проводилась с использованием модифицированной шкалы modification Vancouver Scar Scale (mVSS), составлялась программа медицинской реабилитации. В течение первых 3-х недель пациенты использовали для увлажнения и питания кожи эмоленты (заполняли анкету по оценке состояния кожи). При выписке из отделения у детей во всех группах отмечалась сухость кожи в областях поражения, которая составляла 3 (2; 2) балла без достоверной разницы между группами, $p > 0,05$. Через 4 недели после использования в 1-й группе сухость кожных покровов составила 2 (1; 2) балла, во 2-й группе – 1 (0; 2), $p < 0,02$. Снижение сухости отмечалось внутри каждой группы: в 1-й – с 3 (2; 3) до 2 (1; 2) баллов, $p < 0,0001$, а во 2-й группе – с 3 (2; 3) до 1 (0; 2) балла, $p < 0,0001$.

При наличии кожного зуда использовали мази, содержащие бетаметазон (нанесение на кожу в

виде штрихпунктирных линий). Ограничивали ультрафиолетовые инсоляции на область рубцов в течение года. Использовали солнцезащитные кремы (SPF<50) в течение года. Применяли ношение компрессионного трикотажа, бинтование областей поражения когезивными бинтами или эластичными. Медицинский силикон – на область рубцов (на область лица, шеи, кистей – гелевые формы или пластыри, на остальные участки – пластины; используются под компрессионное белье) или гидрогелевые повязки с содержанием воды более 90%. При наличии повреждений на функциональных участках тела: ЛФК – ежедневно, до получения полного восстановления функций. Корректирующие лангеты – по показаниям (постоянно или только на ночь). Магнитотерапия или биоптрон № 5 – на область рубцов. Электрофорез с ферментативными препаратами (ферменкол) № 10 – на область рубцов. Ультразвук – на область рубцов, № 10, с гидрокортизоновой мазью. При сохраняющихся рубцах применяли микронидлинг. В начале лечения у пациентов интенсивность зуда была 7-9 баллов, имелись нарушения сна, появление рубцов по mVSS оценивалось в 8-10 баллов. У пациентов после 3-х месяцев терапии субъективные и объективные показатели рубцового процесса были значительно лучше. После проведения микронидлинга через месяц интенсивность зуда снизилась до 2-4 баллов, нормализация сна отмечалась у всех пациентов. Объективно внешний вид рубцовоизмененных тканей у пациентов составил 3-4 балла, согласно mVSS. Особенно быстро произошло снижение высоты и мобильности рубцовой ткани, соответственно ее плотности и гиперпигментации.

Таким образом, наши данные показывают эффективность индивидуальной программы реабилитации ожоговых пациентов, включающей в себя использование комплекса средств, а главное – расположенность доктора заниматься данным контингентом пациентов.

БОЛАЛАР НАФАС ЙЎЛЛАРИДАН ЁТ ЖИСМЛАРНИ ОЛИШДА ДАВОЛАШ- ДИАГНОСТИК БРОНХОСКОПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

*Исроилов Ш.Ш., Абдувалиева Ч.М., Халилов Ш.К.,
Усмонов Ш.М., Кадиоров К.З.*

**Республика шошишинч тиббий ёрдам илмий
маркази Андижон филиали,
Андижон давлат тиббиёт институти**

Долзарблиги. Ёш болалардаги нафас йўлларидаги ёт жисм аспирацияси кўп учрайди. Бу ҳар хил муаллифларнинг маълумотларига кўра барча аспирациянинг 80–97% ини ташкил қилади. Нафас йўлларидаги ёт жисм натижасида аспирация бўлган болаларнинг кўпчилигини (68–93%) 5 ёшгача бўлган болалар ташкил қилади. Нафас

йўлларидаги ёт жисм ҳар хил муаллифларнинг маълумотларига кўра ўнг ўпкага тушади. Бу нафас йўллари тузилишининг анатомо-физиологик хусусиятларига боғлиқ.

Мақсад. Болаларда ҳар хил жойлашган ёт жисмларни даволашни яхшилаш.

Текшириш материаллари ва усуллари. Клиник текширувлар РШТЁИМ АФ болалар жарроҳлиги бўлимида 2015–2021 йилларда ошқозон-ичак йўллари ва нафас йўллари ёт жисмлари ташхиси билан даволанган 0 ёшдан 18 ёшгача бўлган 170 нафар болада олиб борилди.

Текширув натижалари ва муҳокамаси. Барча бемор болалар шифохонамизга шошилиш тартибда ётқизилган бўлиб, улардан 65 нафари ўғил бола, 105 нафари қиз бола. Ёши бўйича 0–3 ёшгача 135 нафари (79,5%), 4 ёшдан 7 ёшгача 22 (12,9%), 8 ёшдан 12 ёшгача 7 (4,1%) ва 13 ёшдан 18 ёшгача 6 нафар (3,5%)ни ташкил қилди. Ёт жисмларни характери бўйича 36 нафар беморда органик, 134 нафарида ноорганик ёт жисмлар учради.

Ёт жисмларнинг жойлашиши бўйича 14 нафар беморда халқумда, 16 нафари трахеяда, 54 нафари чап бронхда, ўнг бронхда 86 нафар эканлиги аниқланди. Ёт жисмларнинг асорати бўйича 134 нафар беморда асоратланмаган ва 36 нафар беморда асоратланган турлар аниқланди. Асоратнинг тури бўйича ўткир асоратлар: зотилжам – 14 нафар беморда, ателектаз – 5 та, пневмоторакс – 4 та, тўш оралиқ эмфиземаси – 6 та беморда, сурункали асоратлар: бронхоэктазия – 4 та ва абсцесс – 3 та бемор болаларда учради. Бу беморларга ташхис қўйишда даволовчи-диагностик бронхоскопиянинг роли катта бўлди. Беморларнинг кўпчилиги – 138 нафарида ёт жисм тушгандан сўнг 1–2 кунларида мурожаат қилишиб, бу беморларда ҳар хил асоратларнинг олди олинди. 27 нафар бемор 1 ойгача бўлган муддатда, 3 нафар бемор 1 йилгача бўлган муддатда, ҳар хил асоратлар билан, ёт жисмга гумон қилиниб ётқизилди ва бронхоскопия вақтида ташхис қўйилди. 1 нафар беморда ёт жисмга хос бўлган клиник белгилар доимий кузатилиб, узоқ вақт даволангандан сўнг мурожаат қилишган ва туғма хасталик: биттасида туғма чап бронхнинг торлиги аниқланди. Бир нафар беморда ёт жисм ўнг бронхда (ручка пружинаси) 3 йилдан сўнг аниқланиб, бу бемор бир неча маротаба болалар шифохоналарида, охирида болалар сил хасталиклари шифохонасида даволанган. Барча кеч мурожаат қилган беморларда ҳар хил асоратлар ривожланиб, бир неча маротабадан болалар шифохонасида зотилжам ташхиси билан даволанганлиги аниқланди.

Беморлар бронхоскопия қилинганда 159 нафар беморда биринчи уринишда ёт жисм олинган, 11 нафарида қайта бронхоскопия қилиниб олинган. Даволаш бронхоскопия вақтидаги асоратлар: 24 нафар беморда бронхоспазм кузатилиб, ўз вақтида бартарф қилинди, бу, айниқса, кичик ёш-

даги болаларда кузатилди, барча бронхоскопия қилинган беморларда бронхларни тозалаш, антибиотик ва ферментлар ёрдамида ювиш билан яқунланди. Қон кетиш 1 нафар беморда кузатилиб, бу бемор жуда кеч, эндобронхит ҳосил бўлгандан сўнг мурожаат қилган ва ҳолат ўлим билан яқунланди.

Хулоса. Болалар нафас йўлларида ёт жисмларни олишда диагностик-даволаш бронхоскопиясининг роли каттадир. Беморлар қанчалик эрта мурожаат қилишса, асоратлар шунча кам бўлиши мумкин.

ПЕРКУТАННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Р.Ж. Ишқобулов, А.М. Норкулов

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Переломы верхнего отдела бедра у детей наблюдаются в 1% больных среди переломов костей, и в 15% среди переломов бедренной кости. Имеются сведения о том, что переломы шейки бедренной кости у детей до 7 лет встречаются наиболее редко. Лечение проводилось в основном консервативным путем. Срок скелетного вытяжения – длительный, от 1,0 до 1,5 месяца. Изучив отдаленные результаты открытого остеосинтеза, выяснили, что в большинстве случаев наблюдали такие осложнения, как асептический некроз головки бедренной кости или несросшегося перелома. В этих случаях положительный успех был достигнут путем длительного, упорного физиофункционального лечения, с соблюдением ортопедического режима.

Цель исследования: определить методику перкутанного остеосинтеза при лечении переломов шейки бедренной кости у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 62 больных ребенка, поступивших в отделение в 2019–2022 гг., из них в возрасте от 3–6 лет было 8 больных (12,9%), 7–11 лет – 21 (33,9%) больной, 12 лет и старше – 33 (53,2%) больных. Мальчиков было 29 (46,7%), девочек – 33 (45,7%).

Результаты исследования. У большинства детей наблюдалась бытовая травма (80,8%), у 19,2% – травма в результате дорожно-транспортного происшествия. 58 (93,58%) детей поступили со свежей травмой, 4 (6,4%) – в застарелом периоде. У всех больных на рентгенограммах мы выявили явные клинические симптомы, характерные для данной локализации, и смещение костных отломков. 21 больного мы лечили лейкопластырным (до 4-летнего возраста), скелетным вытяжением по общепринятой методике. Остальных больных лечили двумя способами: 1 ребенка – открытым сопоставлением костных отломков, 3 детей – фиксацией спицами, 2 – фиксацией шурупами; 2 – перкутан-

ным остеосинтезом (3, 4 спицы) шейки бедра, с последующей гипсовой иммобилизацией. Лечение в стационаре начали с обезбоживания места перелома и наложением скелетного вытяжения на стандартной шине, со средним отведением конечности. Убедившись в сопоставлении костных отломков на скелетном вытяжении по результатам контрольных рентгенограмм, мы выполняли перкутанный остеосинтез.

Методика способа. Перкутанный остеосинтез выполняется на фоне скелетного вытяжения, под общим внутривенным обезболиванием. На коже передней поверхности тазобедренного сустава определяется точка, соответствующая проекции шейки бедра. Эта точка определяется путем нанесения прерывистой линии раствором бриллиантовой зелени по ходу паховой связки и по пульсации бедренной артерии. Спустившись вниз на 2-3 см и латеральнее кнаружи на 3 см от пульсации артерии, определяли точку. По этой точке вертикально вводили спицу Киршнера, концом которой «прощупывали» медиальные и латеральные края шейки бедра. Определенная точка служила ориентиром для закрытого проведения спиц через шейку бедра. Надколенник устанавливали в середине, через подвертельную область чрескожно, с учетом анатомии шейки бедра (150 от горизонтальной плоскости), вводили спицы количеством 3-4. Делали рентген-контроль, под которым корректировали глубину введения спиц. Загнутые концы под углом 90° погружали под кожу. Проводили наружную иммобилизацию таза бедренной гипсовой повязкой, со сроком на 1-1,5 месяца. Через 2-2,5 месяца началось физиофункциональное лечение. Разрешалась ходьба на костылях, сроком до 4-5 месяцев от начала лечения, с постепенной нагрузкой на оперированную конечность.

Выводы. Описанная нами методика успешно применена у 41 больного ребенка. Костные отломки стабильно удерживаются до полного костного сращения спицами. Осложнений по течению репаративной регенерации, по нахождению спиц в кости, мы не наблюдали. Длительность пребывания больных в стационаре составила в среднем 10-12 дней.

ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ, ОСЛОЖНЕННЫЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, У ДЕТЕЙ

И.О. Каландаров, А.К. Назаров, Ш.Б. Юсупов, К. Тангриберганов

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

Наиболее частой аномалией нарушения эмбрионального регресса желточного протока является дивертикул Меккеля (ДМ). За 2 года (2018-2020 гг.) в Хорезмском областном филиале РНЦЭМП в отделении детской хирургии оперированы 18 детей с патологией дивертикула Меккеля.

Порок манифестировал одинаково часто и в раннем возрасте, и после 3 лет: до 1 года – у 7 детей, от 1 года до 3 лет – у 8 детей, старше 3 лет – у 3 пациентов.

Материалы и методы. На основании клинической картины и макроскопических патологоанатомических изменений можно выделить 2 ведущие группы заболеваний, обусловленных наличием у ребенка дивертикула Меккеля: 1) непроходимость кишечника диагностирована у 15 (83%) детей, чаще возникала инвагинация кишечника (7), несколько реже – острая странгуляционная кишечная непроходимость кишечника (6) и хроническая рецидивирующая непроходимость кишечника (2) на почве эмбрионального тяжа, фиксирующего вершину дивертикула к передней брюшной стенке или к брыжейке тонкой кишки; 2) дивертикулит выявлен у 3 (17%) детей, из них в 3 случаях имела гангренозно-перфоративная форма дивертикулита, осложненная перитонитом.

Результаты. При инвагинации кишечника ДМ вызывает более жесткое ущемление внутреннего цилиндра, что является причиной безуспешной консервативной дезинвагинации, а также способствует развитию некроза кишки. В большинстве случаев это потребовало резекции кишки с наложением анастомоза «конец в конец» в 12 случаях, при наличии перитонита формирования двойной илеостомы с отсроченным межкишечным анастомозом.

Оперативное вмешательство по поводу странгуляционной, хронической рецидивирующей кишечной непроходимости включало отсечение фиброзного тяжа в непроходимость кишечника, а в 5 случаях – декомпрессию приводящего отдела тонкой кишки, пристеночную или клиновидную резекцию дивертикулом Меккеля в 11 случаях.

Вывод. Таким образом, ранняя диагностика и плановое удаление интактного дивертикула Меккеля позволяют избежать угрожающего жизни осложнения кишечной непроходимости у детей.

ЗАКРЫТЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ У ДЕТЕЙ

Ш.Т. Каримбоев, Л.Д. Маллабоев, И.П. Назаров

Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Чрезмыщелковые переломы в структуре переломов дистального метаэпифиза плечевой кости у детей занимают лидирующие позиции. Сложность строения локтевого сустава, внутрисуставной характер перелома, возможные неврологические осложнения, формирование посттравматических деформаций обуславливают высокие требования к восстановлению анатомии и конгруэнтности суставных поверхностей при лечении данного вида травмы.

Целью работы явилось выявление особенностей техники оперативного вмешательства закрытого остеосинтеза у детей при чрезмыщелковых переломах плечевой кости со смещением отломков.

Материал и методы. В отделении хирургии детских повреждений Наманганского филиала РНЦЭМП с 2018 по 2021 г. находился 71 ребенок с закрытым чрезмыщелковым переломом плечевой кости, со смещением отломков. Экстензионные переломы преобладали над флексионными, что составило 90,1% (64 больных) и 9,9% (7) соответственно. В группе исследуемых пациентов ротационный компонент смещения встречался у 55 детей (77,5%). У большинства пострадавших дистальный метаэпифиз плечевой кости в поперечном размере был расширен, а в переднезаднем – резко уплощен. Даже при небольшой взаимной ротации отломков возникало существенное несовпадение плоскостей излома, создающее весьма неустойчивое положение костных фрагментов.

Тактика лечения складывалась в операции по срочным показаниям, сразу при поступлении ребенка в отделение. В условиях операционной, под контролем рентгеновского аппарата с электронно-оптическим преобразователем (ЭОП), всем больным выполняли закрытую ручную репозицию с устранением всех видов смещения, особое внимание уделяли устранению ротации. После достижения удовлетворительного стояния отломков выполняли чрескожный, перекрестный металло-остеосинтез спицами Киршнера из латерального и медиального доступов. По завершению операции концы спиц погружались под кожу. Имобилизация гипсовой лонгетой в среднем составляла 3 недели. Условием стабильного остеосинтеза являлись захват достаточной области проксимального отломка и обязательное прохождение кортикального слоя проксимального фрагмента, но не более 5 мм. У детей старше 5 лет остеосинтез только двумя спицами Киршнера являлся недостаточным, поэтому мы использовали аппарат Илизарова. При контрольной рентгенографии смещение костных отломков не наблюдалось. Осложнений, связанных с оперативными вмешательствами, не наблюдалось. Средний койко-день составил 3 дня.

Заключение. Операция должна выполняться в кратчайшие сроки после получения травмы, до нарастания значительного отека. Это облегчает техническое выполнение вмешательства и снижает риск развития осложнений, таких как нарушение периферического кровообращения, невриты и парезы нервов. Соблюдение данных условий позволяет свести к минимуму развитие послеоперационных осложнений.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ССМП ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ Г. СЕМЕЙ И СЕМЕЙСКОГО РЕГИОНА

В.В. Ли, Г.Т. Мансурова, Н.Ш. Пронина

ССМП, г. Семей

Одним из приоритетов Послания Президента к народу Казахстана «Казахстан – 2030», а также Государственной программы является стратегия страны, направленная на повышение благосостояния и улучшения здоровья детского населения, основные задачи которой – предотвращение заболеваемости, снижение младенческой смертности и здоровый образ жизни. Необходимость в организации педиатрических бригад диктуется тем, что удельный вес вызовов к детям колеблется в пределах 25-30% от числа всех вызовов. На станции для своевременного оказания скорой медицинской помощи детскому населению (ССМП) г. Семей организованы 6 педиатрических бригад, 4 врачебных и 2 фельдшерских. Бригады оснащены всем необходимым медицинским оборудованием и лекарственными средствами для оказания экстренной помощи и поддержания жизнедеятельности больных и пострадавших детей на догоспитальном этапе. Все вызовы к детям поступают в оперативный отдел (Call-центр) и передаются непосредственно бригадам на коммуникаторы или по рации.

С 2020 года отмечается рост обращений детского населения за экстренной медицинской помощью. Так, в 2020 году всего обращений было 53561, в 2021 году – 69101, что составило в 2020 году – 535 обращений, в 2021 – 691 на 1000 населения.

Из общего количества вызовов врачами-педиатрами обслужено: в 2020 году – 13261, в 2021 году – 19306 вызовов.

На первом месте по обращаемости за скорой медицинской помощью являются заболевания органов дыхания: в 2020 году – 24639 (46,0%), в 2021 году – 33583 (48,5%).

На втором месте по частоте обращений – органы пищеварения: в 2020 году – 6704 (12,5%), в 2021 году – 8191 (11,8%).

На третьем месте – несчастные случаи и травмы: в 2020 году – 6047 (11,2%), в 2021 году – 6628 (9,5%).

По многолетним данным, из общего числа детских вызовов доставлены в стационары 45% детей. Наибольший процент доставляемых в стационар детей отмечается в группе хирургических заболеваний в 14%, несчастных случаев – в 11,3%. Среди данных заболеваний за 2 года процент доставки увеличился от 20% до 25%, по остальным нозологическим формам процент госпитализации остается на прежнем уровне.

В последние годы отмечается рост числа вызовов с летальным исходом: в 2020 г. – 14, в 2021

году – 22. Показатель смертности в присутствии бригад скорой помощи составил в 2020 г. 0,002%, в 2022 г. – 0,001% от общего количества умерших детей, остальные умерли до приезда бригад скорой помощи.

Причинами смерти в присутствии бригад скорой помощи являются: в 2020 году – 1 случай с диагнозом «отек головного мозга», а в 2021 году – 1 случай – с утоплением.

Причинами смерти до приезда бригад скорой медицинской помощи преимущественно являются травмы, отравления и несчастные случаи.

Деятельность службы скорой медицинской помощи тесно связана с амбулаторно-поликлинической службой, что следует из данных представленного анализа. Все активы в поликлинику передаются автоматически, 100%, и в 2021 году этот показатель также 100% от общего количества вызовов. Дети, оставленные дома, заслуживающие внимания, дополнительно передаются в поликлинику для дальнейшего наблюдения семейного врача или участкового педиатра, что повлияло на снижение количества вызовов к тяжелым случаям среди детского населения.

Таким образом, из вышесказанного следует, что на ССМП проводится большая работа по оказанию экстренной медицинской помощи по поводу остро возникших заболеваний и состояний детскому населению г. Семей и Семейского региона, результатом которой является снижение числа доставленных в стационар больных детей, которым было отказано в госпитализации, улучшение и стабильность преемственности в работе с амбулаторно-поликлинической службой. Сохранение профильности педиатрических бригад в условиях реформирования службы скорой помощи остается необходимым условием качественного оказания экстренной медицинской помощи детскому населению.

БОЛАЛАРДА ИЧАК АНАСТОМОЗЛАРИ ОПЕРАЦИЯСИДАН СЎНГГИ ДАВРДА ЭНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНТИРИШНИНГ АҲАМИЯТИ

*Мавлянов Ф.Ш., Улуғмуратов А.А.,
Нормуродов Д.К.*

**Республика шошилич тиббий ёрдам илмий
маркази Самарқанд филиали,
Самарқанд давлат тиббиёт университети**

Ишнинг долзарблиги. Болалар шошилич абдоминал хирургиясида ичак тутилиши билан стационарга мурожаат этиши барча хирургик касалликларнинг 5–10 % ини ташкил этади. Ичак тутилиши билан кеч шифохонага мурожаат этиш ичакларнинг некрозга учрашини келтириб чиқаради ва бундай ҳолатларда ичаклар резекция қилиниб, ичакларда турли усулларда анасто-

мозлар қўлланилишига олиб келади. Шошилич ҳолатларда, бундан ташқари, бемор кўп вақт давомида ҳасталаниб қусиши, унинг ҳолсизланиб қолиши организмдаги микроэлементларнинг камайиб кетишига сабаб булади, бу ҳолатлар ичак анастомозларидан кейинги асоратлар ривожланиши сабабларидан ҳисобланади. Операциядан кейинги даврда ичак анастомозларининг етишмаслиги натижасида перитонитлар ривожланиши анча салбий ҳолатдир. Ичак анастомозларидан сўнг самарали ва адекват ичак интубацияси асоратларнинг келиб чиқиши камайтирадиган муҳим омиллардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ишнинг мақсади. Болаларда операциядан сўнгги даврда анастомоз етишмовчилигининг олдини олиш.

Материал ва услублар. Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали шошилич болалар хирургияси бўлимида 2015–2021 йилларда ичак тутилиши ташхиси билан 58 нафар беморда бирламчи ичак анастомозлари қўйилди, шулардан 17 нафарида охирма-охир анастомоз шакллантирилди, 32 нафар беморда анастомоз учма-ён ҳамда 9 та беморда ёнма-ён анастомозлари қўйилди. Ингичка ичак билан кўтарилиувчи чамбар ичаклар ўртасида 18 беморда анастомоз амалга оширилган бўлса, 40 нафар беморда илеотрансверзо анастомоз бажарилди. Охирма-охир анастомоз қўйилган беморларнинг 8 нафарида ичак интубацияси аппендикостома орқали амалга оширилган бўлса, 38 беморда назоинтестинал интубация бажарилди. 12 нафар беморда ичаклар декомпрессияси меъдани зондлаш ва газ чиқарувчи най ўрнатиш билан ўтказилди.

Натижалар. Операциядан сўнгги даврда аппендикостома қўйилган 35 % беморда эрта энтерал озиқлантириш бошланганда қорин дам бўлиши кузатилди. Меъдани зондлаш ва газ чиқарувчи най ўрнатилган 50–60% беморларда ичаклар фалажи 2–3 даражаси кузатилди. Бу гуруҳлардаги беморларда анастомозлардан кейинги эрта асоратлардан 2 беморда анастомоз етишмаслиги аниқланди. Назоинтестинал интубацияси бажарилган беморларда эрта озиқлантириш бошланганда ичак фалажи, қорин дам бўлиши ва анастомоз етишмаслиги кузатилмади.

Хулосалар. Ичаклар декомпрессияси мақсадида назоинтестинал интубациясини қўллаш ичаклар фалажи, эрта битишмали ичак тутилиши ва перитонит каби асоратлар сонини камайитиришга олиб келди. Ундан ташқари, беморларни эрта энтерал озиқлантириш беморлар умумий аҳволининг эрта тикланишига омил бўлди.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

К.Э. Махкамов, С.Т. Насимов, М.К. Махкамов

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Черепно-мозговая травма у детей является наиболее распространенным видом травмы, встречается чаще, чем у взрослых, и, по данным различных авторов, составляет 25-71% от всех госпитализированных.

В структуре смертности детей ведущее место занимают несчастные случаи, среди которых черепно-мозговые повреждения составляют 32-57,9% и у 10% детей являются основной причиной смерти. 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.

Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей клинического течения тяжелой ЧМТ у детей первого года жизни.

За период 2016-2022 гг. в отделении нейрохирургии детского возраста РНЦЭМП пролечено 172 больных ребенка первого года жизни с тяжелой ЧМТ.

В первые 6 ч после травмы госпитализированы 86 ребенка, спустя 1-3 сут. – 52, 3-10 сут. – 26 и 10-14 сут. – 8. У 116 детей была закрытая, у 48 – открытая непроникающая и у 8 – открытая проникающая ЧМТ. Ушибы головного мозга тяжелой степени были у 53 детей, а у 119 детей наблюдался ушиб головного мозга средней тяжести. Из них у 41 – ушиб со сдавлением головного мозга.

Диффузных аксональных повреждений в этом возрасте мы не наблюдали. Перелом свода черепа был у 124 детей (72,1%), основания черепа – у 48 (27,9%). У 82 детей ушибы мозга сопровождались субарахноидальным кровоизлиянием. Внутричерепная гематома и гидрома диагностированы у 42 детей, у 48 – вдавленные переломы. Потеря сознания у детей первого года жизни наблюдается редко – у 37 из 172, поэтому чаще родители обращаются к врачу по поводу появления у ребенка подопневротической гематомы. Поступили в клинику в удовлетворенном состоянии (по ШКГ – 15 баллов) 24% детей в возрасте до года, 38% – в оглушенном состоянии (13-14 баллов), 24% – в состоянии сопора (9-12 баллов) и 14% – в коматозном состоянии (4-8 баллов). Светлый промежуток был у 21 ребенка (20,8%). Однократная или многократная рвота отмечена у 88 детей. Чаще родители обращали внимание на заторможенность, сонливость, вялость ребенка (82 ребенка). Психомоторное или

двигательное возбуждение было у 28 детей. Грубые неврологические расстройства в виде выпадения функций наблюдались у единичных больных. Эписиндром был у 37 детей (у 6 – фокальные, у 3 – клонические, у 3 – тонические, у 19 – тонико-клонические и у 6 – горметонические). Постуральные реакции, декортикационная и дезеребрационная ригидность были соответственно у 1, 2 и 5 детей. Анизокория отмечена у 18 детей, угнетение или отсутствие зрачковых и роговичных рефлексов – у 22, парез взора – у 5, гемипарез – у 10 детей. Повышение мышечного тонуса зафиксировано у 27, понижение его – у 22 и меняющийся тонус – у 6 детей. Патологические стопные рефлексы и симптомы раздражения мозговых оболочек выявлены в единичных наблюдениях. Скудность очаговой и общемозговой симптоматики у детей первого года жизни, стертое и малосимптомное течение тяжелой черепно-мозговой травмы создают видимость легкости травмы.

Исходы тяжелой ЧМТ у детей до 1 года при своевременной диагностике и адекватном лечении благоприятны. Из 172 детей умерли 12 (причина смерти у 9 – отек и набухание головного мозга с ущемлением ствола, у 3 – менингоэнцефалит).

Вывод. 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.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

М.К. Махкамов, Х.Н. Матякубов, З.Л. Тухтабеков

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Частота повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей колеблется в довольно широких пределах, составляя от 1-5% до 20% случаев. В отличие от изолированных повреждений головы или брюшной полости диагностика сочетанной травмы (СТ) головы и живота весьма затруднительна.

В лечебных учреждениях частота диагностических ошибок высока и колеблется от 20 до 45%. При этом количество неоправданных лапаротомий, при которых признаков продолжающегося кровотечения не выявлено, а повреждения органов брюшной полости не являются жизненно опасными, составляет

7-28,6%, а при тяжелой сочетанной травме возрастает от 50 до 80%.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения детей с торакоабдоминальными повреждениями при сочетанных травмах (СТ) на основании совершенствования диагностики и разработки лечебной тактики с применением минимально инвазивных технологий.

Материалы и методы. Наши исследования основаны на анализе результатов лечения 55 детей с торакоабдоминальными повреждениями при СТ за период с 2018 по 2022 год (с момента функционирования отделения хирургии повреждений детского возраста с нейрохирургией). Среди всех пострадавших преобладали мальчики – 60% (33 детей), в возрасте от 2 до 18 лет.

По шкале ISS тяжесть сочетанных травм у пациентов с торакоабдоминальными повреждениями составила $28,4 \pm 12,2$ балла. Стандартная хирургическая тактика включала выполнение лапароскопии, по показаниям – лапаротомию, дренирование плевральной полости (по показаниям – торакоскопию), стабилизацию костных отломков при скелетной травме и нейрохирургические вмешательства при черепно-мозговой травме, которые требовали urgentного вмешательства по поводу устранения сдавления головного мозга.

Результаты и обсуждение. Причиной сочетанных повреждений в 32,7% случаев (у 18 детей) была кататравма, в 67,3% (у 37 детей) – дорожно-транспортное происшествие.

Наиболее часто торакоабдоминальная травма сочеталась с черепно-мозговой, по сравнению со скелетной, что наблюдалось у 40 пациентов (72,7%). Из них в 70% случаев отмечалось нарушение сознания ниже 10 баллов по шкале комы Глазго. При оценке тяжести абдоминальной травмы при применении УЗ-диагностики нами была использована шкала USS. При проведении анализа у 55 больных в 9 случаях оценка тяжести по шкале USS была равна 0 баллов, у них вмешательство ограничилось страховочной лапароскопией. В остальных 46 случаях оценка по шкале USS была равна 1-2 баллам. На УЗИ наличие крови в латеральных каналах, в подпеченочном пространстве, а также в полости малого таза выявлено у 37 детей.

У 9 пациентов (16,3%) определялось сочетание абдоминальной и торакальной травмы. Среди повреждений органов и структур груди были отмечены переломы ребер – у 6 пациентов, перелом лопатки – у 1 пациента, перелом ключицы – у 3 пациентов, наличие гемо- и пневмоторакса отмечено у 6 пациентов, у 1 пациента наблюдалось легочное кровоотечение, которое требовало проведения диагностической торакоскопии.

При диагностической лапароскопии было выявлено: в 21 случаях – повреждение селезенки, в 10 случаях – повреждение печени, в 4 случаях – по-

вреждение поджелудочной железы, в 3 случаях – разрыв полого органа и в 7 случаях – повреждение почек, в 1 случае – разрыв уретры. При повреждениях печени у 6 больных и при кровотечениях из селезенки у 16 больных достигнуть гемостаза удалось выполнением электрокоагуляции. В 4 случаях осуществлены санация и дренирование салниковой сумки при травматическом панкреатите.

В 12 (21,8%) наблюдениях выявленные при лапароскопии повреждения органов брюшной полости потребовали перехода к широкой верхне-средней срединной лапаротомии, показаниями к которой были: разрыв полого органа брюшной полости – у 3 пациента, глубокие повреждения печени и селезенки – у 9 пациентов и разрыв почек – у 7 пациентов.

В 8 (14,5%) наблюдениях операция начата с лапаротомии из-за общего тяжелого состояния пациентов и выявленной на УЗИ жидкости во всех отделах брюшной полости.

Заключение:

1. Видеоэндохирургический доступ в большинстве случаев позволяет провести как хирургическую коррекцию, так и выполнить органосохраняющие операции у детей с сочетанными травматическими повреждениями органов брюшной, грудной полостей и забрюшинного пространства и реализует концепцию «быстрого ведения хирургического больного», что ведет к снижению длительности пребывания пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии.

2. Таким образом, одно из важнейших направлений улучшения медицинской помощи больным с СТ – диагностическая эндовидеохирургия, которая является малоинвазивным методом, не усугубляет тяжесть травматической болезни и в то же время заметно снижает частоту напрасных торакотомий, лапаротомий и диагностических ошибок.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧМТ У ДЕТЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМОЙ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ В КАШКАДАРЬНСКОМ ФИЛИАЛЕ РНЦЭМП

С.Н. Махматмуминов, Б.Д. Нафасов

Кашкадарьнский филиал РНЦЭМП

Черепно-мозговая травма относится к самым тяжелым и распространенным формам травматизма. Одной из актуальных проблем в клинической практике являются вопросы диагностики и лечения хронических субдуральных гематом. Посттравматические хронические субдуральные гематомы проявляются от 3 недель до года после получения травмы. В этот период состояние пострадавших оказывается внешне благополучным, и при неврологическом обследовании не выявляется каких-либо симптомов выпадения или раздражения

головного мозга. Трудность диагностики гематом обусловлена тем, что пострадавшие часто не придают значения недавно перенесенным «легким» травмам, не помнят о них, а иногда сознательно скрывают факт травмы. В дальнейшем, по мере нарастания компрессии, появляется симптоматика, иногда с формированием дислокационного синдрома.

Цель исследования: выявить характерные особенности клинического течения и определить оптимальные способы лечения пациентов с хроническими субдуральными гематомами и пути усовершенствования диагностики ЧМТ в остром периоде у данной категории больных.

Материалы и методы. Работа основана на изучении данных анамнеза, комплексного клинического обследования и дифференцированных методов лечения 27 пострадавших с травматическими хроническими субдуральными гематомами, находившихся на лечении в Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП с 2018 г. по 2022 г. Среди них мальчиков было 22 (81,5%), девочек – 5 (18,5%). Возраст составлял от 8 месяцев до 14 лет (средний возраст – $9,3 \pm 1,7$). Проводились клиничко-неврологическое, рентгенологическое исследования, офтальмоскопия, МСКТ.

Результаты и обсуждение. Во всех наблюдениях пациенты получили «легкую» черепно-мозговую травму. Всем пострадавшим в остром и подостром периодах (в первые 3 недели) КТ, МСКТ и МРТ головного мозга не выполнялись. Среди причин позднего выявления гематом определены: а) несвоевременное обращение за медицинской помощью в связи с отсутствием или стертой клинической картины проявлений и компенсированным состоянием пострадавших; б) отсутствие технических возможностей для проведения КТ, МСКТ или МРТ головного мозга в стационарах области и амбулаторно-поликлинических учреждениях при обследовании в остром периоде. При поступлении в Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП всем пострадавшим выполнялась МСКТ головного мозга, проведение которой позволило выявить хронические субдуральные гематомы различного объема.

Нарастание общемозговой симптоматики констатировано у 12 (44,5 %) пациентов, угнетение сознания вплоть до комы – у 3 (11,1%), появление очаговых неврологических симптомов – у 10 (37,0%), что явилось показанием к проведению МСКТ. Кроме того, у 2 (7,4%) больных МСКТ головного мозга была выполнена только на основании анамнестических сведений о полученной ранее травмы головы. Хирургическое лечение по поводу сдавления головного мозга хронической субдуральной гематомой проведено 24 (88,9 %) пациентам, из них 4 выполнена костно-пластическая трепанация с удалением гематомы, 20 пострадавшим – дренирование гематомы с установкой приливно-отливной системы через фрезевые отверстия по общеприня-

той методике. Объем гематом составлял от 75 до 110 мм³. В 3 (11,1%) случаях с хроническими субдуральными гематомами проведено консервативное лечение (объем гематом 30–40 мм³). Летальных исходов не отмечено.

Выводы. Во всех наблюдениях пациенты с хроническими субдуральными гематомами получили «легкую» черепно-мозговую травму. Клиническая диагностика травматических внутричерепных гематом в остром и подостром периодах ЧМТ нередко затруднена вследствие стертости или отсутствия клинических проявлений. Проведенный анализ показывает, что залогом успеха лечения черепно-мозговой травмы с внутричерепными гематомами является раннее выявление клиники гематом и проведение КТ, МСКТ или МРТ в остром периоде черепно-мозговой травмы, позволяющих своевременно выявить морфологический субстрат сдавления головного мозга и выбрать правильную тактику лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗМЫШЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИННОВАЦИОННОГО УСТРОЙСТВА

Ф.А. Машарипов

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Введение. Лечение чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей до сих пор остается одной из самых актуальных и трудноразрешимых проблем травматологии детского возраста. Правильный выбор тактики лечения, точная репозиция отломков, их фиксация с учетом анатомо-топографических ориентиров и без повреждения зоны роста дистального отдела плечевой кости чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей являются залогом успешного лечения. Неточное стояние костных отломков приводит к развитию деформаций локтевого сустава или резкому ограничению его функции. При устранении всех видов смещения существующими методиками возникает ряд трудностей. Особенно неблагоприятным является неустраненное ротационное смещение, наблюдающееся у подавляющего большинства детей с чрезмыщелковыми переломами, подлежащее во всех случаях обязательному устранению.

Цель исследования: своевременная коррекция ротационного смещения костных отломков с помощью разработанного устройства при чрезмыщелковых переломах плечевой кости у детей.

Материал и методы. Для лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей с остаточным ротационным смещением костных отломков в отделении детской травматологии РНЦЭМП разработано «Устройство для лечения чрезмыщелковых

переломов плечевой кости у детей» (№ FAP 00772 от 31.10.2012 г.). Устройство состоит из двух полуколец, каждое из которых имеет возможность вращаться по отношению друг к другу за счёт наличия щелевидной вырезки в полукольцах. Устройство применяется следующим образом: под внутривенным наркозом, после соответствующей обработки кожи поврежденной конечности антисептиками, чрескостно проводятся две спицы Киршнера. Первая спица проводится через верхнюю треть плечевой кости в сагиттальной плоскости, вторая спица – через проксимальный метафиз локтевой кости. Спицы фиксируются на полукольцах с щелевидной вырезкой. Затем на резьбовых штангах производится дистракция с целью устранения смещения костных отломков по длине. Убедившись в устранении смещения костных отломков по длине, сохраняющееся ротационное смещение устраняется вращением полуколец относительно друг друга. Резьбовые штанги закрепляются. Проводится третья спица Киршнера с упорной площадкой через дистальный конец проксимального отломка во фронтальной плоскости спереди назад и натягивается с помощью резьбовой штанги для устранения смещения костных отломков в переднезаднем направлении. Под электронно-оптическим преобразователем на операционном столе достигается окончательная репозиция.

Результаты и их обсуждение. За последние 3 года (период 2019-2021 гг.) устройство успешно было применено у 65 больных детей с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости с остаточными ротационными смещениями костных отломков. С помощью устройства у всех больных легко устраняли ротационное смещение костных отломков, достигнута более точная репозиция костных отломков. Устройство удаляли через 3-4 недели в зависимости от возраста ребенка и степени консолидации перелома. Ближайшие результаты лечения в сроки от 2 до 6 месяцев с момента удаления устройства изучены у всех больных, при этом в 60 случаях (92%) получен хороший, а у 5 случаев (6%) – удовлетворительный анатомический и функциональный результат. При изучении в сроке до 2 месяцев движения в локтевом суставе были в полном объеме, а в сроке до 6 месяцев деформации в локтевом суставе не наблюдалось.

Таким образом, для лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей с остаточными ротационными смещениями костных отломков метод внеочагового остеосинтеза с применением разработанного нами инновационного полукольца обеспечивает хороший анатомо-функциональный результат и предупреждает возникновение осевых деформаций локтевого сустава.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАННЕГО ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОСЛОЖНЕННЫХ ЧРЕЗ- И НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Ф.А. Машарипов, Э.Ю. Валиев, О.Н. Низов

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

При чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости у детей в 6-20% случаев отмечается отсутствие пульса на лучевой артерии. Это связано с тем, что плечевая артерия часто повреждается при переломах Гартланда типа II и типа III, особенно когда дистальный фрагмент смещен задне-латерально (проксимальный фрагмент смещен кпереди-медиально).

Основными причинами повреждения магистральных сосудов при чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости являются ушиб и ущемление костными отломками, сдавление отеками мягкими тканями при глухой гипсовой повязке, а также ятрогенные повреждения после закрытой ручной репозиции отломков. Несвоевременное и неадекватное проведение лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей, осложненных повреждениями плечевой артерии области локтевого сустава, чрезвычайно тяжело отражаются на функции верхней конечности. При отсутствии улучшения пульса после вправления показана хирургическая ревизия плечевой артерии и нервов, особенно при сохраняющейся боли в месте перелома (указывающей на ишемию конечности), неврологическом дефиците (парестезия, покалывание, онемение) и дополнительных признаках плохой перфузии (длительное время наполнения капилляров и синюшность пальцев).

За период с 2010 по 2021 г. в отделении детской травматологии РНЦЭМП находились на лечении 155 пациентов с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости с отсутствием пульса на лучевой артерии. Мальчиков было 102 (65,8%), девочек – 53 (34,2%). Наибольшее количество переломов отмечено в возрасте от 4 до 10 лет. При анализе пути доставки больных в стационар и объеме оказанной догоспитальной помощи нами установлено, что значительное число детей (90%) было доставлено самотеком, без иммобилизации конечности. 113 (72,9%) больных обратились в течение от 2 до 24 часов, 42 (27,1%) больных обратились в более поздние сроки с момента травмы. Среди пострадавших с запоздалым обращением преобладали жители сельской местности, где им оказывали помощь врачи общехирургического профиля, недостаточно знающие анатомо-физиологические и клинко-рентгенологические особенности переломов дистального отдела плечевой кости у

детей. Важно отметить особую группу больных 34 (21,9%), которым на догоспитальном этапе помощь была оказана «табибами», со всеми вытекающими из этого последствиями. Именно в этой группе пострадавших детей наиболее часто наблюдались усугубления патологического процесса в сосудах и нервах.

Нами разработана программа для диагностики и выбора лечения чрез- и надмышцелковых переломов плечевой кости у детей (№ DGU 02169 ГПВ РУз, от 29.03.11 г.). По программе проводили раннюю госпитальную помощь и поэтапные меры диагностики: по совокупности клинических признаков сочетанных костно-сосудистых повреждений, степени повреждения мягких тканей области локтевого сустава и вида смещения костных отломков определяли тактику лечения. Для диагностики нарушения кровообращения применяли современные инструментальные методы исследования, такие как пульсоксиметрия, цветное дуплексное сканирование, мультислайсная компьютерная томография с контрастной ангиографией и пункционное ангиографическое исследование плечевой артерии.

По программе тактика лечения детей с чрез- и надмышцелковыми переломами плечевой кости с сосудистыми и неврологическими осложнениями заключалась в консервативном и оперативном методах лечения. Консервативный метод лечения проведен у 34 (21,9%) больных, а у 121 (78,1%) – оперативный. Консервативный метод лечения заключался в проведении закрытой репозиции и наложении гипсовой повязкой с последующим курсом спазмолитической, антикоагулянтной терапии и назначением препаратов, улучшающих периферическое кровообращение. При хирургическом методе при чрез- и надмышцелковых переломах плечевой кости, осложненных интерпозицией сосудисто-нервного пучка, первично производили закрытую репозицию под контролем электронно-оптического преобразователя и стабилизацию костных отломков методом внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза с использованием аппарата Илизарова по методике НИИТО МЗ РУз. После этого выполняли совместно с сосудистыми хирургами и микрохирургами ревизию сосудисто-нервного пучка в области перелома стандартным переднемедиальным доступом в нижней трети плеча с переходом на область локтевого сгиба. Были выполнены следующие виды операций на сосудах и нервах: ревизия, высвобождение от сдавления костными отломками и артериолиз плечевой артерии – в 32 случаях; ревизия, тромбэктомия и боковой шов плечевой артерии – в 8; анастомоз плечевой артерии «конец в конец» узловыми швами – в 12; в двух случаях, из-за повреждения стенки плечевой артерии на протяжении, выполнено ее аутовенозное протезирование; в 4-х случаях – из-

за спазма плечевой артерии на всем протяжении плеча выполнена механическая дилатация плечевой артерии; ревизия, невролиз периферических нервов – в 14 случаях. В результате проведенного лечения у больных детей чрез- и надмышцелковыми переломами плечевой кости сосудистыми и неврологическими осложнениями в 148 (95,4%) случаях мы получили положительные исходы.

Таким образом, повреждения плечевой артерии при чрез- и надмышцелковых переломах плечевой кости у детей являются наиболее грозными осложнениями. Применение разработанной нами программы для диагностики и выбора лечения чрез- и надмышцелковых переломов плечевой кости у детей служит для профилактики тяжелых осложнений на раннем госпитальном этапе лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

**Ф.А. Машарипов, Н.Н. Толипов,
А.Б. Саидалиходжаев, Р.А. Шералиев**

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Консервативные методы лечения множественных переломов, как у взрослых, так и у детей, наиболее просты и безопасны, но в то же время не всегда самые лучшие для пострадавших с политравмой. Ранний малоинвазивный остеосинтез в практике экстренной детской травматологической помощи в последнее время занял прочные обоснованные позиции. Его преимуществами являются малотравматичность, минимальный хирургический доступ, адекватная фиксация места перелома, облегчения ухода за больным в реанимационных отделениях, возможность сокращения сроков стационарного лечения и более ранней активизации пострадавших детей.

Цель: улучшение результатов лечения переломов конечностей у детей при политравме путем использования раннего малоинвазивного остеосинтеза переломов конечностей.

Материал и методы. В отделении детской травматологии и в отделении хирургии поврежденных детского возраста с нейрохирургией РНЦЭМП в период с 2010 по 2022 г. мы наблюдали 208 пострадавших детей с политравмой.

В предыдущие годы при политравме у детей мы применяли сдержанный подход к оперативному лечению, и соотношение консервативных и оперативных способов лечения при политравме равнялось 4:1. Считали, что при множественных переломах, сопровождающихся шоком или угрозой шока и жировой эмболии, операции на опорно-двигательной системе противопоказаны. Основными методами было принято считать гипсовую иммобилизацию и

скелетное вытяжение. В настоящее время в арсенале детской травматологии гибкий интрамедуллярный остеосинтез стал универсальным методом лечения переломов у детей. Признаны значительные преимущества гибких интрамедуллярных штифтов над другими системами фиксации, а именно интрамедуллярными штифтами, пластинами и внешними фиксаторами, хотя для каждой системы имеются специфические показания. Переломы эпифиза и метафиза главным образом лечили методом остеосинтеза спицами Киршнера. В некоторых случаях требуется дополнительное или альтернативное наложение внешнего фиксатора. В зависимости от вида перелома и его особенностей, а также возраста ребенка проводили или открытую репозицию с внутренней фиксацией винтами, или остеосинтез пластиной.

В последние годы в РНЦЭМП придерживаются тактики раннего оперативного вмешательства при переломах костей у детей с политравмой. Переломы диафиза фиксировали преимущественно гибкими интрамедуллярными стержнями. Скелетная травма присутствовала у 180 детей (76,9%). Доминировала черепно-мозговая травма у 96 детей (46,2%), скелетная травма – у 83 (39,9%), абдоминальная травма – у 26 (12,5%), торакальная травма – у 3 (1,4 %). Больные разделялись по полу: мальчиков было 145 (69,7%), девочек – 63 (30,3%); по сегментам: бедро – 102 (49%), голень – 58 (27,8%), плечо – 26 (12,5%), предплечье – 22 (10,7%). Возраст пострадавших был: 0-3 года – 9 детей (4,3%), 4-7 лет – 22 (10,6%), 8-11 лет – 52 (25%), 12-15 лет – 72 (34,6%), 15-18 лет – 53 (25,5%). Консервативное лечение применено у 28 (17,8%) детей, при этом под местной анестезией – закрытая репозиция костных отломков с наложением гипсовой повязки. Выбор способа оперативного лечения зависел от общего состояния больного, степени черепно-мозговой травмы, торакоабдоминальной травмы и степени повреждения мягких тканей поврежденных конечностей. Придерживаясь активной хирургической тактики лечения, малоинвазивный остеосинтез применили у 172 (82,3%) детей. Оперативное лечение проводили под общим обезболиванием в неотложном порядке, остеосинтез выполняли закрытым путем – интрамедуллярно, с эластичными стержнями, под контролем электронно-оптического преобразователя. Во всех случаях использовали внешнюю иммобилизацию гипсовыми лонгетными повязками в сроке 4-5 недель, в зависимости от возраста больного.

Результаты. Результаты лечения оценивались после полной консолидации и удаления металлоконструкций комплексно, на основании осмотра и данных рентгенологического исследования. По нашим наблюдениям, хорошие результаты были у 191 (91,8%) больного, удовлетворительные – у 14 (6,7%) и неудовлетворительные – у 3 (1,5%).

Заключение. Ранний малоинвазивный интрамедуллярный остеосинтез эластичными стержнями диафизарных переломов конечности у детей при сочетанной травме является методом выбора. Учитывая его малую травматичность, его можно проводить, независимо от тяжести состояния больного, как один из способов противошокового мероприятия.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Т.С. Мусаев, А.Б. Сайдалиходжаев

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Введение. Различные травматологические школы активно пропагандируют разные методики, отличающиеся друг от друга и способами, и продолжительностью стабилизации переломов. За последние годы произошли значительные изменения в развитии систем внутренней и наружной фиксации переломов костей конечностей, отработаны новые технологии остеосинтеза и хирургической техники, которые позволяют минимизировать осложнения, связанные с оперативным лечением переломов у детей.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность практического использования методов малоинвазивного остеосинтеза у детей с переломами костей верхней конечности.

Материал и методы. Наше сообщение основано на результатах применения методов малоинвазивного остеосинтеза у детей с переломами костей верхней конечности, пролеченных в 2019 году в отделении детской травматологии РНЦЭМП МЗ РУз. Всего пролечено 148 детей. Мальчиков было 113 (76,3%), девочек – 35 (23,6%). По возрастному аспекту: от 1 до 3 лет было 29 (19,6%) детей, 4-7 лет – 50 (33,8%), 8-12 лет – 35 (23,6%), 13-18 лет – 34 (23%). По срокам поступления пострадавших детей в травматологический пункт: до 2 часов после получения травмы было 96 (64,8%), до 6 часов – 12 (8,1%), до 24 часов – 17 (11,5%) и более 1 суток – 23 (15,5%). С закрытыми переломами поступили 137 (92,5%), с открытыми – 11 (7,5%). У 7 (4,7%) пациентов отмечены множественные переломы костей верхней конечности. По локализации перелома: переломы хирургической шейки плечевой кости – 2, диафизарные переломы плечевой кости – 4, чрез- и надмышечковые переломы плечевой кости – 89, переломы головки лучевой кости – 2, переломы локтевого отростка – 1, диафизарные переломы костей предплечья – 41, переломы дистального конца костей предплечья – 17, переломы пястных костей кисти – 1 и переломы пальцев кисти также у 1 па-

циента. У 99 (67%) пациентов остеосинтез осуществлен с применением спиц и стержней, у 49 (33%) пациентов – с применением аппарата Илизарова и устройства нашей клиники.

Результаты. Лечебная тактика зависела от характера перелома, возраста и общего состояния пострадавшего. После обследования пациентов в травматологическом пункте, при наличии показаний, первым этапом производили первичную репозицию костных отломков поврежденного сегмента с иммобилизацией гипсовой лангетной повязкой. После контрольного рентгенологического исследования оценивалось положение костных отломков. При удовлетворительном их стоянии продолжали консервативное ведение пациентов в стационарных условиях. При безуспешной репозиции с недопустимым стоянием костных отломков, после осмотра анестезиолога, 108 (73%) пациентам провели оперативное лечение в течение первых суток после травмы. При эпиметафизарных переломах (остеоэпифизеолизах) костей верхних конечностей в 53 случаях применили методику закрытого малоинвазивного остеосинтеза перекрещивающимися спицами, а также в 57 случаях с чрез- и надмышечковыми переломами плечевой кости – методики закрытого остеосинтеза с использованием аппарата Илизарова и разработанного устройства клиники. В 54 случаях с диафизарными переломами костей верхней конечности применили методику закрытого интрамедуллярного остеосинтеза спицами. Во всех случаях оперативные вмешательства производились с использованием электронно-оптического преобразователя. Пациенты в отсроченном порядке оперировались в случаях, когда после проводимого консервативного лечения переломов после первичной репозиции произошло вторичное смещение костных отломков с неудовлетворительным стоянием. Так, в 40 (27%) наблюдениях остеосинтез проведен в отсроченном порядке. Результаты лечения детей с переломами костей верхней конечности с использованием методов малоинвазивного остеосинтеза были изучены у 137 пациентов. Хорошие результаты лечения были отмечены у 129 (94%), удовлетворительные – у 8 (6%). Неудовлетворительных результатов не наблюдалось. Необходимо отметить, что использование методики закрытого интрамедуллярного остеосинтеза и остеосинтеза перекрещивающимися спицами у детей позволило сократить сроки стационарного лечения от 3 до 7 суток, в зависимости от возраста пациента и характера перелома по сравнению с традиционными методами лечения.

Выводы:

1. Методики закрытого интрамедуллярного остеосинтеза и остеосинтеза перекрещивающимися спицами, с использованием недорогостоящих металлоконструкций (спиц, стержней), являются простыми эффективными способами лечения на

различных сегментах верхней конечности у детей.

2. Использование данных методов малоинвазивного остеосинтеза у детей имеет возможность применения как в раннем, так и в отсроченном порядке, в зависимости от общего состояния пострадавшего, характера перелома и возраста пациента, а также позволяет значительно сократить срок пребывания больных в стационаре.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ В МЛАДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Х.Н. Мухитдинова, М.Б. Красненкова,
А.Я. Шомуродов, Т.М. Абдусалиева*

**Центр профессионального развития
медицинских работников,
Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Несмотря на многочисленные исследования ТСЧМТ, позволившие существенно повысить эффективность оказания неотложной помощи, ведение травмированных детей, особенно раннего возраста, в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), остается серьезной проблемой в связи с недостаточностью информации по возможности уменьшить вторичные повреждения головного мозга, корректное ведение тяжелых травмированных детей после ТСЧМТ.

Цель работы: изучить особенности изменений гемодинамики при тяжелой сочетанной черепно-мозговой травме в младенческом возрасте.

Материалы и методы исследования. Больные в возрасте до 3 лет с ТСЧМТ рассматривались в зависимости от тяжести состояния в 3 группах: 1 группа (39%) – средней тяжести, в которой интенсивная терапия в условиях ОРИТ проводилась на протяжении $6,2 \pm 0,35$ дня, 2 группа (30% детей) – с ТЧМТ тяжелой степени – $15,6 \pm 2,3$ суток, 3 группа – (31%) с очень тяжелой ТЧМТ, длительностью интенсивной терапии в ОРИТ в течение 30 ± 8 суток. У 6 больных 1 группы (9) диагностирована ОЧМТ, у 1 – ЗЧМТ, у 1 – эпидуральная гематома, у 1 – САК, у 4 – УГМ средней степени тяжести, у 1 – ТЧМТ, сочетанная с переломом левой бедренной кости без смещения костных отломков, у 1 – закрытый перелом левой большеберцовой кости, у 1 – травма правой стопы. Оперированы – 5. Во 2 группе изучены данные 7 детей, из которых у 4 – ЗЧМТ, у 2 – ОЧМТ, у 6 – УГМ тяжелой степени, у 2 – субдуральная гематома, у 3 – внутримозговая гематома, у 2 – САК. Оперированы – 6. В 3 группе (7): ЗЧМТ – у 3, ОЧМТ – у 1, УГМ тяжелой степени, с вовлечением стволо-

вых структур, – у 4, у 1 – внутримозговая гематома, у 1 больного выявлена сопутствующая тяжелая пневмония. Оперированы – 4. Изучены показатели центральной и периферической гемодинамики: систолическое (САД), диастолическое (ДАД), среднее (Ср), артериальное давление, ударный объем (УО), минутный объем крови (МОК), общее периферическое сопротивление (ОПСС), общий вегетативный тонус (ОВТ), потребление миокардом кислорода (ПМК), частота сердечных сокращений (ЧСС), показатель сатурации кислорода, температура тела ($T^{\circ}C$). Всем больным осуществлялся мониторинг лабораторно-клинических показателей: общий анализ, биохимические показатели крови, коагулограмма. В первые сутки лечения выявлена тенденция к повышению САД, СрАД, УО, МОК, ОПСС, ЧСС, повышение симпатических влияний на 60%, повышение потребления миокардом кислорода на 28%. В последующие дни лечения существенных изменений показателей артериального давления не наблюдалось. В динамике максимально выраженная тенденция к росту ОПСС наблюдалась на 3-и и на 5-е сутки. Но на 7-е сутки обнаружено снижение показателя более чем в два раза, несмотря на сохраняющуюся гиперсимпатикотонию, повышенное потребление миокардом кислорода. Изменения УО и МОК на 3 сутки соответствовали повышению среднесуточной температуры тела до $37,3 \pm 0,3^{\circ}$. Однако повторное обострение воспалительной реакции на 7 сутки сопровождалось не повышением ОПСС (как на 3 и 5 сутки), а наоборот, снижением ОПСС, ростом МОК. Тахикардальный синдром, обусловленный повторной умеренно выраженной гипертермической реакцией, на 7 сутки вызывал повышение МОК, увеличение УО со снижением ОПСС. Таким образом, изменение среднесуточных показателей гемодинамики по дням при средней тяжести ТЧМТ (в течение 7 суток в ОРИТ) в возрасте до 3 лет обнаружили на 7 сутки лечения признаки восстановления физиологического уровня реакции параметров гемодинамики на стресс. Во 2 группе в 1 сутки наблюдения выявлены отклонения, существенно не отличавшиеся от данных в группе средней тяжести ТЧМТ. Однако подтверждением более выраженной стрессовой симпатикотонии являлось то, что в 1-й группе уменьшение стрессовой гиперсимпатотонии отмечено уже на 2 сутки, в то время как во 2-й – только на 4-е сутки. Сравнительно меньшая эффективность общей стресслимитирующей терапии во 2-й группе была связана более выраженным травматическим повреждением ЦНС, СТЧМТ. Показатель ОПСС был самым высоким в 3-й группе в течение 25 суток лечения. Данные сердечного выброса в 1-е сутки на фоне тенденции к росту среднесуточного уровня ОПСС существенно не отличались от возрастной нормы, в последующие дни острого периода ТЧМТ показатель УО и МОК уменьшались наиболее значительно.

Вывод. Таким образом, показателем наиболее выраженного травматического повреждения органов при ТЧМТ было высокое ОПСС, на фоне уменьшения УО, МОК. Эффективность стресслимитирующей терапии, синдромной коррекции отклонений гомеостаза в первые трое суток характеризовали более благоприятный прогноз. Высокое ОПСС являлось признаком общей тяжести состояния, высокого риска развития СПОН, других осложнений и требовало более эффективной корригирующей, стресслимитирующей терапии. Степень учащения сердечного ритма – в пределах 160 в минуту, рост ОВТ, ДП в возрасте до 3 лет существенного прогностического значения не имел.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

А.К. Назаров, И.А. Каландаров, У.О. Саъдуллаев, К. Тангриберганов

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

Инородные тела верхних отделов желудочно-кишечного тракта в детском возрасте встречаются достаточно часто, т.к. известно стремление детей глотать всякие попавшиеся предметы. Даже значительные по размерам предметы проходят через пищевод, привратник и баугиниеву заслонку без повреждения пищеварительного канала у 80-90%, но у 10-20% больных требуется проведение лечения чаще, чем эндоскопическое их удаление, и только у 1% требуется хирургическое вмешательство.

В Хорезмский областной филиал РНЦЭМП в отделение детской хирургии за период 2019-2020 гг. поступило 80 детей с подозрением на инородное тело ЖКТ. В основном – до 80% – в возрасте до 3 лет. После первичного обследования в 70 случаях выявлено инородное тело.

Материалы и методы. В диагностике инородных тел верхних отделов ЖКТ ведущее значение придавали сбору анамнеза, проведению обзорной R-графии грудной клетки с захватом гортани и брюшной полости, ФЭГДС. Удаленные из просвета пищеварительного тракта инородные тела по происхождению разделились на следующие: монеты – 24 (34,2%), батарейки – 20 (28,5%), пластмассовые детали игрушек – 10 (4,2%), металлические предметы (шурпы, булавки, магниты, наконечники, отвертки и др.) – 6 (8,5%), органические (кости, орех, зерна и др.) – 5 (7,1%), неорганические (фольга, пленка, бумага) – 5 (7,1%).

Результаты. Главной задачей профилактики инородных тел верхних отделов ЖКТ является повышение настороженности родителей и персонала детских дошкольных учреждений, правильная организация досуга и игровой деятельности детей до 5-летнего возраста (исключить мелкие предметы –

пуговицы, винтики, детали игрушек и т.д. диаметром до 3 см), организация профилактической работы среди населения.

Выводы:

1. Лечение и обследование детей с подозрением на инородное тело ЖКТ должно осуществляться в экстренном порядке и в условиях многопрофильного стационара. Любое выявленное в просвете верхних отделов пищеварительного тракта инородное тело должно быть по возможности извлечено при помощи фиброэндоскопии.

2. Для диагностики инородного тела и выяснения причины фиксации необходимо сочетание рентгенологического и эндоскопического методов исследования.

3. Применение общего обезболивания при извлечении инородных тел из верхних отделов пищеварительного тракта сокращает время манипуляций и снижает риск возникновения перфорации стенки полого органа.

4. Применение гибких эндоскопов различного диаметра и различного инструментария сужает показания к применению ригидных эндоскопов при извлечении инородных тел из пищевода, позволяет избежать травматизации стенок пищевода и улучшить качество диагностики.

ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА УДАРНЫЙ ОБЪЕМ СЕРДЦА В ПРЕДШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

*Б.М. Назаров, Х.Н. Мухитдинова, А.Я. Шомуродов,
М.Х. Хайрутдинова, А.Д. Мирзаева*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,
Центр профессионального развития
медицинских работников**

Актуальность. Факторы вторичных повреждений мозга (ВПМ) непосредственно не связаны с механизмом первичного повреждения мозга, но всегда развиваются впоследствии и приводят к поражению мозгового вещества, преимущественно по гипоксически-ишемическому типу. Самыми опасными факторами ВПМ являются артериальная гипотензия, гипоксия и внутримозговая гипертензия (ВЧГ). В связи с недостаточностью информации по особенностям изменений гемодинамики при тяжелой сочетанной черепно-мозговой травме у детей предшкольного возраста (3,1-7 лет) мы попытались изучить и дать оценку реакции циркадного ритма ударного объема сердца на тяжелую сочетанную черепно-мозговую травму.

Цель работы: изучить влияние тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы на ударный объем сердца в предшкольном возрасте и дать ему оценку.

Материал и методы исследования. Изучены результаты мониторингирования клинико-функциональных показателей, гемодинамики, в том числе ударного объема сердца 34 детей в возрасте 3,1-7 лет с ТСЧМТ. Из них к менее тяжелой группе с продолжительностью интенсивной терапии в условиях ОРИТ до 10 суток отнесены 12 детей, во 2 группу включены больные с длительностью терапии 11-20 суток, в 3 группу – 10 пациентов продолжительностью интенсивной терапии более 21 суток. В каждой группе преобладали больные мужского пола, составив в 1 группе 9, во 2 – 8, в 3 группе – 8 мальчиков в возрасте в среднем 5,4-5,1 года. Причиной травмы оказались ДТП у 9, 7, 10 детей по группам соответственно, и падение с высоты в 1 группе 3 детей, во 2 – 5 детей. Все поступившие в РНЦЭМП оперированы в первые часы после травмы, у крайне тяжелых – с одновременным проведением, не терпящим отлагательств, реанимационными и корригирующими серьезные нарушения жизненно важных органов и систем мероприятиями.

В протезировании внешнего дыхания после тяжелой травмы нуждались практически все поступившие в клинику. Различий в продолжительности ИВЛ/ВИВЛ по тяжести состояния не выявлено. Определяющими в тяжести состояния травмированных детей в 3 группе оказались закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ) тяжелой степени (50%), открытая (ОТЧМТ) тяжелой степени (50%), перелом костей черепа с переходом на основание (50%), тяжелый ушиб головного мозга (ТУГМ) (100%), травматический шок 2-3 степени (100%).

Результаты и их обсуждение. В первые сутки выявлена тенденция к уменьшению мезора циркадного ритма УО в зависимости от тяжести травмы. В 1 группе отмечена некоторая тенденция к уменьшению УО на 8-9 сутки. На 7 сутки у травмированных детей 2 группы наблюдалось уменьшение показателя мезора циркадного ритма УО на 4 мл (на 14%, $p < 0,05$). Тенденция к неустойчивости сердечного выброса с наклоном к увеличению УО усиливалась в 1 группе на 6-7 сутки, во 2 группе – на 2, 3, 19 сутки, в 3 группе – на 3 и 24 сутки. Показатель амплитуды циркадного ритма УО характеризовал неустойчивость циркадного ритма показателя УО в 1 группе в 1, 7, 8, 9 сутки, достигая 7-6 мл, во 2 группе – 6,3 мл на 19 сутки. Наиболее значительные перепады ударного объема выявлены в 3 группе на 7, 12, 30 сутки, составив 11, 11, 7 мл соответственно. Размах суточных изменений УО соответствовал изменениям амплитуды циркадного ритма УО, отражая максимальную неустойчивость сердечного выброса в течение суток в 1 группе на 1, 7 и 9 дни, достигая изменений УО на 14-13 мл, во 2 группе на 1 и 19 дни изменения составили 12 мл, в 3 группе на 7, 12 сутки составили 15 мл. То есть, чем тяжелее ТСЧМТ, тем менее устойчивым был сердечный выброс, что считается одним из прояв-

лений острой сердечной декомпенсации. Сильная прямая связь обнаружена между показателем УО и пульсовым артериальным давлением (ПАД) у всех больных. То есть, в остром периоде ТСЧМТ у детей в возрасте от 3,1 до 7 лет можно по выраженности изменения ПАД представлять изменение УО сердца, когда увеличение показателя ПАД свидетельствует о росте УО. Достоверно значимая обратная корреляционная связь УО и диастолического артериального давления (ДАД) характеризовала положительное влияние снижения тонуса периферических сосудов на сердечный выброс в пределах выявленных колебаний показателей УО и ДАД в остром периоде ТСЧМТ в возрасте 3,1-7 лет.

Вывод. В первые сутки после ТСЧМТ выявлена тенденция к уменьшению мезора циркадного ритма УО в зависимости от тяжести травмы. Увеличение показателя ПАД соответствует росту УО. Достоверно значимая обратная корреляционная связь УО и ДАД характеризует положительное влияние снижения тонуса периферических сосудов на сердечный выброс в остром периоде ТСЧМТ в возрасте 3,1-7 лет. Чем тяжелее ТСЧМТ, тем менее устойчивым был сердечный выброс, характеризующий начало острой сердечной декомпенсации.

МЕСТО НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ЗАТРУДНЁННОГО ДЫХАНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Ё.О. Ниязметова

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Респираторные заболевания имеют наибольший удельный вес в структуре инфекционной заболеваемости детей. Часто болеющие респираторными заболеваниями дети составляют группу риска по развитию бронхитов, бронхиолитов, обструктивных бронхитов. Повторные эпизоды бронхиальной обструкции у детей раннего возраста могут создавать предпосылки для формирования бронхиальной астмы. Поиск оптимальных медикаментозных средств, восстанавливающих в короткие сроки нарушенную проходимость бронхов, является актуальной проблемой. Эффективность лечения зависит не только от применения медикаментозных средств, но и от способов их доставки в дыхательные пути. Ингаляционный способ введения лекарственных средств с помощью небулайзера является наиболее предпочтительным на догоспитальном этапе. Небулайзер – устройство для преобразования жидкости в аэрозоль с мелкодисперсными частицами, которые проникают главным образом в периферические бронхи. Непрерывная подача лекарственного вещества в течение определённого времени позволяет быстро создать высокую концентрацию препарата в лёгких без увеличения побочных явлений, достигая эффективной брон-

ходилатации. Небулайзерная терапия не требует для пациента координации ингаляции с актом вдоха, что составляет её существенное преимущество перед дозируемыми аэрозольными препаратами. Небулайзерная терапия небутамолом проведена нами у 20 детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом на фоне ОРВИ. По степени тяжести у 12 (60%) детей отмечался стеноз гортани I степени, у 8 (40%) детей – II степени. Дозировки препарата: у детей в возрасте от 6 мес. до 1 г. – 0,25 мг, от 1 г. до 3 лет – 0,5 мг. Об эффективности указанного метода свидетельствуют следующие факты: в 100% случаев стеноза гортани I степени и 25% случаев II степени при купировании стеноза не потребовалось дополнительного парентерального введения преднизолона. У 8 детей от 1 года до 3 лет стеноз гортани купировался на догоспитальном этапе, что позволило лечить ОРВИ в амбулаторных условиях. После ингаляции во всех наблюдаемых нами случаях отмечалось улучшение состояния ребёнка: уменьшалась одышка, кашель становился более влажным. Следует отметить, что, несмотря на положительные результаты терапии на догоспитальном этапе, все дети до 1 года были в последующем госпитализированы.

Таким образом, применение небулайзерной терапии в лечении синдрома затруднённого дыхания на догоспитальном этапе позволяет оказать эффективную, квалифицированную помощь детям с бронхообструктивным синдромом, снизить потребность в парентеральном введении препаратов, способствует быстрому достижению результатов, уменьшает количество госпитализируемых детей.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

С.Р. Рахимова, М.Б. Алибекова, Г.Х. Исмаилова

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Введение. В последние годы увеличилось число детей с полиорганной недостаточностью различной этиологии. Проблема полиорганной недостаточности не утратила своей актуальности в настоящее время, особенно в плане лечения, в частности, для рациональной антибиотикотерапии.

Цель исследования: изучение микробиологического пейзажа при полиорганной недостаточности у детей для рациональной антибиотикотерапии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 60 детей в возрасте от 3 мес. до 4 лет с полиорганной недостаточностью, находившихся в отделении анестезиологии и реанимации интенсивной терапии (ОАРИТ) и в педиатрических отделениях РНЦЭМП за 2021 г.

Всем больным проводились общеклиническое обследование, биохимические исследования крови, бактериологические исследования (мазок из зева).

Результаты и обсуждение. Острая дыхательная недостаточность в сочетании с острой сердечной недостаточностью 2 степени отмечалась у 22 (36,7%) детей, дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность в сочетании с инфекционно-токсической энцефалопатией разной степенью – у 20 (33,3%) детей, сердечно-сосудистая недостаточность в сочетании с токсическим поражением печени, почек и вторичным энтероколитом с дисфункцией гастроинтестинальной системы – в 18 (30%) случаях.

У 20 (33,3%) детей диагностирована дыхательная недостаточность III степени. Эти дети при поступлении в клинику были переведены по показаниям на принудительно-вспомогательную вентиляцию легких аппаратами SAVINA (Германия), VELLA (США).

При бактериологических исследованиях (микрофлора верхних дыхательных путей из зева) было обнаружено, что наиболее частыми возбудителями являлись грамотрицательные бактерии, среди которых лидирующее место занимает *Pseudomonas aeruginosa* (30%), ассоциации с другими микроорганизмами (*Pseudomonas aeruginosa* + *Staphylococcus aureus* или *Klebsiella pneumoniae*) – в 15% случаев. Смешанная микрофлора в контаминации микрофлоры *Streptococcus pneumoniae* + *E. coli* + *Staphylococcus aureus* (10%) и *E. coli* + *Klebsiella pneumoniae* отмечалась в 19% случаев, *Streptococcus pneumoniae* – 27%, *Streptococcus Viridians* – 9% случаев.

При анализе чувствительности к антибиотикам наибольшая чувствительность возбудителя *Pseudomonas aeruginosa* выявлена к меропенему (45), цiproфлоксацину (42), цефеперазону (31), амикацину (35). Наиболее выражена была устойчивость к амоксиклаву (41). При сочетании *Pseudomonas aeruginosa* + *Staphylococcus aureus* наибольшая чувствительность отмечалась также к цефтриаксону (15), амикацину (13), цiproфлоксацину (12), цефепиму (18). При сочетании *Klebsiella pneumoniae* + *E. coli* эффективность антибактериальной активности составила у цефтриаксона 89% (17), у амикацина – 34% (7). При *Streptococcus Viridians* эффективность антибактериальной активности составила у цефтриаксона 86%, у амикацина – 14%.

Таким образом, *Pseudomonas aeruginosa* более чувствительна к меропенему, цiproфлоксацину, цефеперазону, амикацину, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* более чувствительны к цефтриаксону, амикацину, цефепиму. Практически отсутствует чувствительность к амоксиклаву.

Всем больным проводили комплексную этиопатогенетическую терапию, направленную на устранение проявлений полиорганной недоста-

точности, обеспечение адекватного газообмена, стабилизацию центральной и периферической гемодинамики и поддержание адекватной церебральной перфузии. Антибиотикотерапия проводилась введением не менее двух антибиотиков широкого спектра (цефалоспорины 3 поколения + аминогликозиды). В дальнейшем лечение проводилось с учетом микробиологического мониторинга.

Таким образом, интенсивная терапия полиорганной недостаточности зависит не только от эмпирически подобранной антибактериальной терапии, но и от последующего этиологического подбора антибиотика широкого спектра. В наших исследованиях этиологическим фактором явилась в основном *Pseudomonas aeruginosa*, на втором месте – *Staphylococcus aureus*, на третьем – *Klebsiella pneumoniae*. Вся выделенная микрофлора более чувствительна к меропенему, цiproфлоксацину, цефеперазону. Практически отсутствует чувствительность к амоксиклаву.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ВТОРИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ

С.Р. Рахимова, М.Б. Алибекова,
З.О. Бабаджанова

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Введение. Пневмония остается одним из самых распространенных заболеваний респираторной системы у детей первых трёх лет жизни и нередко – главной или основной причиной смерти в раннем возрасте. Учащение заболеваний органов дыхания связано прежде всего с влиянием на реактивность организма ребенка, перенесенные инфекционные заболевания. Бактериальные, вирусные инфекции и их токсические продукты воздействия на нейро-иммуноэндокринную систему приводят к развитию вторичного иммунодефицита.

Цель исследования: изучение особенностей течения пневмоний у детей грудного возраста с вторичными иммунодефицитными состояниями.

Материал и методы. В работе представлены данные обследования 43 детей в возрасте от 2 месяцев до 1 года. Все дети находились на стационарном лечении с основным диагнозом «пневмония». Всем детям проведено исследование основных показателей иммунного статуса в острый период болезни (уровень СДЗ, СД4, СД8, СД16, СД25, СД95 и СД20, количество сывороточных иммуноглобулинов Jg A, Jg M, Jg G (г/л)).

Результаты и обсуждение. Анализ анамнестических данных показал, что все обследованные дети имели отягощенный преморбидный фон. Пре-

валирующей патологией являлись последствия перинатального поражения ЦНС (65%), рахит (25,6%).

Изучение основных показателей иммунного статуса детей выявило значительные нарушения. В иммунном статусе у обследованных больных отмечалось снижение относительного числа Т-лимфоцитов, Т-хелперов и соответственно – иммунорегуляторного индекса (ИРИ). Кроме того, выявлено снижение функциональной активности Т-системы (снижение СД16, СД25, СД95).

В гуморальном звене иммунной системы отмечалось выраженное увеличение концентрации всех иммуноглобулинов, и особенно Ig A и Ig G.

Таким образом, у всех обследованных детей были выявлены признаки вторичного иммунодефицитного состояния, более выраженные в основной группе. При этом значительные нарушения наблюдались как в Т-клеточном звене иммунной системы, так и в гуморальном звене.

В ходе динамического наблюдения нами отмечено, что у 31 (72%) ребенка при поступлении наблюдалась некоторая «стертость» клинических проявлений тяжести пневмонии, которая приводила к «щадающей» стартовой терапии (антибактериальной). Но в дальнейшем у 26 (60,5%) детей была проведена либо смена антибиотика, либо подключен второй антибиотик резерва. Также необходимо отметить более выраженные и частые нарушения со стороны других органов и систем: токсический кардит (25,6%), токсический гепатит (11,6%), энцефалопатию (65%), токсический нефрит (6,9%).

Выводы. Таким образом, вторичное иммунодефицитное состояние проявляется нарушением соотношения между клеточной и гуморальной составляющими иммунитета, при этом клеточная подавляется, а гуморальная активируется. Клиническое течение заболевания характеризуется постепенным началом, «стертой» клиникой и более частыми и выраженными осложнениями со стороны многих органов и систем.

Всё это диктует необходимость назначения профилактической иммунокорректирующей терапии грудным детям, перенесшим пневмонию.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОПЛЕРОГРАФИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЁННОГО ВЫВИХА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Г.Э. Рахмонова, Х.М. Салиева

Ташкентская медицинская академия,
Шерабадский РМО

Актуальность. На сегодняшний день врожденный вывих бедра (ВВБ) продолжает оставаться актуальной проблемой. Эта патология каждый год поражает тысячи детей. Её проявление варьирует от легкой нестабильности до полного вывиха. Частота данной патологии, по данным различных авторов, варьирует от 3 до 20%.

Раннее выявление детей с дисплазией тазобедренного сустава (ТБС) является важной задачей современной ортопедии. Последствиями врожденного вывиха являются: нарушения функции нижней конечности, походки, боли в ТБС и высокий риск инвалидности. Начало лечения данной патологии до 3-х месяцев у 97% детей приводит к хорошим результатам.

Цель: оценить практическую значимость ультразвуковой доплерографии тазобедренных суставов детей с врожденным вывихом бедра.

Материалы и методы. За период 2021-2022 годов под наблюдением находились 30 детей с врожденным вывихом бедра. Дети были разделены на 2 возрастные группы: 1-я группа – 2-4 года (20 человек), 2-я группа – 5-7 лет (10 человек). При этом выяснили, что из 30 пациентов данной группы с ВВБ по результатам анамнеза только 6 человек получали консервативные лечение, остальные дети обратились с выявленной патологией впервые. Всем детям проводилось обследование: ультразвуковая доплерография тазобедренного сустава (УЗДГ) – на аппарате MEDISON Accuvix V20, рентгенография тазобедренных суставов – в стандартных проекциях на аппарате SHIMADZU Flexavision.

Результаты. При проведении УЗДГ с ВВБ основным показателем являлась максимальная систолическая скорость (V_{max}). У детей 1-й группы отмечено снижение скоростных показателей кровотока до 14,6 см/с, здоровой стороны – 22,5 см/с. Разница в показателях кровотока здоровой стороны и при патологии составила около 33%. Индекс резистентности соответствовал норме. Через 1-1,5 месяца после реконструктивного вмешательства на тазобедренном суставе в данной группе пациентов получены отклонения показателей в виде более выраженного снижения V_{max} до 13,6 см/с, увеличения RI до 0,98. Во второй группе пациентов с признаками ишемии головки бедренной кости также выявлено снижение скорости кровотока до 24,7 см/с, здоровой стороны – 42,7 см/с. Отклонение от сравнительной нормы составило около 43%, IR – 0,99. Через 1-1,5 месяца после реконструктивного вмешательства на тазобедренном суставе в данной группе пациентов получены показатели кровотока, отличающиеся от показателей детей 1-й группы, отмечено, хоть и незначительное, но улучшение скоростных показателей V_{max} – 26,7 см/с, уменьшение IR – 0,94. Видимо, это связано с более сформированной анатомией артериального сосудистого русла ТБС, в отличие у детей более раннего возраста.

Заключение. Комплексный и индивидуальный подход в диагностике патологии ТБС у детей с применением ультразвуковой доплерографии сосудистого кровотока в рамках ортопедического лечения может применяться в качестве метода профилактики развития диспластического коксартроза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Н.Н. Толипов, С.Т. Насимов, М.А. Алиакбаров

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

Переломы костей конечностей у детей с сочетанным повреждением черепа и головного мозга составляют от 20 до 40%. Летальность при этих тяжелых травмах достигает от 37,2% до 59,2%. Сочетание переломов костей конечностей с наличием у пострадавшего ЧМТ в значительной мере затрудняет выбор и тактику лечения перелома.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов хирургического лечения переломов костей у детей при сочетанных черепно-мозговых травмах (СЧМТ).

Проанализированы результаты оперативного лечения 250 пострадавших детей с переломами костей конечностей при СЧМТ, пролеченных в отделении хирургии повреждений детского возраста и нейрохирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) в период 2019-2021 гг.

Среди пострадавших мальчиков было 168 (67,2%), девочек – 82 (32,8%). В результате дорожно-транспортного происшествия травма была получена в 152 (60,8%) случаях, в 31 (12,4%) случае – кататравма, в 67 (26,8%) – на улице и в бытовых условиях. Шок 1 степени наблюдался у 109 (58,6%), 2 степени – у 67 (36%), 3 степени – у 10 (5,4%) пострадавших. У 223 (89,2%) детей отмечалось преимущественное повреждение опорно-двигательного аппарата (ОДА) с черепно-мозговой травмой, у 27 (10,8%) превалировала черепно-мозговая травма (ЧМТ).

Хирургические методы по сегментам распределились следующим образом:

	Количество	Интрамедул. остеосинтез штифтом	Интрамедул. остеосинтез спицами	Эластичный интрамедул. остеосинтез стержнями	ВКДО аппаратом Илизарова	Остеосинтез пластиной	Остеосинтез винтами
Ключица	20	–	20	–	–	–	–
Плечевая кость	46	2	26	–	18	–	–
Кости предплечья	24	–	24	–	–	–	–
Кости кисти	4	–	4	–	–	–	–
Бедренная кость	88	56	14	16	–	–	2
Кости голени	66	22	32	12	–	–	–
Кости таза	2	–	–	–	–	1	1
Итого	250	80	120	28	18	1	3

Вопрос о сроках проведения оперативных методов лечения переломов костей решается в зависимости от степени нарушения витальных функций больного. Если тяжесть состояния по шкале TS не более 8 баллов и после проведения противошоковых мероприятий на фоне интенсивной инфузионной терапии состояние больного остается прежним, более приемлемым является консервативный способ лечения. Если на фоне проводимой терапии показатели баллов по шкале TS (Trauma Score) значительно увеличились, то методом выбора остается оперативное лечение переломов с применением малоинвазивных способов фиксации отломков. Основными противопоказаниями к проведению операции являются нестабильная гемодинамика и наличие тяжелой степени шока. Выбор метода лечения перелома костей при СЧМТ производится с учетом возраста больного, его общего состояния, степени тяжести ЧМТ, вида перелома костей конечностей, степени смещения отломков и характера сопутствующих повреждений.

Среди хирургических методов оперативного лечения в большинстве случаев нами был применен интрамедуллярный остеосинтез.

Изучение ближайших результатов лечения хирургического лечения переломов длинных костей при сочетанной травме ОДА выявило хорошие результаты у 221 (88,4%) ребенка. Удовлетворительные результаты получены у 25 детей (10%), неудовлетворительные – у 4 (1,6%), в этих случаях отмечался летальный исход в результате тяжелой черепно-мозговой травмы.

Выводы:

1. При переломах костей при СЧМТ ранний остеосинтез может уменьшить частоту осложнений (ОРДС, пневмонии, тромбоэмболии легочной артерии, синдрома жировой эмболии, сепсиса и полиорганной недостаточности), снизить летальность и улучшить анатомо-функциональные результаты лечения.

2. Анализ результатов хирургического лечения перелома длинных костей у детей при СЧМТ выявил преимущество различных видов малоинвазивного интрамедуллярного остеосинтеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА У ДЕТЕЙ

*Ш.М. Усманов, Ч.М. Абдувалиева,
Ж.Г. Абдулазизов, Ш.Ш. Исраилов,
А.А. Акбаралиев*

**Андижанский филиал РНЦЭМП,
Андижанский государственный медицинский
институт**

Актуальность. Аппендикулярный инфильтрат у больных с острым аппендицитом встречается в 3,4%. В литературе имеются сведения о подходах к его лечению, чаще всего консервативных, реже – оперативных. Тактика ведения аппендикулярного инфильтрата не утратила своей актуальности до настоящего времени.

Цель работы: улучшить результаты лечения аппендикулярного инфильтрата у детей.

Материалы и методы. За последние 5 лет в детской хирургии АФ РНЦЭМ пролечились 82 ребенка по поводу аппендикулярного инфильтрата, что составляет 3,06% от всего количества детей, оперированных по поводу острого аппендицита. Из них в периоде до 5 суток с начала заболевания поступило 45 детей, а в периоде с 7 до 15 дня заболевания – 12 детей.

По локализации очага воспаления подпечёчный процесс был установлен в трёх случаях: в правом боковом канале – 32, в подвздошной области – 18, в малом тазу – в 27 случаях, в забрюшинном пространстве – в 5 случаях.

Результаты. Наша тактика лечения рассматриваемого контингента больных была следующей: при сравнительно недавнем процессе заболевания, т.е. до 3 суток, во всех случаях было произведено хирургическое лечение, и аппендэктомия после разделения спаек была технически возможна во всех случаях. Операция заканчивалась санацией очага воспаления раствора антибиотиков и дренажем очага воспаления.

При давности процесса с 4 до 17 суток интраоперационная находка более сложна, с точки зрения тактики лечения. Так, у 12 детей с давностью заболевания от 4 до 6 суток было проведено оперативное лечение, включая аппендэктомию. У 11 детей с давностью заболевания от 4 до 9 суток аппендэктомия во время хирургического лечения не была проведена; причем у 5 из них – потому, что при низко расположенном инфильтрате, в малом тазу, в процессе консервативного лечения образовался абсцесс, который был вскрыт и дренирован через стенку тазовой части прямой кишки.

У остальных 9 детей во время операции выяснилось, что червеобразный отросток находится в глубине инфильтрата, и поэтому, избегая лишней травмы органов брюшной полости, был проведён лишь дренаж очага воспаления.

У 35 детей, у которых как во время поступления в стационар, так и в процессе лечения периаппендикулярный процесс оставался отграниченным,

без общих явлений воспаления и опасности распространения инфекции по всей брюшной полости, было проведено консервативное лечение.

В целом в остром периоде заболевания аппендэктомия не была проведена у 34 детей. Хирургическое лечение по поводу хронического аппендицита у этих детей было проведено в периоде с 2 до 5 месяцев после выписки из стационара и окончания лечения. Летальных исходов у нашего контингента больных мы не наблюдали.

Вывод. Считаем, что основным критерием выбора оптимального способа лечения периаппендикулярного инфильтрата у детей является наименьшая травматизация органов брюшной полости и постоянная профилактика развития неограниченного воспалительного процесса в брюшной полости.

ЭНЦЕФАЛИТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ФОНЕ ОРВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Н.Х. Хакимова, Н.К. Мирзаева

Джизакский филиал РНЦЭМП

Острые респираторные инфекции до настоящего времени остаются актуальной проблемой педиатрии. Среди этиологических агентов ОРВИ лидирующую позицию занимают вирусы. Самым частым осложнением ОРВИ является энцефалитические реакции, характеризующиеся общемозговыми симптомами, остро возникающими на высоте инфекционно-токсического процесса. Ведущим механизмом энцефалитической реакции являются гемодинамические расстройства с повышением проницаемости сосудистой стенки, дисциркуляторные нарушения, ведущие к отеку и набуханию головного мозга. Судороги сопровождаются апноэ, и на этом фоне нарастает гиперкапния.

Целью нашего исследования является изучение течения энцефалитической реакции у детей на фоне ОРВИ.

Объектом исследования явились 54 ребенка в возрасте от 3 месяцев до 1 года, госпитализированных в 2021 году в отделение неотложной педиатрии Джизакского филиала РНЦЭМП. У всех обследованных больных детей тщательно изучался перинатальный анамнез и анамнез заболевания, а также клинические проявления энцефалитической реакции, характер и динамика. Наряду с этим детям проводились общеклинические лабораторные обследования ЭХО-ЭГ, ЭЭГ – нейросонографию.

В результате проведенных исследований установлено, что 70% детей родились в результате неблагоприятно протекавшей беременности, что явилось предрасполагающим фактором перинатальных повреждений нервной системы. Из 54 обследованных детей 32 (59%) поступили в первой компенсаторной стадии. В клинической картине больные были беспокойны в психомоторном состо-

янии с двигательным возбуждением, определялся тремор рук, подбородка и нистагм. Это стадия обратимого отека головного мозга и раздражения преимущественно полушарных структур. Из них 12 (24%) больных поступили в 2-декомпенсаторной стадии. В этой стадии нарастало торможение в ЦНС в виде оглушенности и сопора, что клинически проявлялось сонливостью, вялостью, угнетением двигательной активности, анизорефлексией, рвотой, набуханием, пульсацией большого родничка, усиленным мышечным тонусом с определением характерной позы – с разогнутыми ногами и запрокинутой головой, усилением нистагма и косоглазием. У 10 (17%) больных детей наблюдалось 3-я стадия энцефалитической реакции в глубоком расстройстве сознания в виде сопора до степени комы, неукротимой рвоты, судорог – внезапных клоникотонических непроизвольных и кратковременных сокращений мышц, нередко приобретаемых серийный тип, сопровождающийся потерей сознания, стойким становлением косоглазия, нистагма, а также наблюдались гипертермические нарушения с последующим переходом к гипотермии. В этой стадии прогрессировал отек мозга и сердечно-сосудистая недостаточность, угнеталась деятельность не только полушарий, но и различных отделов ствола мозга.

Больным первой компенсаторной стадии были назначены: антиоксиданты, противосудорожные препараты – сибазон 1 мг/кг 1-2 раза в сутки, при необходимости – дроперидол 0,15 мл/кг, оксibuтират натрия – 100 мг/кг. Целесообразным было назначение 5-10% глюкозы, аскорбиновой кислоты, препаратов кальция, дексаметазона, сульфата магния – 25%. Во второй стадии мочегонные препараты – 1-3 мг в сутки: диакarb – от 50 до 250 мг и ноотропы, пирацетам, самозина, препараты кальция, магния сульфат, дексаметазон, глюкоза и витамин группы В. В третьей стадии проводилась активная кислородотерапия, дегидратация – маннит 0,5-1,0 г/кг в сутки, 10% раствор глюкозы, преднизолон 1-2 мг/кг в сутки, а также ноотропы, сосудорасширяющие препараты: трентал, актовегин, плазмотрансфузия.

Таким образом, динамические наблюдения за детьми, перенесшими энцефалитические реакции, показали, что своевременная оценка состояния и начатая интенсивная терапия помогают избежать грозных осложнений и проводят к снижению летальности.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ

*С.А. Шарифбаев, И.А. Жиянов, З.И. Ашуров,
Ш. Уринов, Ш.Т. Каримбаев, С.К. Ходжиев,
Д.М. Мамадалиев, Ё.И. Дадабаева,
Г.Т. Пулатов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: уточнить показания к хирургическому или консервативному лечению травматических внутричерепных гематом у детей.

Материал и методы обследования. Обследовано 150 детей с внутричерепными гематомами в возрасте от 2 до 14 лет, средний возраст составил 9 лет, средний балл по шкале Глазго – 8 баллов.

Результаты. По данным МСКТ, у 61 ребенка (41%) были диагностированы эпидуральные гематомы, у 46 (31%) – субдуральные, у 30 (20%) – внутримозговые гематомы в очагах контузии и у 13 (9%) – множественные. Определяющими факторами для выбора тактики лечения был уровень сознания по шкале Глазго, динамика неврологических нарушений, наличие анизокории, объем и локализация гематомы, выраженность отека мозга, смещение срединных структур. Оперировано 54 (36%) больных методом трепанации с активным дренированием, 96 (64%) больных лечились консервативно. Максимальный объем ВЧГ при консервативном лечении с благоприятным исходом у детей был 10 мл. У этих детей уровень ШКГ при поступлении был больше 7 баллов, анизокории не отмечалось, на МСКТ головного мозга базальные цистерны были нормальными, смещение срединных структур не повышало 3 мм. Между ШКГ, анизокорией, степенью сдавления базальных цистерн и степенью смещения срединных структур выявлена достоверная связь. Общая летальность при внутричерепных гематомах составила 10%. Из них при субдуральных гематомах – 8%, внутримозговых – 27%, при множественных гематомах – 30%.

Для определения тактики хирургического или консервативного лечения внутричерепных гематом следует учитывать динамику сознания по ШКГ, наличие анизокории, объем гематомы, его локализацию, сдавление базальных цистерн и смещение срединных структур головного мозга.

Вывод. Внедрение миниинвазивных нейрохирургических операций в лечение пострадавших детей позволило снизить летальность, сократить сроки пребывания больных в стационаре.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА НА ФОНЕ АТОПИИ У ДЕТЕЙ

Б.А. Янгиев, Д.А. Турсункулова, Б.А. Турсунова

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. В результате воздействия неблагоприятных экологических факторов на детей неуклонно растет частота случаев развития атопии, а следовательно, и обращений за медицинской помощью детей с острыми респираторными инфекциями.

Цель работы: выявить особенности течения острого обструктивного бронхита на фоне атопии у детей с целью профилактики заболевания.

Материал и методы исследования. Изучены результаты клинико-анамнестических обследований 42 больных детей с обструктивным бронхитом, госпитализированных в отделения I и II экстренной педиатрии и детской реанимации СФ РНЦЭМП. I группу составили 20 больных детей с обструктивным бронхитом, не имевшие признаков атопии, II группу – 22 больных с обструктивным бронхитом на фоне атопии.

Результаты. Согласно изучению анамнестических данных, 6 (14,3%) больных госпитализированы в первые сутки от начала заболевания, 29 (69,0%) – на 2-3 сутки и 7 (16,7%) – на 3 день. В неонатальном периоде 19-45,2% матерей II группы перенесли вирусно-бактериальные инфекции, тогда как в I – в 1,8 раза реже. В I группе бактериальный вагиноз был у 3-7,1% матерей, осложненное течение беременности и родов отмечалось в 4 – 9,5%

случаях, тогда как во II группе – соответственно у 5 – 11,9% и 9 – 21,4% матерей. В постнатальном периоде во II группе чаще, чем в I группе, встречались: диспепсические явления (12-28,6% и 8-19,1%), указание на раннее искусственное вскармливание (15 – 35,7% и 6 – 14,3%), анемии (1 – 45,2% и 11 – 26,2%), атопический дерматит (52,4% и 0%), инфекционные (9 – 21,4% и 6 – 14,3%) и соматические заболевания (13 – 30,1% и 5,3%), частые респираторные инфекции (12 – 28,6% и 8 – 19,0%). Родители детей I и II групп указывали на использование антибиотиков (6 – 14,3% и 10 – 23,8%), нестероидных противовоспалительных препаратов (1 – 2,3% и 7 – 16,7%), гормонотерапию (0% и 3 – 7,1%). Изучение анамнестических данных показало, что родители больных II группы в 1,8 раза чаще поздно (на 3 сутки и позже от начала заболевания) обращались за медицинской помощью в стационар при выраженных признаках заболевания, при этом чаще это были дети II группы. Причиной лихорадки, насморка, дерматита, неврологических расстройств, диареи и других патологических реакций в основном была аллергия. В стационаре при поступлении у 24 – 57,1% больных имелась выраженная одышка смешанного характера. У больных II группы ДН 1-2 степеней выявлена в 9 – 21,4% случаях и ДН 3 степени – у 3 – 7,1% больных, госпитализированных в отделение детской реанимации, тогда как в I группе больных с ДН 3 степени не было.

Вывод. Таким образом, обструктивный бронхит на фоне атопии у детей протекает тяжелее, что диктует необходимость проведения диспансеризации и ранней профилактики.

6. НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

HEN WILL THE COVID-19 PANDEMIC OFFICIALLY END?

Hudaykulova Gulnora Karimovna

**Scientific supervisor, teacher of the Department of
Public Health and management
of the Tashkent Medical Academy**

Salimova Malika Rashidbekovna

**Scientific supervisor, teacher of the Department of
Public Health and management
of the Tashkent Medical Academy**

Narmuratova Farzona Qahramon qizi

**Researcher, 1st Stage Student
Of The Faculty of management
of the Tashkent Medical Academy**

Introduction: Coronavirus disease (COVID-19) is a disease that causes the SARS-CoV-2 virus to come out. The virus that caused the Global pandemic was first identified in the Chinese city of Uhan at the end of 2019. Since March of the year 2020, strong quarantine rules have been established in almost all countries of the world. The disease is characterized by symptoms such as high temperature, coughing and shortness of breath. In some cases, there is muscle pain, sputum detachment, as well as sore throat. Although mild symptoms occur in most cases of viral infections, in some patients, the disease leads to severe pneumonia, as well as the failure of several organ activities. Among the cases diagnosed, the mortality rate is an average of 3.4 percent. Among those who have not reached the age of 20, this figure is 0.2 percent, among those who have passed the age of 80, 15 percent. [1]

Purpose: a question that is difficult to answer if we talk about when this pandemic will end. History shows that for the development of penicillin it took a period and another decade to create a vaccine against poliomyelitis. However, sooner or later a reliable and strong vaccine will be developed. Now it's a bit difficult to guess the time. Today, science is very developed. However, until now, we can only follow the instructions given by the government and health institutions for our safety.

Discussion: to the present day, hundreds of vaccines have been developed against coronavirus, and some have achieved very positive results in Stage III clinical trials. How do different vaccines work and compare?

All vaccines teach us to safely recognize the pathogen in our body and fight it. Vaccines are produced using a variety of technologies. Vaccines against Covid-19, which are currently the most effective, are used in four approaches. [2]

1. Viral vector

Oxford-AstraZeneca is the first viral vector vaccine approved for Covid-19.

2. mRNA

Vaccines such as pfizerna and Moderna are mRNA vaccines. Both of them is also considered as highly effective vaccine. Efficiency-estimated-95%

3. "whole" virus

Sinovac, Bharat Biotech and Sinopharm are among the most effective Covid-19 vaccines under development belonging to this species.

4. Protein sub unit

Among the most advanced Covid-19 vaccines that use this approach, Novavax is included.

While vaccines are generally safe for people with low immunity, people with severe illness are sometimes advised to avoid live vaccines because even a weakened virus can make them sick. Gratifying – preliminary research shows that all four vaccine technologies currently in use are suitable for immunocompromised vulnerable people, and none of these technologies use a "live" virus, which does not cause problems in this regard. [2]

Conclusion: These measures will be important for the near future, as COVID-19 transforms into a persistent but less-deadly presence, and further down the line, when the next pandemic comes knocking. "We need to figure out how to prepare for the next pandemic right now..."

We must learn from our victories and mistakes."

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ И ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ COVID-19 АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ

*А.А. Алижанов, Б.А. Худойбердиев,
И.Р. Хужамбердиев, Н.Б. Исхаков, Д.А. Рашидов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. COVID-19 проявляется как мульти-системное заболевание, однако легкие представляют собой наиболее часто поражаемый орган-мишень. При заболевании COVID-19 поражения легких составляют до 93%. Исследования ученых многих стран показали, что основным морфологическим проявлением в легких является диффузное альвеолярное повреждение в сочетании с вовлечением в патологический процесс сосудистого русла легких и альвеолярно-геморрагическим синдромом. Клиническое течение COVID-19 характеризуется гиперкоагуляцией с удлинением протромбинового

времени, повышением уровня D-димера и фибриногена в сыворотке крови, что приводит к тромбозам разной локализации, тромбозам и развитию синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдрома). Поэтому одним из основных компонентов в лечении данной патологии является применение антикоагулянтов в лечебных дозах. Одним из грозных осложнений данной проблемы являются внутриплевральные и внутрилегочные кровотечения. Хирургическое лечение плевральных осложнений, в частности, внутриплевральных и внутрилегочных кровотечений, при лечении легочных форм COVID-19 имеет актуальное значение.

Материалы и методы. Материалом послужили проведенное лечение 31 больному с различными формами внутрилегочных и внутриплевральных осложнений вирус-идентифицированной (COVID-19) пневмонии. Все пациенты поступили с выраженными внутрилегочными и внутриплевральными проявлениями. Внутриплевральное кровотечение как осложнение ковид-ассоциированной пневмонии диагностировано у 1 (3,22%) пациента. Внутрилегочная гематома диагностирована у 2 (6,45%) пациентов. Всем поступившим пациентам оказана специализированная хирургическая помощь.

Полученные результаты. Во всех представленных случаях выполнена видеоторакоскопия, при которой отмечена повышенная контактная кровоточивость париетальной и висцеральной плевры. Легочная ткань при инструментальной пальпации диффузно уплотнена, тускло-розового цвета. В первом случае визуализирован источник кровотечения, которым явился сосуд в одной из спаек в апикальных отделах гемиторакса между легким и костальной плеврой. Кровотечение остановлено путем электрокоагуляции. В двух других случаях при видеоторакоскопии была отмечена ингибция паренхимы легочной ткани геморрагическим содержимым. Выполнено вскрытие внутрилегочных гематом с последующим ушиванием. Все операции закончились санацией и дренированием плевральной полости. В раннем послеоперационном периоде отмечена повышенная геморрагическая экссудация, что потребовало продолженного дренирования (до 4 дней) плевральной полости. Все пациенты выписаны из стационара с клиническим выздоровлением.

Выводы: 1. Лечение внутриплевральных и внутрилегочных осложнений вирус-идентифицированной COVID-19 пневмонии на фоне проводимой массивной антикоагулянтной терапии сопряжено с крайне высоким риском развития профузного легочного или внутриплеврального кровотечения. Оказание хирургической помощи пациентам с такими осложнениями целесообразно проводить на максимально ранних сроках диагностики этих осложнений. 2. После проведения КТ ОГК и выявления свободной жидкости в плевральной полости

следующим этапом необходимо проведение диагностической пункции плевральной полости. При получении геморрагического содержимого объем хирургической помощи не должен заканчиваться только дренированием плевральной полости. В условиях специализированного торакального отделения целесообразно выполнение видеоторакоскопии с возможной визуализацией источника кровотечения и последующей его остановкой. 3. При КТ-диагностике массивных внутрилегочных гематом целесообразно выполнение видеоторакоскопического вскрытия и эвакуации гематомы с последующим ушиванием легочной ткани. Операции заканчиваются санацией и дренированием плевральной полости.

КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19 КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ АРИТМИИ С РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ СЕРДЦА

*Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, Ш.А. Акилова,
Х.Ф. Мирзакаримов, С.Б. Турсунов,
Б.Ш. Алимханов, Л.Б. Гуёсзода*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан**

Введение. Пандемия новой коронавирусной инфекции внесла особенности в состояние переболевших пациентов, современными данными доказано значимое влияние на сердечно-сосудистую систему (ССС).

Цель: изучить частоту аритмии сердца у пациентов, перенесших Covid-19, в том числе с ремоделированием сердца.

Материалы и методы. В исследование были включены 156 пациентов, перенесших Covid-19 лёгкого и среднетяжелого течения, из них 82 мужчины и 74 женщины, средний возраст – $54,12 \pm 7,3$ года, госпитализированных в РНЦЭМП с жалобами на нарушения ритма сердца. В программу исследования входило общеклиническое обследование пациентов: анамнестические данные (давность аритмии, группы и класс препаратов, применяемых при терапии Covid-19, коморбидные заболевания, параметры маркеров воспаления (D-димер, СРБ)), холтеровское мониторирование (ХМ), электрокардиограмма, эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ). Статистическая обработка – критерии Пирсона, Фишера, Стьюдента (достоверная разница при $p > 0,05$).

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что среди всех обследованных пациентов с нарушениями ритма сердца у 42% ранее отмечалось заболевание ССС: АГ – 74%, ИБС – 26%.

По результатам данных ЭКГ были выявлены: синусовая тахикардия – у 126 пациентов (81%), синусовая брадикардия (СБ) – у 14 (9,2%), фибрилляция предсердий (ФП) – у 16 (10,2%), наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭС) (по данным ритмограммы) –

у 60 (38,3%), желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) – у 52 (33,2%). По ХМ аритмии сердца были выявлены у 97 пациентов (62,4% от всех обследованных). По данным параметрам различия между женщинами и мужчинами статистически не значимы. Так, НЖЭС регистрировались у 11 (11,3%) пациентов; ЖЭС – у 23 (23,7%) пациентов; суправентрикулярная тахикардия – у 39 (40,2%); желудочковая тахикардия – у 2 (2,0%); ФП – у 15 пациентов (15,24%); синоаурикулярная блокада высокой градации (СА) – у 2 (2,0%) и атриовентрикулярная блокада (АВ) – у 5 (5,1%) пациентов. По данным ЭхоКГ-исследований проводился анализ параметров: относительной толщины миокарда, размеров камер сердца, систолической и диастолической функции желудочков, доплерографии. Так, по результатам ультразвукового исследования сердца ремоделирование миокарда выявлено у пациентов с ФП, ЖТ в 1,6 раза больше ($p>0,05$) по сравнению с НЖЭС, ЖЭС, СА, АВ-блокадами. При анализе нарушений ритма сердца у пациентов было выявлено, что суправентрикулярные и желудочковые аритмии были зарегистрированы у всех пациентов с Covid-19, осложненным вирусной пневмонией.

Заключение. У пациентов в раннем постковидном периоде выявляются различные виды аритмии сердца, в независимости от степени тяжести и выраженности коронавирусной инфекции. Ремоделирование миокарда чаще встречалось у пациентов с фибрилляцией предсердий и желудочковыми тахикардиями, ассоциированными с возрастом, коморбидными заболеваниями, повышенным уровнем маркеров воспаления и фиброза. Для своевременного выявления нарушений ритма и проводимости в раннем постковидном периоде всем больным необходимо рекомендовать проведение ХМ, ЭКГ, ЭхоКГ сердца, анализ биохимических маркеров воспаления крови для своевременного выявления и выбора дальнейшей тактики лечения.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ХИРУРГИЯ» В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

А.Ю. Анисимов, Р.А. Ибрагимов, М.В. Кузнецов

Кафедра неотложной медицинской помощи и симуляционной медицины Центра медицины и фармации Высшей школы медицины Института фундаментальной медицины и биологии, ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Российская Федерация

В марте 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила о глобальной пандемии, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2. Еще в ее начале многие аналитики предполагали снижение качества хирургической помощи и связывали это с

рядом причин: сокращением хирургических бригад, коек, операционных, диагностического оборудования, плановой помощи в связи с необходимостью открытия инфекционных отделений и больниц, задержкой во времени постановки диагноза и проведения неотложных операций в результате изменений в логистике стационаров, увеличением сроков обращения пациентов из-за боязни заражения и изменений годами отработанной маршрутизации.

Цель исследования: анализ основных показателей экстренной хирургической помощи населения Республики Татарстан в условиях пандемии COVID-19.

Материал и методы. Использована база данных статистической отчетности хирургической службы Российской Федерации и Республики Татарстан за 2020–2021 годы.

Результаты. В 2020 году в Татарстане с числом населения 3 млн 894 тыс. человек хирургическая помощь взрослому населению, в том числе неотложная, оказывалась 72 медицинскими организациями, реализующими Программу государственных гарантий, на 1813 круглосуточных койках, а в 2021 году – в 67, на 1766 соответственно. Динамика к сокращению коек отмечается на протяжении последних 5 лет. Важной частью ресурсного обеспечения процесса оказания экстренной хирургической помощи являются кадры врачей-хирургов. В 2020 году в стационарах республики работали 326 общих хирургов, которые занимали 426 штатных должностей из имеющихся 448,5. В 2021 – 315, 409,5 и 433 соответственно. Таким образом, обеспеченность врачами хирургами составила 1,4 и 1,38 на 10 000 постоянного взрослого населения. Следует признать, что в конечном итоге дефицит физических лиц хирургов продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем службы на сегодняшний день. Говоря об уменьшении числа врачей – общих хирургов, следует иметь в виду, что именно они работают в медицинских организациях всех уровней, и они же в первую очередь оказывают экстренную и неотложную помощь при большом спектре хирургических заболеваний и состояний. С одной стороны, дефицит можно объяснить перепрофилированием хирургов в связи с возникшей необходимостью открытия временных инфекционных госпиталей, а с другой стороны, можно констатировать наметившуюся тенденцию снижения привлекательности специальности общего хирурга. В 2020 году на койки общего хирургического профиля было госпитализировано 66996 человек, в том числе по экстренным показаниям – 47532 (70,9%). В 2021 году – 69774 и 47893 (68,6%) соответственно. Общая (госпитальная) летальность составила 2,4% и 2,7%. В 2020 году показатель хирургической активности составил 58,9%, а в 2021 – 59,7%. Всего было прооперировано 39504 и 41657 пациентов. При этом послеоперационная летальность составила 2,3% и 2,7%. Сегодня, несмотря на то, что вакцинирование

населения приобрело массовый характер, ситуация с заболеваемостью COVID-19 остается напряженной, и пока трудно спрогнозировать влияние пандемии на хирургическую практику. Тем не менее, крайне важно извлечь уроки из пандемии и применять их в будущем. Проведенная работа по оптимизации структуры отрасли для республиканской хирургической службы в целом проявилась в образовании трех административно-территориальных зон с центрами высокотехнологичной хирургической помощи: в г. Казани, г. Набережные Челны и г. Альметьевске. Это позволило значительно повысить доступность и качество экстренной специализированной, в том числе высокотехнологичной хирургической помощи. Положительный опыт работы Диспетчерского центра Министерства здравоохранения Республики Татарстан убедительно свидетельствует о перспективности использования современных информационных технологий для обеспечения управленческих решений в области совершенствования организации экстренной хирургической помощи. Основными приоритетными направлениями деятельности хирургической службы Республики Татарстан в 2022 году являются: 1. Совершенствование процессов организации хирургической помощи. 2. Предоставление населению качественной и доступной хирургической помощи. 3. Обеспечение выполнения Национальных клинических рекомендаций, порядков и стандартов оказания хирургической помощи. 4. Совершенствование первичной медико-санитарной хирургической помощи населению, диспансерного наблюдения больных хирургического профиля. 5. Информатизация хирургической службы, внедрение цифровых информационных технологий в практику работы хирургов. 6. Дальнейшее развитие высокотехнологичных методов хирургического лечения, обеспечение их доступности населению, в том числе сельским жителям. 7. Развитие медицинской науки и инноваций в хирургии. 8. Расширение международного сотрудничества – проведение совместных международных симпозиумов, школ, мастер-классов, стажировок хирургов. 9. Внедрение менеджмента качества в медицинские организации хирургического профиля всех уровней. 10. Развитие кадрового потенциала хирургической службы. 11. Повышение квалификации хирургических кадров и создание системы мотивации их к качественному труду.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ COVID-19

Л.А. Ахмедов, Ш.Х. Пулатова, М.М. Бабаева

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель: изучить эффективность ферментного препарата вобензина при пневмониях с возбудителем вирусом COVID-19.

Материалы и методы. В нашем клиническом исследовании были включены 46 больных с клинически установленным диагнозом «Коронавирусная инфекция. Осложнение: пневмония», которые поступили в Бухарский филиал РНЦЭМП за период июнь-июль 2020 года. Из них было 18 женщин и 28 мужчин. Средний возраст составил $45,2 \pm 7,8$ года. Всем больным провели общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ на свертываемость крови, общий анализ мочи, ПЦР-анализ и рентген грудной клетки. Всем больным провели противовирусную, антикоагулянтную, противовоспалительную, муколитическую, бронхолитическую терапии и по показаниям – антибактериальную и симптоматическую терапии. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа получала вышеизложенные терапии, 2-я группа дополнительно к ним получала ферментный препарат «Вобензим», по 3 таблетки 3 раза до еды.

Результаты исследования. Все больные прошли курс терапии хорошо. Было зарегистрировано 6 (13,1%) летальных исходов, из них 4 – из 1-й группы и 2 – из 2-й группы. Клинически общее состояние больных с положительной динамикой у 1-й группы отмечалось на 4-й день, а у 2-й группы отмечалось уже на 2-й день. Достоверных различий между лабораторными показателями не отмечалось. В среднем у первой группы было $15,3 \pm 4,3$ койко-дня, а у второй группы – $10,3 \pm 3,8$ койко-дня.

Выводы. Исходя из полученных результатов, были разработаны следующие выводы:

1. При пневмониях коронавирусной инфекции использование ферментного препарата «Вобензим» приводит клиническое состояние больных к положительным результатам.

2. При пневмониях коронавирусной инфекции использование ферментного препарата «Вобензим» уменьшает клинические симптомы данного заболевания, в связи с чем сокращает пребывание пациентов в стационаре. Результаты не являются заключительными и требуют дальнейших клинических наблюдений.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19)

З.Б. Бабамурадова, М.Ш. Рофеев, Ж.М. Рофеев

**Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный
медицинский университет**

Актуальность. До 50% пациентов с COVID-19 помимо лихорадки и респираторных симптомов имеют желудочно-кишечные проявления в виде тошноты, иногда рвоты, болей в животе и диареи.

Согласно многоцентровому исследованию, проведенному американскими учеными с участием 318 пациентов, у 2/3 госпитализированных с COVID-19 был по крайней мере один желудочно-кишечный симптом. Наиболее распространенным из всех желудочно-кишечных симптомов, возникающих при новой коронавирусной инфекции, является диарея.

Цель исследования: определить частоту поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при инфекции COVID-19 и установить взаимосвязь между тяжестью течения COVID-19, вариантом лечения и гастроинтестинальными проявлениями.

Материалы и методы. У всех пациентов течение новой коронавирусной инфекции было подтверждено молекулярной диагностикой SARS-CoV-2 (ПЦР в биоматериале, взятом из дыхательных путей). На основании клиничко-лабораторно-инструментальных данных были выделены 3 группы пациентов по тяжести течения COVID-19: группа 1 – пациенты с легким течением COVID-19, группа 2 – пациенты со среднетяжелым течением COVID-19, группа 3 – пациенты с тяжелым течением COVID-19. Распределение пациентов по тяжести COVID-19: легкое течение – 9 (2,0%) случаев, среднетяжелое течение – 275 (63,1%), тяжелое течение – 152 (34,9%). Доля пациентов с сопутствующей патологией: ишемическая болезнь сердца – 44,3%, гипертоническая болезнь – 87,14%, сахарный диабет – 38,5%, заболевания легких – 27,14%, ожирение – 40,0%. При помощи разработанного опросника «Оценка желудочно-кишечных симптомов» у пациентов были уточнены характер и частота развития гастроинтестинальных поражений: общая распространенность гастроинтестинальных жалоб составила 56%, что подтверждают литературные данные (анализ клинической симптоматики у инфицированных SARS-CoV-2 китайских пациентов показал, что 50,5% поступивших в больницу имели гастроинтестинальные симптомы). Женщины предъявляли жалобы в 3,5 раза чаще, чем мужчины ($p < 0,05$). Из перечисленных в опроснике жалоб выявлено, что женщин чаще беспокоила диарея, мужчин – изжога/тошнота. Не получено статистически значимых различий в частоте возникновения диареи, тошноты и/или рвоты, отрыжки желчью/кислотой/пищей, чувства переполнения/раннего насыщения во время и после еды у пациентов с тяжелым и нетяжелым течением заболевания. Однако обратило на себя внимание, что пациенты с тяжелым течением коронавирусной инфекции в 6 раз чаще предъявляли жалобы на боли в животе, чем пациенты с легким и среднетяжелым течением ($p < 0,05$). По поводу коронавирусной инфекции и ее осложнений пациентам проводилась медикаментозная терапия: антибактериальная, нестеро-

идная противовоспалительная, антикоагулянтная, глюкокортикостероидная, иммуносупрессивная. С учетом гастроинтестинальных поражений при COVID-19 98% пациентов потребовалось проведение терапии ингибитором протонной терапии в стандартной дозе, 3,2% проводилась цитопротективная терапия ребамипидом в дозировке 300 мг/сутки.

Результаты. Общая распространенность гастроинтестинальных жалоб составила 56%. Женщины предъявляли жалобы в 3,5 раза чаще, чем мужчины. Женщин чаще беспокоила диарея, мужчин – изжога/тошнота. Пациенты с тяжелым течением COVID-19 в 6 раз чаще предъявляли жалобы на боли в животе, чем пациенты с легким и среднетяжелым течением.

Выводы. Установлена взаимосвязь гастроинтестинальных проявлений с более тяжелым течением новой коронавирусной инфекции: частота тяжелых форм инфекции COVID-19 была выше у пациентов с гастроинтестинальными симптомами заболевания, чем у пациентов без таковых проявлений.

РАЗВИТИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД

Н.В. Глуткина¹, Вл.В. Зинчук²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская университетская клиника, Беларусь

По данным Всемирной организации здравоохранения, на сегодняшний день зарегистрировано более 489 млн пациентов с коронавирусной инфекцией (COVID-19).

В период пандемии COVID-19 инфекции принципы лечения менялись, совершенствовались, и на сегодняшний день в активе врачей широкий арсенал медикаментов, которые успешно используются в терапии при разных формах заболевания. Однако медицина столкнулась с другой проблемой – так называемым постковидным синдромом, когда некоторые из симптомов сохраняются после завершения острой фазы заболевания. И это оказывает отрицательное влияние на дыхательную, сердечно-сосудистую, нервную, иммунную, пищеварительную и опорно-двигательную системы пациента.

Функциональные последствия после перенесенной коронавирусной инфекции связаны с непосредственным вирусным воздействием на органы, последствиями развития цитокинового шторма, применения различных терапевтических методик, собственными ресурсами организма, длительным

течением инфекции – неполноценной элиминацией и возможной персистенцией вируса в организме, а также в группе риска развития постковидного синдрома – пациенты с хроническими заболеваниями (сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология и др.).

Постковидный синдром является мультисистемным заболеванием, возникающим даже после легкой формы постковидного синдрома. Клиника данного синдрома разнообразна: повышенная утомляемость, одышка (стоит на втором месте по частоте встречаемости), гиперреактивность бронхов, периодический кашель. Данные проявления, вероятнее всего, обусловлены остаточным фиброзированием легочной ткани, которое является морфологическим проявлением репаративного процесса вирус-ассоциированного поражения легочной ткани.

Одной из основных мишеней окислительного стресса является эндотелий. Избыточная генерация активных форм кислорода неминуемо ведет к потере способности эндотелия адаптироваться к меняющимся условиям гемодинамики, что, прежде всего, выражается в усилении вазоконстрикции.

Целью данной работы являлась оценка окислительного стресса у пациентов в постковидный период (8 недель от начала заболевания).

В исследование были включены 24 пациента в постковидном периоде, у которых сохранялись в течение 8 недель от начала заболевания следующие симптомы: одышка при физической нагрузке, периодический сухой кашель, лабильность цифр АД, повышенная утомляемость. У пациентов осуществлялся забор крови из локтевой вены в состоянии покоя в шприц при поступлении на стационарное лечение и на 10 сутки после проведенной комплексной терапии (включение тиотриазалина) для оценки активности свободнорадикальных процессов, по содержанию первичных и конечных продуктов перекисного окисления липидов (диеновые конъюгаты, малоновый диальдегид, уровень антиоксидантной защиты по содержанию α -токоферола и активности каталазы. У данных пациентов к концу исследуемого периода наблюдались снижение содержания диеновых конъюгатов, малонового диальдегида только в эритроцитарной массе, проявления окислительного стресса.

Таким образом, проведение комплексной терапии пациентов в постковидный период, основанной на коррекции окислительного стресса, позволяет повысить эффективность лечения, способствует быстрому восстановлению и сокращению периода нетрудоспособности пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБОЖЖЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

*Е.В. Зиновьев, В.В. Солошенко,
В.Н. Юрина, Д.А. Козулин*

**ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия**

Патогенез новой коронавирусной инфекции характеризуется выраженным иммунным ответом на инфекцию SARS-CoV-2, приводящую к запуску гипертрофических реакций в органах и системах, развитию тромбоэмболии, острому повреждению легких, острому респираторному дистресс-синдрому и синдрому полиорганной дисфункции. При ожоговой травме также развивается в ответ на повреждение тканей местная и системная воспалительная реакция. Обожженные с положительным результатом на COVID-19 имеют все условия для развития синдрома взаимного отягощения из-за усиленного извращенного иммунного ответа. Гипотеза о влиянии коронавирусной инфекции на течение раневого процесса в ожоговой ране требует подтверждения и разработки в различных аспектах.

Цель исследования: выявить клинические особенности течения раневого процесса в ожоговых ранах на фоне COVID-19.

С апреля 2020 года в отделе термических поражений ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» оказана помощь 82 обожженным, у которых была выявлена в процессе лечения новая коронавирусная инфекция. Нами изучены результаты хирургического лечения 26 обожженных, находившихся на лечении в ожоговом отделении № 2 и переносивших одновременно с термической травмой новую коронавирусную инфекцию. Для исследования целенаправленно были отобраны пациенты с ограниченными глубокими ожогами, которым требовалось хирургическое лечение. Все пострадавшие после выявления коронавирусной инфекции из ожогового отделения переводились в специализированный ковидный госпиталь, при получении отрицательного ответа ПЦР-теста пациенты возвращались в ожоговый центр НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. Такой дизайн исследования был обусловлен необходимостью исключить влияние ожоговой болезни, как отягощающего фактора течения раневого процесса, и проследить все этапы лечения. Все пострадавшие были женского пола, возраст пострадавших составлял в среднем 63,14 года. По этиологии преобладали ожоги пламенем – 15 обожженных (57,69%), ожоги горячей водой – 7

случаев (26,92%), 4 случая контактного ожога (15,38%). Общая площадь ожога составляла в среднем 10,35% п.т., глубокое поражение локализовалось на площади 4,79% п.т.

При визуальном контроле ожоговых ран в динамике обращало внимание отсутствие демаркации ожогового струпа вплоть до 21 суток после травмы, что требовало особой осторожности при выполнении некрэктомии. При этом у всех обожженных аутодермотрансплантация выполнялась отсроченно, через 7–10 суток после некрэктомии, так как послеоперационная раневая поверхность не была готова к пересадке кожи. Длительная подготовка ожоговой раны к аутодермотрансплантации, обусловленная лечением обожженных в ковидном госпитале, приводила к тому, что первая аутодермопластика выполнялась в среднем на 29,14 суток после травмы. Результаты приживления расщепленных аутодермотрансплантатов у исследуемого контингента были 90–100%, лизиса не наблюдалось ни в одном случае. Отличные результаты приживления свободных расщепленных кожных трансплантатов можно объяснить длительной подготовкой раны к пересадке. Длительность стационарного лечения (включая лечение в ковидном госпитале) у исследуемой группы больных составила 53,5 суток. Отсутствие раннего восстановления кожного покрова у обожженных, перенесших новую коронавирусную инфекцию, в ряде случаев приводило к развитию грубых рубцовых деформаций и контрактур.

Отмеченные перечисленные факты дают информацию, требующую дальнейших углубленных исследований, в том числе сложных иммунологических и морфологических.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

М.Р. Каримов, А.М. Муродов, Р.А. Каримов

**Ташкентская медицинская академия,
Узбекистан**

Актуальность. Пандемия коронавирусной инфекции привела к изменению лечебных стандартов в лечении различных хирургических заболеваний, в том числе и желчекаменной болезни. С момента объявления ВОЗ 12 марта 2020 года пандемии COVID-19 рекомендации хирургических обществ продолжают развиваться, чтобы помочь хирургам принимать обоснованные решения в отношении ухода за пациентами.

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных с острым калькулезным холециститом, перенесших в анамнезе коронавирусную инфекцию.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 78 больных с острым калькулезным холециститом в возрасте от 45 до 75 лет, находившихся на стационарном лечении в многопрофильной клинике ТМА за 2020–2022 годы. Пациенты были разделены на две группы: основную (31 больной) и контрольную (47 пациентов). В контрольной группе применена стандартная тактика лечения острого холецистита; в основной группе, учитывая недостатки лечения при традиционном подходе, использована усовершенствованная тактика. У всех больных в анализах был отрицательный показатель IgM и положительный IgG. Всем пациентам основной группы произведена МСКТ грудной клетки. При определении тактики лечения больных (операбельность, выбор вида хирургического вмешательства и его объем) мы учитывали степень поражения желчного пузыря, клиничко-лабораторные данные, результаты МСКТ грудной клетки, наличие и тяжесть сопутствующих заболеваний.

Результаты и их обсуждение. У 13 больных контрольной группы при отрицательной динамике на фоне консервативной терапии была произведена холецистэктомия. Однако в послеоперационном периоде у 4 (8,5%) пациентов отмечалось резкое снижение сатурации, и после экстубации были вынуждены перевести больных на режим SPAP, в котором они находились до 12 дней. Из-за нарастания бронхолегочных осложнений в 1 (2,1%) наблюдении отмечался летальный исход. Данное обстоятельство способствовало пересмотру тактики ведения больных в пользу малоинвазивных, менее агрессивных вмешательств и отказу от травматичных, объемных радикальных хирургических вмешательств в раннем постковидном периоде. Учитывая этот факт, в основной группе, при отсутствии эффекта от консервативной терапии, предпочтение отдавали наложению чрескожной чреспеченочной холецистостомы (ЧЧХЦС).

8 (25,8%) больным основной группы, у которых отмечалась отрицательная динамика, была произведена ЧЧХЦС. Бронхолегочных осложнений в данной группе не наблюдалось, в 2 (6,4%) случаях отмечались осложнения, связанные с нарушением свертывающей системы крови (тромбоз глубоких вен нижних конечностей на фоне сопутствующей варикозной болезни нижних конечностей, тромбоз подключичной вены после катетеризации центральной вены). Летальных исходов не наблюдалось. Лечение осложнений проводилось консервативно, все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Вывод. При неэффективности консервативной терапии у больных в раннем постковидном периоде целесообразно предпочтение отдавать наложению ЧЧХЦС независимо от степени операционного

риска. Радикальные хирургические вмешательства необходимо выполнять в более позднем сроке (спустя более чем 3 месяца) после перенесенной коронавирусной инфекции. ЧЧХЦ является более эффективным и безопасным методом лечения. Эта стратегия потенциально будет принята во внимание на предстоящих этапах, когда сосуществование с вирусом потребует от нас ответных действий еще более действенным образом.

ЦИТОКИНОВЫЙ ШТОРМ В ПАТОГЕНЕЗЕ COVID-19 И БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

*М.Ш. Рофеев, З.Б. Бабамурадова,
Ж.М. Рофеев, Ф.Х. Сафарова*

Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный
медицинский университет

Цель исследования: изучить патогенез цитокинового шторма при COVID-19. Оценить и сравнить эффективность лечения пациентов двух групп, которые, согласно клиническим рекомендациям, не имеют чётких показаний к введению генно-инженерных биологических препаратов.

Материал и методы. Проанализированы 70 историй болезни госпитализированных пациентов с диагнозом «коронавирусная инфекция», вызванной COVID-19, поступивших в 2021–2022 году в отделение экстренной терапии СФ РНЦЭМП. Пациенты были разделены по группам: пациенты, которым введение МКАТ показано ($n=50$, группа 1), и которым не показано ($n=20$, группа 2). Показания к назначению МКАТ: А – пневмония, ассоциированная с коронавирусной инфекцией, среднетяжелой степени; Б – два признака и более: 1) сатурация 94%–97%; 2) уровень СРБ выше нормы в 6 раз; 3) фебрильная температура тела (38°C и более) на протяжении 3–5 дней; 4) лейкоцитопения – $3,0\text{--}3,5 \times 10^9/\text{л}$; 5) лимфоцитопения – $1,0\text{--}1,5 \times 10^9/\text{л}$. Данные о содержании в крови СРБ, лейкоцитов и лимфоцитов получены из общего и биохимического анализа сыворотки крови при поступлении и выписке пациентов. Статистическая обработка производилась с использованием программного пакета StatSoft Statistica 10.

Результаты исследования. Среди пациентов 1 группы были назначены различные виды ГИБП: ингибиторы рецепторов к ИЛ-6 – левелимаб и сарилумаб; ингибиторы ИЛ-6 – олокизумаб; ингибиторы фактора роста эндотелия сосудов группы А – нетакимаб.

Группа 1. Средний возраст пациентов – $50,53 \pm 11$, соотношение мужчин и женщин – 1:1,7, длительность лечения в среднем составила 15 койко-дней.

Группа 2. Средний возраст пациентов – $56,95 \pm 19$, соотношение мужчин и женщин – 1,5:1, длительность лечения в среднем составила 14 койко-дней.

В результате лечения пациентов группы 1 содержание лейкоцитов и лимфоцитов в среднем увеличилось на $4,4 \pm 0,8 \times 10$ мг/л ($p < 0,05$) и $4,6 \pm 2,1 \times 10$ мг/л ($p < 0,05$). Содержание СРБ уменьшилось на $85,76 \pm 9,51$ мг/л ($p < 0,05$). При выписке пациентов группы 2 содержание лейкоцитов и лимфоцитов в среднем увеличилось на $4,23 \pm 1,1 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$) и $5,09 \pm 2,6 \times 10$ мг/л ($p < 0,05$). Содержание СРБ уменьшилось на $25,40 \pm 9,44$ мг/л ($p < 0,05$).

Вывод. Применение генно-инженерных препаратов благоприятно влияет на устранение воспалительного процесса и приводит к быстрому восстановлению общего состояния организма.

ЦИТОКИНОВЫЙ ШТОРМ И COVID-19: СВЯЗЬ С ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЦИТОКИНАМИ

*М.Ш. Рофеев, З.Б. Бабамурадова,
З.Ш. Назарова, З.С. Исаметдинова*

Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный
медицинский университет

Актуальность. Вспышка болезни COVID-19 началась в конце 2019 года, в провинции Хубэй, Китай. Уже в первом квартале 2020 года болезнь распространилась по всему миру. В марте 2020 года, по оценке ВОЗ, коронавирусная инфекция COVID-19 приобрела характер пандемии, оказавшей не только медицинский, но и социальный эффект на повседневную жизнь людей во всем мире. Инфекция SARS-CoV-2 является высокопатогенным и трансмиссивным коронавирусом. Спектр заболевания SARS-CoV-2 или, по международному названию, COVID-19, широк: от бессимптомной формы инфекции до острого респираторного дистресс-синдрома, наиболее часто заканчивающегося смертью.

Цель исследования: систематический поиск научной информации о социально значимом заболевании COVID-19 и его иммунопатогенетические основы тяжести течения.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили статьи, опубликованные в базах данных PubMed, Scopus, Web of Science.

Результаты. К настоящему времени клинический опыт свидетельствует о широком спектре клинических проявлений COVID-19, от бессимптомной до тяжелой формы заболевания с низкой выживаемостью, связанной с агрессивной воспалительной реакцией. Основную роль в понимании иммунного ответа хозяина в ответ на внедрение вируса COVID-19 играют вирулентность, иммунный ответ человека и сложные воспалительные реакции. Сообщалось, что периферические иммунные клетки, цитокины и их рецепторные экспрессии играют важную роль у пациентов, страдающих критической пневмонией при COVID-19 (Zhang S., 2020). Ключевым цитокином, способствующим за-

щите хозяина посредством стимуляции острофазовых реакций, гемопоеза и иммунных реакций, относят ИЛ-6 (Hunter С.А., 2020). Сообщается, что уровень ИЛ-6 в сыворотке обычно повышается во время инфекции, и критическое повышение наблюдается при тяжелом течении (Tanaka Т., 2020). Имеются клинические данные, которые свидетельствуют о том, что цитокиновый шторм связан с тяжестью COVID-19, а также является главной причиной смерти. Гиперактивация иммунной системы во время COVID-19 приводит к резкому повышению уровней провоспалительных цитокинов – цитокиновому шторму, который характеризуется системным воспалением, гиперферритинемией, острым респираторным дистресс-синдромом, синдромом системного воспалительного ответа, нарушением гемодинамики, тромбозом, диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, повреждением легких и других органов, полиорганной недостаточностью с неблагоприятным прогнозом.

Вывод. Цитокиновый шторм, вызванный инфекцией SARS-CoV-2, является центральным медиатором повреждения легких и, как следствие, может вызывать развитие осложнений, угрожающих жизни человека. Мы представляем несколько изменений лейкоцитов и цитокинов, которые могут помочь определить прогрессирование и тяжесть течения COVID-19, от начальной до поздней стадии, как в легких, так и в тяжелых случаях.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Д.А. Сапаев, Ш.А. Кодиров,
Н.М. Атажанова, Д.А. Уринов*

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Коронавирусы – семейство РНК-содержащих вирусов. Шиповидные отростки вируса напоминают солнечную корону, что и дало название семейству. Коронавирусы поражают преимущественно млекопитающих (включая человека), птиц и земноводных. Как и все вирусы, поражающие организм человека, коронавирус способствует выработке ряда медиаторов воспаления, таких как интерлейкин-6, С-реактивный белок, прокальцитонин, Д-димер.

Цель: изучить уровень маркеров воспаления при коронавирусной инфекции.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 45 больных в возрасте от 35 до 65 лет с коронавирусной инфекцией (подтвержденной, неподтвержденной), у которых по данным МСКТ диагностировали вирусную пневмонию. У всех больных была ИБС. Среди пациентов было 25 (55,5%) мужчин и 44,5% женщин. Всем

больным определяли уровень интерлейкина-6, С-реактивный белок, прокальцитонин, Д-димер.

Результаты. Развитие коронавирусной инфекции являлось триггером для выброса медиаторов воспаления, в частности, С-реактивного белка, который повышался практически у 95 процентов больных, достигая максимума – 151,2 мг/л. При этом повышение С-реактивного белка было тесно связано с клиническими проявлениями. Так, при высоких значениях С-реактивного белка наблюдалась выраженная лихорадка, до 39,8 °С, у 32 (71,1%) больных. При этом повышение интерлейкина-6 наблюдалось лишь у 21 больного (46,7%). К тому же прямой связи с клиническими признаками, такими как температура, рвота, тошнота, выявлено не было. Более того, при повышенном интерлейкине-6 клиническая картина была не столь выраженной, а состояние больных оценивалось как среднетяжелое. Коагулопатия была зарегистрирована у 14 (31,1%) больных, уровень Д-димера превышал норму в 2–3 раза. При этом повышенный уровень Д-димера наблюдался при развитии ОДН у больных, сатурация которых не превышала 85%. Последний факт, в свою очередь, свидетельствует о развитии коагулопатии и закупорке ветвей сосудов малого калибра в легких.

Выводы. С-реактивный белок более чувствителен по сравнению с интерлейкином-6 при течении коронавирусной инфекции. Однако при тяжелом течении коронавирусной инфекции наблюдалось значимое повышение Д-димера, по сравнению с другими маркерами воспаления.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕМОТОНА Д В ЛЕЧЕНИИ ПОСТКОВИДНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Н.А. Ходжаева

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. На протяжении длительного времени сосудистые заболевания головного мозга остаются одной из приоритетных проблем неврологии.

В основе развития поражения мозга при цереброваскулярной патологии лежат возникающие на фоне снижения поступления в нейроны кислорода энергетический дефицит, нарушение активного ионного транспорта, оксидантный стресс.

Проведено комплексное клинико-инструментальное обследование 150 пациентов с постковидной энцефалопатией, получавших парентерально Демотон Д 5,0 мл/сут в течение 25 дней (2 курса в год). Применение Демотона Д в сочетании с гипотензивными и антитромботическими препаратами оказывало выраженное положительное влияние на неврологическую симптоматику, вызывая ее регресс.

Целью исследования явилось изучение влияния Демотона Д на выраженность неврологиче-

ских синдромов у больных с ПЭ, прогрессирование и возникновение осложнений в течение заболевания в зависимости от стадий заболевания.

Материал и методы. Исследуемую группу составили 150 пациентов с ПЭ, находившихся на амбулаторном лечении и получавших препарат Демотон Д.

Демотон Д назначался парентерально (внутримышечно), в дозе 5 мл/сут. Курс лечения составлял 25 дней. Помимо этого, больные исследуемой и контрольной групп получали «базовую терапию». Неврологический статус пациентов фиксировался до начала включения в исследование, а затем – на 1, 3 месяце наблюдения. Помимо клинического исследования, всем исследуемым больным проводились лабораторные, инструментальные и нейровизиационные методы исследования.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что терапия, назначаемая больным контрольной группы, активно влияла на регресс отдельных неврологических синдромов. У больных контрольной группы с ПЭ статистически достоверное влияние на балльную оценку используемых шкал прослеживается начиная с 7-го дня лечения. При анализе результатов лечения больных с ПЭ статистически достоверное значение имеет динамика астенического синдрома, шкал тревоги и мотивации, а также балльная оценка шкалы MMSE. Положительное влияние терапии на вестибулярную и мозжечковую атаксию была в пределах достоверности ДИ 90%.

Выводы. Таким образом, можно констатировать, что лечение Демотоном Д больных с ПЭ приводит к значительному клиническому улучшению, особенно пациентов, относящихся к старшим возрастным группам, снижает риск возникновения инсультов в течение заболевания и уменьшает процент прогрессирования заболевания. Препарат имеет незначительный процент возникновения побочных эффектов, хорошо переносится больными, в том числе и пациентами старших возрастных групп.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «КОРТЕКСИН» ПРИ ПОСТКОВИДНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Н.А. Ходжаева, Х.Р. Бобокулов

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Цереброваскулярные заболевания являются важнейшей медико-социальной проблемой в нашей стране и во всем мире. Ранняя диагностика сосудистой патологии головного мозга необходима для эффективного проведения лечебно-профилактических мероприятий. Наиболее чувствительной к гипоксии областью мозга является ретикуло-лимбико-гипоталамический комплекс, поражение которого проявляется развитием нарушений в эмоциональной сфере.

Цель исследования: изучение эффективности кортексина при лечении когнитивных и аффектив-

ных расстройств при постковидной энцефалопатии, развившейся на фоне АГ и/или атеросклероза.

Материал и методы. Все пациенты получали кортексин по 10 мг/сут в течение 10 дней и были обследованы до лечения, на 11-й и 30-й дни от первого введения препарата. Диагноз ПЭ устанавливали на основании жалоб пациентов, данных анамнеза, результатов неврологического осмотра, дуплексного сканирования магистральных артерий головы, компьютерной и магнитно-резонансной томографии головного мозга. Пациенты получали базовую терапию: антигипертензивные средства (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы кальциевых каналов, диуретики, блокаторы β -адренорецепторов), статины. Для оценки когнитивных функций использовали метод заучивания 5 слов, пробу Шульте, шкалу MMSE.

Результаты. У большинства пациентов степень выраженности жалоб снизилась от 4 до 1–2 баллов, а у значительного числа больных отмечен полный регресс жалоб. В процессе терапии препаратом нормализовалось состояние рефлекторной сферы, регрессировали патологические стопные симптомы. В ходе лечения произошли положительные изменения показателей продуктивности умственной деятельности в виде значительного уменьшения числа пациентов с умеренными когнитивными расстройствами.

Заключение. Лечение кортексином способствует существенному уменьшению выраженности характерной для ПЭ объективной и субъективной симптоматики. У большинства пациентов выраженность жалоб снизилась, а у значительного числа больных отмечен полный регресс жалоб. Полученные результаты исследования позволяют рекомендовать низкодозированную нейропротекцию кортексином в составе комплексной терапии пациентов с ПЭ на фоне АГ и/или атеросклероза.

COVID-19 ДАН КЕЙИНГИ ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИНИ ДАВОЛАШДА ГЛИЦИН ТАБЛЕТКАСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

*Эшбоев А.Т.,¹ Искандарова Д.Э.,²
Маннонов М.З.,³ Искандарова И.Э.⁴*

^{1,2,3,4}Республика шошилич тиббий ёрдам
илмий маркази Сурхондарё филиали
^{2,3}Тошкент тиббиёт академияси
Термиз филиали

Маълумки, ҳозирги кунда энг долзарб муаммолардан бири юқумли касалликлар, юрак-қон томир ва асаб тизими касалликлари дидир. Айниқса, пандемия даврида бу ҳолат яққол кучайиб, ушбу касалликларнинг биргаликда келиши кўпроқ кузатилади.

Мақсад: COVID-19 билан касаллангандан сўнг беморларда учраган ўткир миокард инфарктини

даволашда тинчлантирувчи глицин таблеткасининг қўшимча самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллари. Текширув 2020 йил январь ойидан 2022 йил январь ойигача РШТЎИМСФ шошилиш терапия бўлимида ўткир миокард инфаркти билан даволанган 44 та беморда олиб борилди. Беморларнинг ёши 29–75 гача бўлиб, 24 та эркак, 20 та аёлдан иборат бўлган. Беморларнинг барчасида асосий шикоятлари билан биргаликда кучли асабий зўриқиш, ваҳима, безовталиқ ёки тушкунлик, хотира сусайиши, уйқусизлик ҳолатлари кузатилган. Беморлар даволаш усулига кўра тенг 2 гуруҳга (ҳар бир гуруҳда 22 тадан бемор) ажратилди: I гуруҳ – барча беморларга фақат асосий даво муолажалари олиб борилди. II гуруҳдаги беморларда асосий даво билан бирга қўшимча индивидуал тарзда глицин 1 таблеткаси 2–3 маҳал қон босими назоратида қўшилди. Муолажа давомида беморлар артериал босими, сатурацияси, шикоятлари ва ЭКГ, ЭХОКГ кўрсаткичлари ҳар куни 2 маротаба белгиланган вақтда динамик назоратда бўлди.

Текширув натижалари: даволашнинг 3–5-кундан II гуруҳдаги беморларнинг 36% (n=8) ида юқоридаги шикоятлар камайиши қайд этилган бўлса, 10-кунга келиб 73% (n=16) беморда кучли асабий зўриқиш ҳисси, уйқусизлик, безовталиқ ва хотира пасайиши билан боғлиқ шикоятлари деярли бўлмаган. Касалликдан даволаниш самарадорлиги II гуруҳда I гуруҳга нисбатан 3–5 кунга эртaroқ бўлгани ҳолда, II гуруҳдаги беморлар кайфияти, ўзини ҳис қилиши ва тузалишга бўлган ишончи анча юқори бўлган.

Хулоса. Миокард инфарктини даволашда асосий стандарт давога қўшимча тарзда фойдаланилган глицин препарати беморларга ижобий таъсир қилишини кўрсатди.

EMERGENCY PATIENT FLOW AND COVID-19: TO DIVIDE AND AVOID THE CATASTROPHE. UZBEKISTAN EXPERIENCE

Khikmat Anvarov, Daniyar Alimov

Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

Introduction: Aim of research:

With the onset of the SARS-CoV-2 pandemic, there have been unprecedented changes in all areas of society. Overall, 20% of cases are severe or critical, while the overall in-hospital mortality rate currently exceeds 2% and increases with age and with some comorbidities.

The aim of the study was to determine the optimal way to provide emergency medical care during pandemics, studying its operational, technical and research structures.

Among the first changes occurred in the system of emergency medical care. On March 15, 2020, “0”

patient with COVID-19 was registered in Uzbekistan. As in Uzbekistan, all countries of the Central Asian region took restrictive measures, which included the closure of state borders, the suspension of international and domestic transport links, the movement of public transport, the introduction of quarantine in settlements, and the suspension of activities. enterprises and organizations. This situation has undoubtedly affected the existing scheme for the provision of emergency medical care in the field.

Materials and methods. A telemedicine laboratory (tele-hub) has been set up at the Republican Research Centre of Emergency Medicine (RRCCEM) to organize and coordinate remote consultations for patients with COVID-19.

The purpose of tele-hub creating was the implementation and ongoing coordination of remote consultations of patients with COVID-19 infection in Uzbekistan, within the framework of which video consultations were carried out by medical personnel of medical institutions on the organization and features of the treatment and diagnostic process of patients with COVID-19 in Uzbekistan; collection and analysis of the necessary operational information on severe and especially severe patients with COVID-19 in Uzbekistan from medical institutions in the prescribed manner, as well as monitoring and coordination of work in the field of remote medical training of employees of quarantine institutions on the management of patients with COVID-19 in Uzbekistan taking into account domestic and advanced foreign experience, interaction was carried out with other services and departments in the field of organizing counseling for patients with COVID-19.

In addition, conditions have been created at the training center at the RRCCEM and distance master classes have been organized on the basic principles of managing intensive care patients with COVID-19 to train specialists in the field of resuscitation.

The result of the work of the telemedicine laboratory was an analysis of the development of the COVID-19 pandemic in the world and in the Republic of Uzbekistan.

Our guiding principles should be speed, scale and fairness.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НА ХАРАКТЕР КИСЛОРОДНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19, НАХОДЯЩИХСЯ В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ

*О.А. Левина, А.К. Евсеев,
А.К. Шабанов, И.В. Горончаровская,
Д.С. Слободенюк, С.С. Петриков*

ГБУЗ «НИИ скорой помощи
им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва

Введение. Пандемия новой коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2

(COVID-19), заставила медиков пересмотреть традиционные подходы к лечению пациентов с острым респираторным дистресс-синдромом и тяжелой пневмонией, когда методы нормобарической оксигенации, в том числе ранняя интубация и инвазивная искусственная вентиляция легких, оказались малоэффективными. Выходом из данной ситуации стало включение в комплексную терапию пациентов с COVID-19 гипербарической оксигенации (ГБО), как признанного средства ликвидации любых форм кислородной задолженности за счет более эффективной доставки кислорода к органам и тканям.

Цель работы: оценить влияние ГБО на характер кислородной поддержки у пациентов с COVID-19 в тяжелом состоянии.

Материалы и методы. Было обследовано 50 пациентов (32 мужчины, 18 женщин, средний возраст – $60,2 \pm 11,9$ года) с диагнозом «новая коронавирусная инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2», проходивших лечение в ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ». Все больные получали стандартную терапию в соответствии с рекомендациями Минздрава РФ и внутренними протоколами и, по данным компьютерной томографии легких, были в тяжелом состоянии (КТ-3–4). Пациентам был назначен курс ГБО, при этом сеансы ГБО начинали не позднее 7 суток с момента госпитализации ($3,9 \pm 1,7$ суток). Процедуру проводили в реанимационной барокамере Sechrist 2800 (США) при давлении не более 1,6 АТА в течение 40–60 минут. В качестве группы контроля использовали ретроспективные данные по 25 пациентам (16 женщин, 9 мужчин, средний возраст $65,7 \pm 11,2$ года). Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Statistica 10 (StatSoft, Inc., США).

Результаты. Положительное влияние ГБО на динамику уровня насыщения крови кислородом уже было показано в значительном количестве работ, однако авторы, как правило, опускают данные

о характере и динамике дополнительной кислородной поддержки у пациентов.

Нами было показано, что включение ГБО в комплексную терапию оказывает существенное влияние на кислородную поддержку. Так, в период 1–5-х суток с момента поступления пациента в стационар в обеих группах наблюдали увеличение доли пациентов, требующих кислородной поддержки – с 88% до 100% пациентов в контрольной группе и с 86% до 94% пациентов в исследуемой группе. Однако начиная с 7-х суток в исследуемой группе доля пациентов, требующих кислородной поддержки, начинала существенно снижаться, достигая 84% к 7-м суткам, 42% к 10-м суткам и 16% к 14-м суткам. Доля пациентов контрольной группы, требующих кислородной поддержки, за аналогичный период составила: 100% к 7-м суткам, 92% к 10-м суткам и 44% к 14-м суткам.

Если выделить из общего количества пациентов, требующих кислородной поддержки, только долю пациентов, находящихся на высокопоточной оксигенотерапии (ВПО), то в исследуемой группе к 7-м суткам доля таких пациентов составила 34%, а к 14-м суткам снизилась до 2%, в то время как в контрольной группе за аналогичный период зафиксировано снижение доли пациентов с 60% до 32%.

Заключение. Таким образом, включение метода гипербарической оксигенации в комплексную терапию пациентов с новой коронавирусной инфекцией позволяет существенно сократить необходимость использования дополнительной кислородной поддержки как за счет перевода пациентов с методов высокопоточной на низкопоточную оксигенотерапию, так и за счет полного отказа от дополнительной кислородной поддержки в более ранние сроки. Помимо улучшения качества лечения, это имеет выраженный экономический эффект, проявляющийся в снижении общего потребления кислорода.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ, РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ПАТОЛОГИЯХ, ТРАВМАХ И ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

ASPIRATION IN THE COMATOSE POISONED PATIENT:
WHO AND HOW TO TREAT?

Bruno Mégarbane..... 40

SIMULATION TRAINING AS A FACTOR IN IMPROVING THE SKILLS
OF AMBULANCE PERSONNEL

*Kim Heeun, Kh.E. Anvarov, D.G. Buribaev,
V.Sh. Abdurashidov, S.A. Ibragimov*..... 40

ҲАРБИЙ МОБИЛЬ ИННОВАЦИОН ТИББИЙ МАРКАЗ

Абдусаматов Д.М., Фозилов Н.Х., Мирзаев Д.А...... 41

КОМПЛЕКСНАЯ ГЕПАТОПРОТЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТОКСИЧЕСКИХ
ГЕПАТИТОВ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Р.Н. Акалаев, А.А. Стопницкий, М.К. Саидова..... 42

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ УКСУСНОЙ
КИСЛОТОЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Р.Н. Акалаев, А.А. Стопницкий..... 43

НАРКОТИК ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИ ИСТЕЪМОЛ ҚИЛИШ ОҚИБАТИДА
СУИЦИДАЛ ТЕНДЕНЦИЯЛАРНИНГ РИВОЖЛАНИШИ

*Акалаева А.А., Хонбабаева Р.Х., Стопницкий А.А.,
Алиходжаев Р.С., Шоумаров Г.Б., Акалаев Р.Н.*..... 44

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАВИГАЦИОННЫХ ШАБЛОНОВ
В ОБУЧЕНИИ ХИРУРГА ТЕХНИКЕ КОРРИГИРУЮЩЕЙ
ОСТЕОТОМИИ SCARF

А.А. Акулаев, А.А. Повалий..... 45

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ПЕРИОД ТОКСЕМИИ
ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ ВЗРОСЛЫХ

*Г.И. Алаутдинова, Х.Н. Мухитдинова,
У.А. Абдуллаев, Ф.С. Назарова*..... 46

ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПОСТРАДАВШИХ ОТ ОЖГОВ

А.А. Алексеев, А.Э. Бобровников, В.В. Богданов..... 47

ДИСТРАКЦИОННЫЙ МЕТОД В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ
ДЕФЕКТОВ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

А.М. Аллаёров, Н.З. Назарова..... 47

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ, СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ,
ОСЛОЖНИВШИХСЯ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИЕЙ

Ш.М. Атаханов, Н.Б. Ходжиматов, М.У. Имомбердиев..... 48

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОГО ТРАКТА

*Р.Н. Ахмедов, М.М. Рашидов, Ш.Ж. Исакулов,
А.Х. Калимбетов, М.М. Уралов*..... 49

РОЛЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ПОЧКИ <i>Р.Н. Ахмедов, М.М. Рашидов, О.Ж. Ашуоров, А.Х. Калимбетов, М.М. Уралов</i>	49
РОЛЬ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОСТОМИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ <i>Р.Н. Ахмедов, М.М. Рашидов, Ш.Ж. Исакулов, А.Х. Калимбетов, М.М. Уралов</i>	50
ЖИРОВАЯ ЭМБОЛИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ <i>Ж.А. Баратов, А.Б. Баратов, Х.И. Юсупов, Д.Х. Хонкелдиев</i>	51
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКОЙ АВИАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРИОД 2019–2021 ГОДОВ <i>А.С. Баянбаев, А.Ш. Жумадилов, Г.Х. Нурутдинова, А. Орынбасарулы</i>	52
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТРАДАВШИХ, ПОЛУЧИВШИХ ОЖОГИ ВО ВРЕМЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ПИЩИ <i>Д.О. Вагнер, Е.В. Зиновьев</i>	52
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОДА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Э.Ю. Валиев, Б.Р. Каримов, Д.А. Исмаилов, И.Х. Махкамов</i>	53
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ <i>Э.Ю. Валиев, Ж.Ю. Жаббаров, Б.Р. Каримов, А.Дж. Исмаилов, Ш.Р. Шукуров</i>	54
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ <i>Э.Ю. Валиев, Б.Р. Каримов, А.Дж. Исмаилов, З.Р. Хасанов</i>	55
РОЛЬ РАННЕГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ <i>Э.Ю. Валиев, О.Э. Валиев, Ф.Р. Мирджалилов, З.Р. Хасанов</i>	57
НАШ ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННЫМИ КОСТНО-СОСУДИСТЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Э.Ю. Валиев, Ш.М. Муминов, А.Дж. Исмаилов</i>	58
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОЖОГОВОЙ РАНЕ НА 12-Е СУТКИ ПОСЛЕ РАННЕЙ НЕКРЭКТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КУЛЬТИВИРОВАННЫХ АЛЛОФИБРОБЛАСТОВ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ <i>Т.А. Вerveкина, А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов, У.Р. Камилов, А.Д. Фаязов, А.С. Чарышникова, Н.А. Цисерова</i>	59
АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОТРАВЛЕНИЯ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ <i>П.П. Гавриков, Б.Б. Яцинюк, А.А. Соколова</i>	60

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ <i>Ф.А. Даминов, З.Ю. Тожиев, О.Н. Норкулов</i>	61
ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ БАКЛОФЕНОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>В.Т. Долгих, А.Р. Асанов</i>	62
ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ОТКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА <i>Н.Н. Заднепровский, П.А. Иванов</i>	62
ДИСЛОКАЦИЯ ЯИЧЕК ПРИ ТРАВМАХ ПЕРЕДНЕГО ПОЛУКОЛЬЦА ТАЗА У МОТОЦИКЛИСТОВ <i>Н.Н. Заднепровский, П.А. Иванов</i>	63
ИССЛЕДОВАНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ СВЯЗИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КОАГУЛОГРАММЫ И ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ КРОВОПОТЕРИ У ПОСТРАДАВШИХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ <i>Е.В. Зинovieв, Д.О. Вагнер, А.Е. Чухарев</i>	64
МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ <i>Е.В. Зинovieв, О.О. Заворотный, Д.В. Костяков</i>	65
МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ <i>А.У. Кодиров, Ж.Ж. Тухтаев, М.М. Мамадалиев</i>	65
АНАЛИЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ТОКСИЧЕСКИЙ ЭПИДЕРМАЛЬНЫЙ НЕКРОЛИЗ» В ОЖОГОВЫЙ ЦЕНТР ГБУ «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ» В ПЕРИОД С 2017 ПО 2021 ГОД <i>А.С. Коуров, Е.В. Зинovieв, Д.О. Вагнер, И.В. Кучурка, О.С. Грабко</i>	66
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ <i>А.Н. Кудрявцев, А.Г. Чижов, А.А. Клеузович, А.В. Корнеев, М.Р. Чуйко</i>	67
О РОЛИ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ <i>А.Н. Лодягин, А.А. Медведев, Л.Е. Андрианова</i>	68
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>Н.Н. Лукогорская, В.В. Хоминец, И.М. Барсукова, М.Н. Степанова</i>	69
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ УКУСАХ КАРАКУРТА <i>А.Ф. Махмудов, Д.М. Юсупова</i>	70
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОСТРЫХ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЗА 2019–2021 ГОДЫ ПО ФФРНЦЭМП <i>А.Ф. Махмудов, А. Исмаилов, Д.М. Юсупова</i>	70
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ НАРУШЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Ш.М. Муминов, О.Н. Низов, Т.Р. Минаев, А.Б. Хакимов, Дж.Х. Давлатов, А.А. Ташходжаев, Д.А. Худойназаров, Х.Р. Суванов, М.Ж. Йулдашев</i>	71

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН <i>Ш.М. Муминов, Э.Ю. Валиев, Б.П. Хамидов,</i> <i>Д.Л. Ким, Д.Д. Алимухамедов</i>	72
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ УКСУСНОЙ ЭССЕНЦИЕЙ <i>Ш.У. Муминов, К.С. Кенжемуратова, К.Э. Матякубов.....</i>	73
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ СВЯЗЕЙ ДЫХАНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ В ПЕРИОД ОЖГОВОЙ ТОКСЕМИИ <i>Х.Н. Мухитдинова, А.Д. Фаязов, Г.И. Алаутдинова,</i> <i>Г.Ш. Хамраева, Д.У. Салимов</i>	74
ТРАНСПОЗИЦИЯ ЛУЧЕВОГО ЛОСКУТА НА РЕВЕРСИРОВАННОМ КРОВОТОКЕ ПРИ ОБШИРНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ КИСТИ <i>О.Н. Низов, Т.Р. Минаев, А.Б. Хакимов,</i> <i>Дж.Х. Давлатов, Д.А. Худойназаров</i>	75
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ <i>Ф.Н. Норкузиев, М.П. Тожибоев, М.Х. Абдулахатов,</i> <i>Б.Н. Даминов, А.К. Алимов, А.Г. Пардаев.....</i>	76
ПРОГРАММА ЭНТЕРАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГОМЕОСТАЗА ПРИ ЭКЗО- И ЭНДОТОКСИКОЗЕ <i>М.М. Поцхверия, В.А. Маткевич, Ю.С. Гольдфарб.....</i>	77
ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ БЕТА-БЛОКАТОРАМИ: СТРУКТУРА ОТРАВЛЕНИЙ, ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ И ИСХОДЫ <i>В.Г. Сенцов, А.В. Чекмарев, Е.И. Казакова,</i> <i>К.Ю. Гусев, Е.А. Ременец</i>	78
ДЕЛИРИЙ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ЭТАНОЛОМ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ <i>А.Г. Синенченко, А.Н. Лодягин,</i> <i>Б.В. Батоцыренов, Ч.Б. Батоцыренов.....</i>	80
СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ИЛИ ВРЕМЕННАЯ ВНЕШНЯЯ ФИКСАЦИЯ КАК ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП К ПОГРУЖНОМУ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ГОЛЕНИ <i>А.А. Ситник, А.В. Белецкий, В.М. Уласевич, П.Е. Луцук.....</i>	81
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖКТ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ НА ФОНЕ РАЗВИТИЯ СЕПСИСА И ПРИ ЕГО ОТСУТСТВИИ <i>П.В. Скакун, Е.В. Жилинский, А.Ч. Часнойть.....</i>	82
ДВС-СИНДРОМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЛЕТАЛЬНОСТЬ <i>П.В. Скакун, Е.В. Жилинский, А.Ч. Часнойть.....</i>	83
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ЭТАНОЛОМ <i>Д.Х. Собиров</i>	83
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Ж.М. Тахиров, А.А. Уразбаев, Х.Р. Хударганов</i>	84

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТАЗА И БЕДРЕННОЙ КОСТИ <i>Х.А. Тияков, Э.Ю. Валиев, Б.Р. Каримов, З.Р. Хасанов, Ж.Ю. Джаббаров, А.С. Яхёев</i>	85
ВРЕМЕННАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Р.П. Тулаков, М. Наврузов, Б.Дж. Гелдиев</i>	86
МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ РУСЛО ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ЭЛЕКТРИЧЕСТВОМ <i>Д.Б. Туляганов, А.Д. Фаязов, В.У. Убайдуллаева, У.Р. Камилов</i>	87
РОЛЬ СВОБОДНОГО АММИАКА КАК РАННЕГО МАРКЕРА ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ И ЭНДОТОКСИКОЗАХ <i>Д.Б. Туляганов, А.М. Хаджибаев, Р.Н. Акалаев, А.А. Стопницкий, М.К. Саидова, А.Д. Фаязов, У.Р. Камилов, Н.Ф. Бердиев</i>	88
ПРИНЦИПЫ ТАКТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>А.Ю. Тухтакулов, Б.А. Уринов, Н.И. Махмудов</i>	89
КОМПЬЮТЕРНЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОТКРЫТОЙ ТРАВМОЙ КОНЕЧНОСТИ <i>А.Ю. Тухтакулов, Б.С. Усманов, В.Г. Хошимов</i>	90
ОТДЕЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА <i>Е.Ю. Тявокина, И.М. Барсукова, Х. Бежауи, Н.П. Седых</i>	91
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ СЛОЖНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО МАРШРУТА ПАЦИЕНТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ И ДИСФУНКЦИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>Е.Ю. Тявокина, И.М. Барсукова, Х. Бежауи, Н.П. Седых</i>	92
ЗНАЧЕНИЕ ПК ЦИСТОСТОМИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ МОЧЕВОГО ТРАКТА У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ <i>Г.У. Убайдуллаев, Б. Исмаилов, У. Мамадиев, Ш. Туйчиев</i>	93
ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК <i>Г.У. Убайдуллаев, Б. Исмаилов, О. Низомов</i>	94
ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И КОСТЕЙ ГОЛЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОС <i>Ж.Д. Уразбаев, А.А. Уразбаев, И.З. Нурматов, Х.Р. Хударганов</i>	95
РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ <i>А.Д. Фаязов, М.Д. Уразметова, Ш.А. Магдиев, У.Р. Камилов, А.Р. Халилов</i>	95

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ С СОЧЕТАННЫМИ
И КОМБИНИРОВАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

А.Д. Фаязов, У.Р. Камилов, У.Х. Абдуллаев,

Д.А. Рузимуратов, А.А. Набиев 97

ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА СИСТЕМЫ ЦИТОХРОМ
P-450 КАК ФАКТОРА ТЯЖЕСТИ РАЗВИТИЯ ТОКСИЧЕСКИХ
ГЕПАТИТОВ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ И ЭНДОТОКСИКОЗАХ

А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов, Р.Н. Акалаев, А.А. Стопницкий,

М.К. Саидова, А.Д. Фаязов, У.Р. Камилов, Д.А. Далимова,

Е.А. Цай, Ш.Н. Ибрагимова 98

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ
С ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ

Л.М. Хайитов, Э.А. Хакимов, Х.К. Карабаев,

Б.М. Шакиров, Н.Р. Тошмуродов 99

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Л.М. Хайитов, Э.А. Хакимов, Х.К. Карабаев,

Б.М. Шакиров, С.М. Исмоилов 100

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА
ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ

Г.М. Ходжиматов, Д.М. Хакимов, Х.Х. Хамдамов, Б.Б. Карабоев,

Н.А. Касимов, У.Н. Бобаев, М.П. Сидиков, С.М. Яхёев 100

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ
В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ

Х.Х. Холматов, Х.М. Эрназаров,

А.А. Алиев, О.Н. Рузиев 101

РОЛЬ ТРАНСФУЗИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Б.Н. Холмуродов, Ф.О. Темиров, С.М. Саидов 102

АНАЛИЗ КАДРОВОГО ВРАЧЕБНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В.В. Хоминец, Н.Н. Лукогорская,

И.М. Барсукова, М.Н. Степанова 103

ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНИЦ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В.В. Хоминец, Н.Н. Лукогорская,

И.М. Барсукова, М.Н. Степанова 103

АНАЛИЗ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ
АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

С.С. Худайбердиев, Б.М. Узаков 104

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОЙ
АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

С.С. Худайбердиев, Б.М. Узаков 105

ПЛАНИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ 3-УРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ
ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
НА ПРИМЕРЕ ИМИТАЦИОННОЙ МОДЕЛИ

Е.А. Цебровская, В.М. Теплов, А.Б. Ихоев, К.С. Ключовкин,

И.П. Миннуллин, С.Ф. Багненко 106

КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ <i>А.Ч. Часнойть, В.Н. Подгайский, И.Б. Василевич, З.Б. Квачева</i>	107
ОРГАНИЗАЦИЯ КОМБУСТИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ <i>А.Ч. Часнойть</i>	108
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАЗВИТИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Д.С. Шадманова, М.Т. Хусанхаджаева, З.С. Камалов</i>	109
АНАЛИЗ ЭТАПНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>В.Х. Шарипова, А.Т. Эшбоев</i>	110
АЁЛЛАРДА ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛИШ ОМИЛЛАРИ <i>Шоумаров Г.Б., Розанов В.А., Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Акалаева А.А., Хонбабаева Р.Х.</i>	111
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ <i>Ю.С. Эгамов</i>	112
СУРХОНДАРЁ ВИЛОЯТИ САНИТАР АВИАЦИЯ ХИЗМАТИНИНГ ФАОЛИЯТИ ВА БАЪЗИ БИР МУАММОЛАРИ <i>Эшбоев А.Т., Искандаров Э.Р., Искандарова Д.Э., Курбонов О.М.</i>	113
САНАЦИОННАЯ БРОНХОСКОПИЯ. ПОКАЗАНИЯ И РОЛЬ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ <i>Ч.И. Эшонкулов, Т.Э. Эгамбердиев, Ж.А. Акбаров, Н.И. Махмудов</i>	113
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИАФИЗА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ <i>Н.А. Юсупов, М.Х. Абдуллаев, Ш.Ш. Кобулов, Х. Акбаров</i>	114
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ <i>Н.А. Юсупов, А.А. Мамадалиев, М.Х. Абдуллаев, Ш.Ш. Кобулов</i>	115
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫМИ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ <i>Н.А. Юсупов, Х.Т. Акбаров, М.Х. Абдуллаев</i>	115
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ <i>Д.Р. Алимов</i>	116

2. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ

VIDEOTORACOSCOPY PLACE FOR THORACOABDOMINAL INJURIES <i>Djalilov E.T., Iskhakov B.R., Khudoiberdiev B.A., Iskhakov N.B., Robiddinov B.S.</i>	117
ADVANTAGES OF LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY <i>Iskhakov B.R., Alizhanov A.A., Iskhakov N.B., Robiddinova D.B., Dadaboev A.U.</i>	117
SANATION VIDEOLAPAROSCOPY IN PANCREATOGENIC PERITONITIS <i>Iskhakov N.B., Iskhakov B.R., Alijanov A.A., Ustabaev Kh.Kh.</i>	118
SIMULTANE LAPAROSCOPIC SURGERY IN URGENT ABDOMINAL SURGERY <i>Iskhakov N.B., Iskhakov B.R., Alijanov A.A., Robiddinova D.B., Dadaboev A.U.</i>	119
ROLE OF A COMPUTERIZED TOMOGRAPHY AT REVEALING HEMATOMAS OF A CEREBELLUM AND INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGES <i>Sharifbaev S.A., Ashurov Z.I., Abdusattarov K.A., Karimbaev Sh.T., Ismailov O.A., Ismailov A.I., Davlatov I.R.</i>	119
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭРПХГ И ЭПСТ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ <i>У.О. Абидов, К.Ш. Хаджаев, А.А. Хайдаров, З.П. Бафоев</i>	119
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА <i>У.О. Абидов, К.Ш. Хаджаев, А.А. Хайдаров, У.У. Рузиев</i>	120
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ПРИ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕНАХ ПИЩЕВОДА, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ <i>У.О. Абидов, К.Ш. Хаджаев, А.А. Хайдаров</i>	121
БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИ АМАЛГА ОШИРИЛГАН ПСИХОЛОГИК МУАММОЛАР <i>Акалаев Р.Н., Шоумаров Г.Б., Хаджибаев Ф.А., Стопницкий А.А., Хонбабаева Р.Х., Акалаева А.А.</i>	121
ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОЭНДОСКОПА ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ <i>А.А. Алижанов, С.А. Шарифбаев, К.А. Абдусаттаров, З.И. Ашуров, И.А. Жиянов, У.А. Хайдаров</i>	122
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>А.А. Алижанов, И.Р. Хужамбердиев, Б.А. Худойбердиев, Д.А. Рашидов</i>	123
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>А.А. Алижанов, А.Г. Мирзакулов, И.Р. Хужамбердиев, Ш.Б. Исабоев</i>	123
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЖИТЕЛЯМ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ В ГОРНЫХ РЕГИОНАХ НАМАНГАНА <i>А.А. Алижанов, С.А. Шарифбаев, К.А. Абдусаттаров, З.И. Ашуров, Ш.У. Уринов, А.М. Бокиев, И.И. Отбаев</i>	124

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков.....	125
ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОСТОМИИ И ХОЛЕЦИСТОСТОМИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ А.А. Алижанов, А.А. Жалилов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, А.Э. Рузматов, Ш. Кенжабаев.....	126
ПОЭТАПНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, У.Р. Базарбаев, А.Э. Рузматов, Ш.М. Саидметов	127
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН ГОЛЕНИ И БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТА Д.Д. Алимухамедов, Ш.М. Муминов, Б.П. Хамидов, Н.Г. Дадамьянц, Д.Л. Ким, Ш.М. Абдуллаев.....	128
ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОТЕРМИЧЕСКОЙ САНАЦИИ БРЮШИНЫ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ А.Ю. Анисимов, Р.А. Ибрагимов, М.В. Кузнецов.....	129
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ Ш.Я. Асранов, Х.Х. Хамдамов, С.М. Яхёев, А.С. Джалалов.....	130
НОВЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА В ХИРУРГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Ш.Я. Асранов, А.С. Джалалов, Х.Ш. Ёкубов.....	130
СОЗДАНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА Ш.К. Атаджанов, Г.К. Сапарбаева, А.У. Усмонов.....	131
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА: МРТ, КТ, АНАТОМИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ И.С. Афанасьева, В.Е. Савелло, Т.А. Шумакова, А.Н. Костеников, А.С. Казанкин, Т.И. Тамаев, В.В. Сериков.....	132
ЧАСТОТА ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ Б.М. Ахраров, Б.А. Туйчиев, Ш.А. Туланов, Н.И. Махмудов.....	133
СКАНИРУЮЩАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ ПРОЛЕНОВЫХ СЕТОК И ТКАНЕЙ ПОСЛЕ ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКИ И.М. Байбеков, О.М. Гуламов, Ф.У. Музаффаров, Б.З. Мухамедов.....	134
РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА Х.Н. Бекчанов, Б.Б. Файзуллаев.....	134
ЎТКИР БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИ ДАВОЛАШДА КАМ ИНВАЗИВ ЭНДОСКОПИК АРАЛАШУВНИНГ ИМКОНИАТЛАРИ Бекчанов Х.Н., Саъдуллаев У.К.....	135
ЖАРОҲАТДАН КЕЙИНГИ ИВИГАН ГЕМОТОРАКСНИ БАРТАРАФ ЭТИШДА ВИДЕОТОРАКОСКОПИК АМАЛИЁТЛАРНИНГ НАТИЖАЛАРИ Беркинов У.Б., Рашидов Д.А.....	136

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ <i>Т.А. Вервекина, Д.А. Рузимурастов, А.Д. Фаязов, У.Р. Камилов</i>	136
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ <i>В.Г. Гребеньков, Д.А. Суров, Б.Г. Безмозгин, В.Н. Румянцев, М.С. Коржук, Р.В. Еселевич</i>	137
ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ <i>О.М. Гуламов, Ф.У. Музаффаров, Б.З. Мухамедов</i>	138
СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ПОСТПРОТЕЗНЫМИ ГРЫЖАМИ <i>О.М. Гуламов, Ф.У. Музаффаров, Б.З. Мухамедов</i>	138
К ВОПРОСУ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА <i>Ш.А. Дадаев, А.Т. Эрметов, С.М. Хасанов, А.А. Сабирматов, О.У. Рахимов, Ш.Ш. Исаков</i>	139
ПУТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ЖИВОТА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ БОЛЬНЫХ <i>Ж.А. Джурраев</i>	140
КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЕ ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК (КИ-ОПП): ПАТОГЕНЕЗ, ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ <i>А.М. Есаян</i>	141
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ НА ОСНОВЕ DAMAGE CONTROL <i>Ж.Ю. Жаббаров, А.Ш. Муминов, А.С. Яхъяев, А.А. Орипов, С.Ю. Юсупов</i>	142
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА <i>Э.Т. Жалилов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, Ф.О. Убайдуллаев</i>	143
ЧАСТОТА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ <i>С.И. Исмаилов, Р.А. Садыков, У.М. Махмудов, С.Т. Хужабоев</i>	143
СВОДНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ <i>С.И. Исмаилов, Р.А. Садыков, А.Х. Бабаджанов, С.Т. Хужабоев, С.А. Султанов</i>	144
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА <i>Б.Р. Исхаков, А.А. Алижанов, У.Р. Базарбаев, Н.Б. Исхаков, Э.Т. Жалилов, Ш.М. Саидметов, У.Р. Мухитдинов</i>	145
ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПАНКРЕАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ <i>Б.Б. Карабоев, Г.М. Ходжиматов, Д.М. Хакимов, Х.Х. Хамдамов, Н.А. Касимов</i>	146
РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАХ СЕЛЕЗЕНКИ <i>М.Р. Каримов, Ш.Э. Ашуоров, А.У. Жуманазаров, Т.Ж. Матризаев</i>	147

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОК ПО НАПРАВЛЕНИЮ ВРАЧЕЙ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ <i>И.В. Ким, И.М. Барсукова, Е.Н. Пенюгина</i>	148
АСПЕКТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭМФИЗЕМАТОЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В УРГЕНТНОЙ УРОЛОГИИ <i>У.М. Маткаримов, Ж.Т. Мамасаидов, Э.Х. Инобатов, Ф.А. Дадажонов</i>	149
АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ <i>К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев, Ш.Р. Бойменов, А.Ш. Исмоилов</i>	150
ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНВАЗИВНОЙ И НЕИНВАЗИВНОЙ ОЦЕНКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ <i>К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев</i>	150
ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОСТНОГО ОКНА ПРИ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ КРАНИОЭКТОМИИ <i>К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев, М.К. Махкамов, Ш.Р. Бойменов</i>	151
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАННЕЙ ГЕРМЕТИЗАЦИИ КОСТНОГО ДЕФЕКТА ЧЕРЕПА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ <i>К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов, Ш.Р. Бойменов, А.Б. Салаев</i>	152
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ <i>К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов, М.А. Алиакбаров, С.Т. Насимов</i>	152
ПРАКТИКА МИКРОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ <i>К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев, М.К. Махкамов, Ш.Р. Бойменов</i>	153
ПРЯМОЙ ИЛИ НЕПРЯМОЙ АНАСТОМОЗ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ <i>К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов, М.А. Алиакбаров, С.Т. Насимов</i>	154
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ <i>М.К. Махкамов, Х.Н. Матякубов, З.Л. Тухтабеков</i>	155
НАЛОЖЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЛИГАТУРЫ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕНОЗНЫХ СОСУДОВ ПИЩЕВОДА <i>Б.Б. Мирзаев, М.Х. Абдуллаев, Э.Б. Шаматов</i>	156
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАНЕНИЯХ СЕРДЦА МИРНОГО ВРЕМЕНИ <i>М.А. Мирсидиков, Ф.А. Хаджибаев, У.А. Абдуганиев</i>	157
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ «СВОБОДНОЙ ЖИДКОСТИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ» У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ <i>Т.Я. Мусоев, Б.М. Аюбов, К.Ш. Ходжаев, Н.Р. Болтаев</i>	158

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА МИРНОГО ВРЕМЯ <i>А.Л. Мустафаев</i>	159
ПОТРЕБНОСТЬ В ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН <i>Ф.Г. Назиров, А.Х. Бабаджанов, У.М. Махмудов, О.А. Омонов, Р.Р. Байбеков, С.А. Султонов, С.М. Шарифжонов, Ш.У. Маткаримов, Э.К. Тургунбоев</i>	160
СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ <i>Ф.Н. Норкузиев, М.П. Тожибоев, М.Х. Абдулахатов, М.Х. Юлдошев, А.Н. Гофуров, Б.Ф. Холмурзаев</i>	161
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ <i>А.В. Осипов, А.Е. Демко, Д.А. Суров, А.В. Святненко, И.М. Батыршин</i>	161
ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ ОБРАБОТКИ ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ <i>О.У. Рахимов, А.А. Турсуметов, Ш.А. Дадаев, М.М. Каримов, Э.Р. Юлдашев</i>	162
НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ УЩЕМЛЕННОЙ СТЕНКИ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>Р.А. Рахимова, Д.Т. Пулатов, Б.И. Шукуров, Т.Т. Мансуров</i>	163
ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ ПРИ ЭВИСЦЕРАЦИЯХ МАЛОГО ТАЗА <i>В.Н. Румянцев, Д.А. Суров, А.В. Осипов, В.Г. Гребеньков, О.В. Балюра, О.В. Бабков, С.Г. Драгунов</i>	164
ПРОБЛЕМА ПОЛИМИКРОБНЫХ АССОЦИАТОВ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ПЛЕНОК В ХИРУРГИИ <i>А.В. Семиглазов, Е.В. Зиновьев, Д.В. Костяков, П.К. Крылов</i>	165
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАВОРОТОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ НА ОСНОВЕ НОВОЙ МЕТОДИКИ РНЦЭМП <i>Д.Б. Туляганов, М.Х. Абдулахатов, Д.Т. Пулатов</i>	165
ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ <i>Ё.М. Тураева, Н.И. Махмудов, А.С. Валиев</i>	166
НОВЫЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ СПОСОБ ГЕМОСТАЗА ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ИБС <i>А.М. Хаджибаев, Р.И. Рахимов, А.Г. Махамадаминов, М.А. Хашимов, А.А. Набиев</i>	167
ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ЖИВОТА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ БОЛЬНЫХ <i>А.М. Хаджибаев, Ж.А. Джуроев, А.Г. Махамадаминов, А.С. Халилов, А.А. Набиев</i>	168
ПОДБОР ДОНОРА ДЛЯ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ <i>А.М. Хаджибаев, Ф.А. Хаджибаев, П.К. Султанов, Д.Н. Эргашев, А.А. Исматов</i>	168

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>А.М. Хаджибаев, Д.Т. Пулатов, Б.И. Шукуров, Т.Т. Мансуров</i>	169
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА <i>А.М. Хаджибаев, К.С. Элмуродов, Б.И. Шукуров, Г.К. Элмуродов, М.М. Пулатов</i>	170
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА <i>А.М. Хаджибаев, Ж.А. Джуроев, М.М. Пулатов</i>	171
ШКАЛА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОЦЕНКИ ОБЪЕМА ГЕМОПЕРИТОНЕУМА У БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ЖИВОТА <i>А.М. Хаджибаев, Р.А. Рахимова, К.С. Элмуродов, Б.И. Шукуров, Г.К. Элмуродов, М.М. Пулатов</i>	172
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭХОКГ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Ф.А. Хаджибаев, П.К. Султанов, Р.А. Рахимова, Д.Н. Эргашев, А.А. Исмаилов, Ж.А. Джуроев, Р.К. Садилов</i>	172
ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С РАНЕНИЯМИ СЕРДЦА <i>Ф.А. Хаджибаев, М.А. Мирсидиков, А.Г. Махаммадинов, А.А. Набиев, А.С. Халилов</i>	173
ПРЕДИКТОРЫ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАНЕНИЙ СЕРДЦА ПРИ ОТКРЫТЫХ ТРАВМАХ ГРУДИ <i>Ф.А. Хаджибаев, М.А. Мирсидиков, А.Г. Махаммадинов, А.С. Халилов, А.А. Набиев</i>	173
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>Ф.А. Хаджибаев, Ф.Б. Алиджанов, А.Б. Курбанов, Д.Т. Пулатов</i>	174
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ В ОТДЕЛЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ <i>Д.М. Хакимов, Г.М. Ходжиматов, Х.Х. Хамдамов, Б.Б. Карабоев, Н.А. Касимов, Г.З. Бакиров, А.А. Абдужаббаров, С.М. Яхёев</i>	175
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРОКОВ И ВЫБОРА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА <i>Д.М. Хакимов, Г.М. Ходжиматов, Х.Х. Хамдамов, Б.Б. Карабоев, Н.А. Касимов, Г.З. Бакиров, А.А. Абдужаббаров, С.М. Яхёев</i>	176
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ОЦЕНКУ ТЯЖЕСТИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА <i>М.Ш. Хакимов, У.И. Маткулиев, Ш.Э. Ашуров, Г.Р. Кодирова</i>	176
МЕХАНИК САРИҚЛИКНИ ДАВОЛАШДА КАМ ИНВАЗИВ УСУЛЛАРИНИНГ АСОРАТЛАРИНИ КАМАЙТИРИШ ЙЎЛЛАРИ <i>Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Ашуров Ш.Э., Асанов Б.П., Шоназаров Ж.</i>	177
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>М.Ш. Хакимов, М.Р. Каримов, И.У. Элмуротов</i>	178

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННЫХ ТРАВМАХ СЕЛЕЗЕНКИ <i>М.Ш. Хакимов, А.У. Жуманазаров, Т.Ж. Матризаев</i>	179
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННОЙ УЗД И УЗД В 3D-РЕЖИМЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ <i>М.А. Хамидова</i>	179
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ НИЖНЕГО ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В УСЛОВИЯХ ЭМП <i>Р.Э. Холбаев, О.В. Карабаев</i>	180
МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ РЕБЕР <i>В.Х. Шарипова, И.В. Фокин</i>	181
ПРИМЕНЕНИЕ ОДНОМОМЕНТНОЙ БЛОКАДЫ ПРОСТРАНСТВА МЫШЦЫ, ВЫПРЯМЛЯЮЩЕЙ СПИНУ, ПРИ ДОНОРСКОЙ НЕФРЭКТОМИИ <i>В.Х. Шарипова, Ф.Х. Сиябаев, А.Х. Алимов</i>	182
НЕЙРОЭНДОСКОПИЯ – КАК МИНИИНВАЗИВНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ПРИ ОККЛЮЗИОННЫХ ГИДРОЦЕФАЛИЯХ <i>С.А. Шарифбаев, К.А. Абдусаттаров, И.А. Жиянов, З.И. Ашууров, У.А. Хайдаров, С.К. Ходжиев, У.Б. Мадиев</i>	183
ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА <i>С.А. Шарифбаев, И.А. Жиянов, К.А. Абдусаттаров, З.И. Ашууров, О.А. Исмаилов, Ш.Т. Каримбаев, А.И. Исмаилов, У.Б. Мадиев</i>	183
ПРИМЕНЕНИЕ ТАКТИКИ DAMAGE CONTROL SURGERY В ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ПЕРИТОНИТА, ОСЛОЖНЕННОГО СЕПТИЧЕСКИМ ШОКОМ <i>С.А. Шляпников, А.Е. Демко, И.М. Батыршин, Ю.С. Остроумова, Д.С. Склизков</i>	184
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСТРЫХ, ПОДОСТРЫХ, ХРОНИЧЕСКИХ ГЕМАТОМ И ГИДРОМ <i>А.Т. Эрметов, О.В. Карабаев, Ф.Ю. Эшбобаев</i>	185
КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Г.Ю. Юлдашев, З.Ш. Эгамбердиев, Ф.З. Сапаев</i>	186
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ <i>Г.Ю. Юлдашев</i>	186
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА НА ДОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Ш.С. Юлдашев, Д.Т. Хайдаров, У.Д. Тожиев, А.Ш. Шодиев</i>	187
ULTRASOUND IN EMERGENCY MEDICINE FAST PROCEDURE <i>Vuk Niković, Abdusalom Abdurakhmanov, Dusan Milenkovic</i>	188
ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ С НАРУШЕННЫМ КАРКАСОМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ <i>Д.М. Сабиров, А.Л. Росстальная, Р.О. Рахманов, Х.Х. Дадаев</i>	188

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В КОМПЛЕКСЕ ВЕДЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ОТДЕЛЕНИИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАНИМАЦИИ <i>Д.М. Сабиров, А.Л. Росстальная, Х.Х. Дадаев, А.У. Тахиров</i>	189
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ <i>Д.М. Сабиров, У.Б. Батиров, С.Э. Хайдарова, Х.Х. Дадаев, А.У. Тахиров</i>	190
URGENT EXTERNAL DRAINING OF THE MAIN PANCREATIC DUCT DURING GASTROPANCREATODUODENAL RESECTION <i>K. Anvarov, A. Adylkhodjaev</i>	191
ПРИМЕНЕНИЕ РЕЖУЩЕГО ИНСТРУМЕНТА (СКАЛЬПЕЛЯ) В ЭНДОХИРУРГИИ <i>Ю.Р. Маликов, К.С. Маматов, А.А. Азимов, А.У. Давронов</i>	192
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ ПРИ АТИПИЧНЫХ И РЕДКИХ ФОРМАХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА <i>Д.Р. Каримов, Ф.А. Хаджибаев, Р.З. Мадиев</i>	192
ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОЧЕТАННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖИВОТА У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП <i>Ж.А. Джурраев</i>	194
3. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ И ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
EFFICIENCY AND SAFETY OF ELECTRIC CARDIOVERSION IN PERSISTENT FORM OF ATRIAL FIBRILLATION <i>Akhmedov L.A., Rizaeva M.J.</i>	195
TITLE: – LIPID SINK – «USE OF INTRALIPID IN MIXED OVERDOSES AS INTRAVENOUS CHARCOAL IN ED» <i>Dr AN Venkatesh, Dr Rajanna H, Dr Jagan Mohan Reddy</i>	195
TITLE: BE ALERT TO FENOFIBRATE INDUCED MUSCLE BREAKDOWN – ADVERSE EFFECTS OF FENOFIBRATE PRESENTING TO ED. <i>Dr AN Venkatesh, Dr Rajanna H, Dr Shashank V Manjunath</i>	196
HEMOSTASIOGRAM INDICATORS IN THE PROGNOSIS OF PATIENT SURVIVAL WITH CEREBRAL INFARCTION <i>Kurbanov B. I.</i>	196
REPAIR OF ATRIAL SEPTAL DEFECT THROUGH ANTEROLATERAL THORACOTOMY WITH CENTRAL CANNULATION: OUR FIRST EXPERIENCE <i>Tokhtarbaev D.B., A.A. Abdurakhmanov, S.A. Tursunov</i>	197
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕВОСИМЕНДАНА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА <i>Ш.А. Абдуганиев, А.А. Абдурахманов, М.А. Обейд, С.А. Турсунов, О.А. Маширапов</i>	197
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>А.С. Абдуллаев, Р.Ю. Каттаханова, Г.Б. Шамсуддинова</i>	198

ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ
У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

У.А. Абдуллаева, М.Г. Туйчиева,

Н.И. Махмудов, У.А. Матхаликова 199

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ
МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

У.А. Абдуллаева, М.Г. Туйчиева, Р.Р. Мамажанова, А. Каримов 199

СУНЪИЙ НЕЙРОН ТАРМОҚЛАР ЁРДАМИДА ЮРАК-ҚОН ТОМИР
КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ

Абдуманонов А. А. 200

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
РАССЛОЕНИЙ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ

А.А. Абдурахманов, М.А. Обейд,

А.А. Полванов, Б.Х. Мирсултанов 201

РЕЗУЛЬТАТЫ АУТОАРТЕРИАЛЬНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА
У БОЛЬНЫХ ИБС

А.А. Абдурахманов, И.А. Абдухалимов,

С.А. Турсунов, Х.Р. Суванов 202

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ
ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ

А.А. Абдурахманов, М.А. Обейд,

Ш.Т. Артыков, С.А. Турсунов 202

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СТЕНТИРОВАНИЯ
И КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ПРИ СТЕНОЗАХ
КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ

А.А. Абдурахманов, Ф.А. Маматалиев,

Х.Ф. Мирзакаримов, Ш.Т. Артыков 203

ТЎҚИМА КАЛЛИКРЕИНИНИНГ (КАЛЛИДИНОГЕНАЗА) ИЗОЛЯЦИЯЛАНГАН
БОШ МИЯ ЁПИҚ ЖАРОҲАТЛАРИДАН КЕЙИНГИ НЕВРОЛОГИК
ДЕФИЦИТЛАРДАГИ АҲАМИЯТИ

Аваков В.Е., Кенжаев Л.Т., Ибрагимов Н.К. 204

ТУРЛИ ГЕНЕЗЛИ ПАРЕНХИМАТОЗ ГЕМОРАГИК ИНСУЛЬТ
КАСАЛЛИГИНИНГ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ

Акбаралиева С.У., Рахимбаева Г.С. 204

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕПЕРФУЗИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, С.Б. Турсунов, Б.Ш. Алимханов,

Х.Ф. Мирзакаримов, Л.Б. Гиёсзода 205

АЛГОРИТМ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ
ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ
ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЯХ

Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, Б.Ш. Алимханов,

С.Б. Турсунов, Л.Б. Гиёсзода, Х.Ф. Мирзакаримов,

Ш.А. Акилова 205

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, С.Б. Турсунов, Б.Ш. Алимханов,

Х.Ф. Мирзакаримов, Л.Б. Гиёсзода, М.И. Хайдаров 206

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРЫХ РАССЛОЕНИЯХ НИСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ <i>Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, А.А. Абдурахманов, Б.Ш. Алимханов, Б.П. Хамидов</i>	207
ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧРЕЗКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ <i>Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, Х.Ф. Мирзакаримов, С.Б. Турсунов, Б.Ш. Алимханов, Л.Б. Гиёсзода</i>	207
ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА <i>Д.А. Алимов, Б.Г. Гафуров, Ш.Р. Мубараков</i>	208
ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ <i>А.Ю. Апресян</i>	209
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА <i>Л.А. Ахмедов, Н.Ш. Сафаров</i>	210
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НА ОБЪЕМНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ИЗ ВЕРХУШКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ <i>С.А. Бабаджанов, В.М. Им, М.М. Умаров, А.Э. Худойбердиев</i>	210
АДАПТИВНЫЕ И РЕЗЕРВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛУШАРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ ИНСУЛЬТАМИ <i>М.М. Бахадираханов, Ж.А. Назарова</i>	211
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ПРОФИЛЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ <i>М.М. Бахадираханов, Ж.А. Назарова</i>	212
ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С НАРУШЕННЫМ И НОРМАЛЬНЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г. БУХАРЫ) <i>М.Х. Вахобова</i>	213
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА <i>А.С. Гафоров</i>	214
ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОГО СТАЦИОНАРА <i>Н.Г. Дадамьянц, Р.А. Рахимова</i>	214
АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ И АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Ж.И. Дусалов</i>	215
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕЗКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ <i>М.М. Зуфаров, С.А. Бабаджанов, В.М. Им, М.М. Умаров, Н.П. Мамиев</i>	215

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ И СТЕПЕНИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА В ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ <i>Д.П. Изюмов, Г.А. Изюмова</i>	216
КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ <i>Г.А. Изюмова, Д.П. Изюмов, М.Х. Авезов</i>	217
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ <i>Г.А. Изюмова, Д.П. Изюмов</i>	217
МНОГОФАКТОРНОСТЬ ПРИЧИН В РАЗВИТИИ ЭПИПРИПАДКОВ ПРИ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТАХ В ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ <i>Г.А. Изюмова, Д.П. Изюмов</i>	218
ОБЪЕМНАЯ КТ-КОРОНАРОГРАФИЯ И КТ-ПЕРФУЗИЯ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>А.И. Икрамов, Н.М. Джураева, Х.В. Абдухалимова, Л.Н. Турсунова, Ф.Х. Кенжаев</i>	218
ЗНАЧИМОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИАНОКОБАЛАМИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ <i>Д.Э. Искандарова, Э.Р. Искандаров, А.Т. Эшбоев</i>	219
ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Б.О. Казаков</i>	220
РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ФФ РНЦЭМП <i>Р.Ю. Каттаханова, Б.К. Ахмадалиев, О.Э. Умурзаков</i>	221
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>М.Л. Кенжаев, М.Ж. Ризаева, М.М. Бабаева</i>	222
СТЭМИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА КИЧИК ДОЗАДАГИ ДОБУТАМИНИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯДА ЧАП ҚОРИНЧАНИНГ БЎЙЛАМА СИСТОЛИК ФУНКЦИЯСИ КЎРСАТКИЧЛАРИ ДИНАМИКАСИ <i>Кенжаев С.Р.</i>	222
МИОКАРДИАЛЬНЫЙ СТАННИНГ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА <i>С.Р. Кенжаев</i>	223
РЕПЕРФУЗИЯ МИОКАРДА И ПРЕРВАННЫЙ ИНФАРКТ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ЭЛЕВАЦИЕЙ ST <i>С.Р. Кенжаев, А.Л. Аляви, А.К. Каиров, М. Ортиков, Н.М. Латипов</i>	224
ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Д.А. Кодиров, Х.А. Авазова, С.А. Мукумова</i>	224
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Ф.О. Кудратов</i>	225

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭСМОЛАЙФА С АНАПРИЛИНОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ <i>М.О. Курбанова</i>	226
КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ПОЛУШАРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ <i>Л.Б. Максудова, Б.Г. Гафуров</i>	226
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРОРЫВА КРОВИ В ЖЕЛУДОЧКОВУЮ СИСТЕМУ В ИСХОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ <i>Л.Б. Максудова, Б.Г. Гафуров, Ш.Р. Мубарак</i>	227
ХАРАКТЕРИСТИКА СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С АВМ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ <i>Л.Б. Максудова, Б.Г. Гафуров</i>	228
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>А.Б. Мамадалиев, Б.М. Исаков, Ф.Н. Ташланов, М.Н. Хакимов</i>	229
НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Б.С. Мамажанов, Д.А. Сайдалиев, Р.Р. Мамажанова</i>	229
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА <i>Ш.Р. Мубарак, Б.Г. Гафуров, К.Т. Бобоев</i>	230
ОСТРЫЙ МИОКАРДИТ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ <i>С.А. Мукумова, Х.К. Карабаев, Ф.О. Мизамов, М.Э. Хасанова</i>	231
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST <i>Б.Ф. Мухамедова, М.Х. Назарова, Б.О. Казаков</i>	232
ВЛИЯНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА <i>Ш.М. Ниматов, Х.А. Масидов, Ш.Б. Тургунбоев</i>	233
ВЛИЯНИЕ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА НА ТЯЖЕСТЬ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ <i>Ш.М. Ниматов, М.М. Камолов, Ш.Б. Тургунбоев</i>	233
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМОЙ ГРУДНОЙ ЧАСТИ АОРТЫ, ТИП А <i>М.А. Обейд, А.А. Абдурахманов, Ш.Т. Артыков</i>	234
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОБЕИХ ВНУТРЕННИХ ГРУДНЫХ АРТЕРИЙ <i>М.А. Обейд, А.А. Абдурахманов, И.А. Абдухалимов, О.А. Машрапов, Н.М. Рахимов</i>	234
ОСОБЕННОСТИ БЕССИМПТОМНЫХ И СИМПТОМНЫХ ИНСУЛЬТОВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>З.Б. Оллокулов</i>	235
ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Т.Н. Прудскова, З.Н. Мамиров, И.М. Элибоев</i>	236
ХОЛЕЦИСТО-КАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ <i>Т.Н. Прудскова, З.Н. Мамиров, В.Х. Маматкулов, И.М. Элибаев</i>	236

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОЦИТОПРОТЕКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ <i>М.М. Равшанова</i>	238
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТА ИЗ ГРУППЫ АРНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Э.З. Рахимов, Г.Ш. Норова, М.М. Тилявова, Н.Д. Фаттоева</i>	238
КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>М.Ш. Рофеев, Ж.М. Рофеев</i>	239
ИШЕМИК ИНСУЛЬТ ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ФОНИДА КЕЧИШИДА ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯНИНГ ФАРҚЛИ ЖИҲАТЛАРИ <i>Рўзиев Ф.Ф., Пўлатов С.С., Ходжаева Н.А.</i>	240
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST <i>Н.С. Рузиева</i>	241
ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ <i>Ш.Н. Салахитдинов, Д.А. Алимов, Л.Б. Гиёсзода, С.Б. Турсунов, Х.Ф. Мирзакаримов, Б.Ш. Алимов, Ш.А. Акилова</i>	241
ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА АОРТОКОРОНАРНЫХ ШУНТАХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ <i>Ш.Н. Салахитдинов, Д.А. Алимов, Х.Ф. Мирзакаримов, С.Б. Турсунов, Б.Ш. Алимханов, Л.Б. Гиёсзода, Ш.А. Акилова</i>	242
ПРИМЕНЕНИЕ СРЕПТОКИНАЗЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Д.А. Сапаев, Д.К. Жуманиязов, М.С. Машарипов, М.Э. Алиев</i>	243
РОЛЬ ВЛИЯНИЯ ВРЕМЕНИ РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЕГО ИСХОД <i>Д.А. Сапаев, И.А. Худайназаров, М.С. Машарипов, Д.К. Жуманиязов</i>	243
УРОКИ ТРУДНОГО УСПЕХА: 12-ЛЕТНИЙ ОПЫТ СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ПО ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Е.А. Скородумова, В.А. Костенко, Е.Г. Скородумова, А.В. Сиверина</i>	244
ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С НИЗКИМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ <i>К.Т. Тухтаев</i>	244
ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: КОМОРБИДНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ <i>З.З. Уринов</i>	245
ЎТКИР ЦЕРЕБРАЛЬ ИНСУЛЬТНИ ДАВОЛАШДА ФОЛИЙ КИСЛОТАСИННИНГ АҲАМИЯТИ <i>Усманова Д.Д., Искандарова Д.Э.</i>	246
ВЫБОР ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА <i>Э.Э. Хамроев, Н.М. Ахмедова, А.Я. Бешимов</i>	246

БОШ МИЯ СУРУНКАЛИ ИШЕМИЯСИДА ДОППЛЕРОГРАФИК КЎРСАТКИЧЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ <i>Э.М. Хасанов, М.К. Атаниязов, Р.Б. Азизова</i>	247
ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ <i>Н.А. Ходжаева</i>	248
МЕМОПРУВ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ <i>Н.А. Ходжаева, С.Б. Барноева</i>	248
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА СИЭНЭФ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ <i>Н.А. Ходжаева, М.К. Тешаева</i>	249
ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ <i>Н.А. Ходжаева</i>	249
ВОССТАНОВЛЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА В КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ <i>З.Б. Холмуродова, Р.М. Юлдашева, О.М. Ахматов</i>	250
СЕЛЕКТИВНАЯ ГИПОТЕРМИЯ КОРЫ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ <i>О.А. Шевелев, Р.Н. Акалаев</i>	251
МИКРОВОЛНОВАЯ РАДИОТЕРМОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СКРЫТОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>О.А. Шевелев, Э.М. Менгисту, В.А. Якименко</i>	252
ВЗАИМОСВЯЗЬ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT С ВАРИАБЕЛЬНОСТЬЮ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>А.К. Эргашев, Ф.А. Анваров</i>	253
АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА <i>К.Т. Эргашев</i>	253
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СТРЕПТОКИНАЗОЙ БОЛЬНЫМ С ЭЛИВАЦИЕЙ ST СЕГМЕНТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>А.Т. Эрметов, Н.Т. Салиханов, О.В. Карабаев</i>	254
КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕВРОПАТИЙ <i>Р.М. Юлдашева, Б.Э. Хасанов, В.А. Комилов</i>	254
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ ДЛЯ ДИАЛИЗА <i>Р.Э. Асамов, Б.Й. Махмудов, Б.И. Шукуров, Н.Р. Асамова, У.Б. Махмудова</i>	255

4. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

ГИЙЕН-БАРРЕ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭРТА АСОРАТЛАРИНИ ДАВОЛАШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ <i>Абдулхамидов М.А., Азизова Р.Б.</i>	257
НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ИНТУБАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ <i>Б.М. Аюбов, К.Ш. Ходжаев, Н.С. Музаффаров, Н.Р. Болтаев</i>	257

ПНЕВМОНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ Ю.Р. Заманов, С.Н. Абибуллаев, Ф.О. Мизамов, М.Э. Хасанова, Н.А. Курбонов.....	258
ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Р.Р. Рахимов	259
МОТОРНАЯ СЛАБОСТЬ ПЕРЕДНИХ ГРУПП МЫШЦ БЕДРА ПОСЛЕ БЛОКАДЫ ПЕРИКАПСУЛЯРНЫХ ГРУПП НЕРВОВ И БЕДРЕННОГО НЕРВА В.Х. Шарипова, А.А. Абдулхамидов, А.А. Валиханов.....	260
АКТУАЛЬНОСТЬ АДЕКВАТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В.Х. Шарипова, А.Т. Эшбоев	261
ПРИМЕНЕНИЕ АЛГОРИТМА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В.Х. Шарипова, А.Т. Эшбоев	262
ПРОБЛЕМА И АНАЛИЗИРОВАНИЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В УЗБЕКИСТАНЕ В.Х. Шарипова, А.Т. Эшбоев	263
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЧЕТАННОЙ И ШОКОГЕННОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В.Х. Шарипова, А.Т. Эшбоев	264
ПОКАЗАТЕЛИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ФОНЕ ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНОГО ДИАТЕЗА Р.М. Шерматов, К.А. Ким, Ш.М. Йулдашев, Б.С. Сайдалиев	265
5. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ У ДЕТЕЙ	
BRAIN INJURIES IN CHILDREN OF THE BREAST AGE: CHARACTERISTIC FEATURES, TREATMENT AND OUTCOME Karimbaev Sh. T., Sharifbaev S. A., Ashurov Z. I., Jiyanov I. A., Tojibaev A. T., Hodzhiyev S. K., Mamadaliev D. M., Dadabaeva Y. I.....	266
БОЛАЛАРДА ОШҚОЗОН ВА ҚИЗИЛЎНГАЧ ВАРИКОЗ КЕНГАЙЎАН ВЕНАЛАРИДАН ҚОН КЕТИШИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ Абдувалиева Ч.М., Халилов Ш.К., Кадиров К.З., Исроилов Ш.Ш., Акбаралиев А.А.....	266
ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Ч.М. Абдувалиева, З.Н. Касимов, Ш.М. Усманов, Ш.К. Халилов, К.З. Кадиров, О.З. Касимов, Ш.Ш. Исроилов	267
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ Х.А. Акилов, Ф.Ш. Примов	268
ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ Х.А. Акилов, Д.Р. Асадуллаев, Ш.И. Шохайдаров	268

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ <i>Х.А. Акилов, Ф.Ш. Примов, Н.Т. Урманов, Д.Р. Асадуллаев</i>	269
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА <i>Х.А. Акилов, Ф.Ш. Примов, Ж.С. Хидоятов, Б.Н. Тилов</i>	270
ПОКАЗАТЕЛИ БИОХИМИЧЕСКИХ АНАЛИЗОВ ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ <i>М.Б. Алибекова, Г.Х. Исмаилова, Ш.К. Разикова</i>	271
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ <i>М.Б. Алибекова, С.Р. Рахимова, А.А. Мустакимов, Ш.К. Разикова</i>	271
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>М.Б. Алибекова, С.Р. Рахимова, С.Р. Бабаджанова</i>	272
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>М.Б. Алибекова, Г.Х. Исмаилова</i>	273
ПРЕИМУЩЕСТВА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ <i>А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, А.М. Zufарханов</i>	274
БОЛАЛАРДА ЎТКИР АППЕНДИЦИТЛАРНИНГ ЙИРИНГЛИ АСОРАТЛАРИНИ ДАВОЛАШ <i>Аскарлов Д.А., Махмудов Н.И., Сайдалиев С.С.</i>	275
ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ СКЕЛЕТНОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ <i>Э.Ю. Валиев, Ф.А. Машарипов, Н.Н. Толипов, Р.А. Шералиев</i>	275
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЕРМИЧЕСКУЮ ТРАВМУ: ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ <i>А.В. Глуткин, Н.А. Бондаренко</i>	276
БОЛАЛАР НАФАС ЙЎЛЛАРИДАН ЁТ ЖИСМЛАРНИ ОЛИШДА ДАВОЛАШ- ДИАГНОСТИК БРОНХОСКОПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ <i>Исроилов Ш.Ш., Абдувалиева Ч.М., Халилов Ш.К., Усмонов Ш.М., Кадиров К.З.</i>	277
ПЕРКУТАННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ <i>Р.Ж. Ишкобулов, А.М. Норкулов</i>	278
ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ, ОСЛОЖНЕННЫЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, У ДЕТЕЙ <i>И.О. Каландаров, А.К. Назаров, Ш.Б. Юсупов, К. Тангриберганов</i>	279
ЗАКРЫТЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ У ДЕТЕЙ <i>Ш.Т. Каримбоев, Л.Д. Маллабоев, И.П. Назаров</i>	279

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ССМП ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ Г. СЕМЕЙ И СЕМЕЙСКОГО РЕГИОНА <i>В.В. Ли, Г.Т. Мансурова, Н.Ш. Пронина</i>	280
БОЛАЛАРДА ИЧАК АНАСТОМОЗЛАРИ ОПЕРАЦИЯСИДАН СЎНГГИ ДАВРДА ЭНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНТИРИШНИНГ АҲАМИЯТИ <i>Мавлянов Ф.Ш., Улуғмуратов А.А., Нормуродов Д.К.</i>	281
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА <i>К.Э. Махкамов, С.Т. Насимов, М.К. Махкамов</i>	282
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ <i>М.К. Махкамов, Х.Н. Матякубов, З.Л. Тухтабеков</i>	282
ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧМТ У ДЕТЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМОЙ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ В КАШКАДАРЬИНСКОМ ФИЛИАЛЕ РНЦЭМП <i>С.Н. Махматмунинов, Б.Д. Нафасов</i>	283
ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИННОВАЦИОННОГО УСТРОЙСТВА <i>Ф.А. Машарипов</i>	284
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАННЕГО ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОСЛОЖНЕННЫХ ЧРЕЗ- И НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ <i>Ф.А. Машарипов, Э.Ю. Валиев, О.Н. Низов</i>	285
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ <i>Ф.А. Машарипов, Н.Н. Толипов, А.Б. Саидалиходжаев, Р.А. Шералиев</i>	286
ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА <i>Т.С. Мусаев, А.Б. Саидалиходжаев</i>	287
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ В МЛАДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ <i>Х.Н. Мухитдинова, М.Б. Красненкова, А.Я. Шомуродов, Т.М. Абдусалиева</i>	288
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА <i>А.К. Назаров, И.А. Каландаров, У.О. Саъдуллаев, К. Тангриберганов</i>	289
ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА УДАРНЫЙ ОБЪЕМ СЕРДЦА В ПРЕДДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ <i>Б.М. Назаров, Х.Н. Мухитдинова, А.Я. Шомуродов, М.Х. Хайрутдинова, А.Д. Мирзаева</i>	290
МЕСТО НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ЗАТРУДНЁННОГО ДЫХАНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Ё.О. Ниязметова</i>	291

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>С.Р. Рахимова, М.Б. Алибекова, Г.Х. Исмаилова</i>	291
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ВТОРИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ <i>С.Р. Рахимова, М.Б. Алибекова, З.О. Бабаджанова</i>	292
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЁННОГО ВЫВИХА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА <i>Г.Э. Рахмонова, Х.М. Салиева</i>	293
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ <i>Н.Н. Толипов, С.Т. Насимов, М.А. Алиакбаров</i>	294
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА У ДЕТЕЙ <i>Ш.М. Усманов, Ч.М. Абдувалиева, Ж.Г. Абдулазизов, Ш.Ш. Исраилов, А.А. Акбаралиев</i>	295
ЭНЦЕФАЛИТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ФОНЕ ОРВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Н.Х. Хакимова, Н.К. Мирзаева</i>	295
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ <i>С.А. Шарифбаев, И.А. Жиянов, З.И. Ашуров, Ш. Уринов, Ш.Т. Каримбаев, С.К. Ходжиев, Д.М. Мамадалиев, Ё.И. Дадабаева, Г.Т. Пулатов</i>	296
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА НА ФОНЕ АТОПИИ У ДЕТЕЙ <i>Б.А. Янгиев, Д.А. Турсункулова, Б.А. Турсунова</i>	297
6. НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID19	
HEN WILL THE COVID-19 PANDEMIC OFFICIALLY END? <i>Hudaykulova Gulnora Karimovna, Salimova Malika Rashidbekovna Narmuratova Farzona Qahraton qizi</i>	298
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ И ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ COVID-19 АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ <i>А.А. Алижанов, Б.А. Худойбердиев, И.Р. Хужамбердиев, Н.Б. Исхаков, Д.А. Рашидов</i>	298
КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19 КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ АРИТМИИ С РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ СЕРДЦА <i>Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, Ш.А. Акилова, Х.Ф. Мирзакаримов, С.Б. Турсунов, Б.Ш. Алимханов, Л.Б. Гиёсзода</i>	299
ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ХИРУРГИЯ» В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН <i>А.Ю. Анисимов, Р.А. Ибрагимов, М.В. Кузнецов</i>	300
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ COVID-19 <i>Л.А. Ахмедов, Ш.Х. Пулатова, М.М. Бабаева</i>	301

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19) <i>З.Б. Бабамурадова, М.Ш. Рофеев, Ж.М. Рофеев</i>	301
РАЗВИТИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД <i>Н.В. Глуткина, Вл.В. Зинчук</i>	302
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБОЖЖЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ <i>Е.В. Зиновьев, В.В. Солошенко, В.Н. Юрина, Д.А. Козулин</i>	303
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ <i>М.Р. Каримов, А.М. Муродов, Р.А. Каримов</i>	304
ЦИТОКИНОВЫЙ ШТОРМ В ПАТОГЕНЕЗЕ COVID-19 И БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ <i>М.Ш. Рофеев, З.Б. Бабамурадова, Ж.М. Рофеев, Ф.Х. Сафарова</i>	305
ЦИТОКИНОВЫЙ ШТОРМ И COVID-19: СВЯЗЬ С ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЦИТОКИНАМИ <i>М.Ш. Рофеев, З.Б. Бабамурадова, З.Ш. Назарова, З.С. Исаметдинова</i>	305
КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ <i>Д.А. Сапаев, Ш.А. Кодиров, Н.М. Атажанова, Д.А. Уринов</i>	306
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕМОТОНА Д В ЛЕЧЕНИИ ПОСТКОВИДНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ <i>Н.А. Ходжаева</i>	306
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «КОРТЕКСИН» ПРИ ПОСТКОВИДНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ <i>Н.А. Ходжаева, Х.Р. Бобокулов</i>	307
COVID-19 ДАН КЕЙИНГИ ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИНИ ДАВОЛАШДА ГЛИЦИН ТАБЛЕТКАСИННИНГ САМАРАДОРЛИГИ <i>Эшбоев А.Т. , Искандарова Д.Э., Маннонов М.З., Искандарова И.Э.</i>	307
EMERGENCY PATIENT FLOW AND COVID-19: TO DIVIDE AND AVOID THE CATASTROPHE. UZBEKISTAN EXPERIENCE. <i>Khikmat Anvarov, Daniyar Alimov</i>	308
ВЛИЯНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НА ХАРАКТЕР КИСЛОРОДНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19, НАХОДЯЩИХСЯ В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ <i>О.А. Левина, А.К. Евсеев, А.К. Шабанов, И.В. Горончаровская, Д.С. Слободенюк, С.С. Петриков</i>	308

ДЛЯ ЗАМЕТОК
