Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Ассоциация врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана

SHOSHILINCH TIBBIYOT AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2013, № 3

«ВЕСТНИК ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»
«THE BULLETIN OF EMERGENCY MEDICINE»

Ежеквартальный научно-практический журнал

Основан в 2008 г. Свидетельство о регистрации средства массовой информации № 0292 от 15.08.2007

Главный редактор А.М.ХАДЖИБАЕВ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Аваков В.Е. (Ташкент)
Агаев Р.М. (Баку)
Агзамходжаев С.С. (Ташкент)
Акалаев Р.Н. (Ташкент)
Акилов Ф.А. (Ташкент)
Алиджанов Ф.Б. (Ташкент)
Алимова Х.П. (Ташкент)
Атаджанов Ш.К. (Ургенч)
Ахмедова Д.И. (Ташкент)
Ахмедов Ю.М.(Самарканд)
Багненко С.Ф. (С.-Петербург)
Бегалиев С.М. (Нукус)
Борисова Е.М. (Ташкент)
Валиев Э.Ю. (Ташкент)
Гафуров Б.Г. (Ташкент)
Даминов Б.Т. (Ташкент)
Джумабаев Э.С. (Андижан)
Кариев Г.М. (Ташкент)
Каримов З.Д. (Ташкент)
Кенжаев М.Л. (Ташкент)
Курбанов Р.Д. (Ташкент)
Магрупов Б.А. (Ташкент)
Мадартов К.М. (Термез)
Маликов Ю.Р. (Навои)
Махкамов К.Э. (Ташкент)
Назырова Л.А. (Ташкент)
Низамходжаев З.М. (Ташкент)
Сатвалдиева Э.А. (Ташкент)
Султаналиев Т.А. (Алматы)
Тогаев Ш.Б. (Карши)
Фаязов А.Д. (Ташкент)
Ходжибаев А.М. (Ташкентская обл.)
Хубутия М.Ш. (Москва)
Эрметов А.Т. (Наманган)
Черноусов А.Ф. (Москва)
Шарипов А.М. (Ташкент)
Шойхет Я.Н. (Барнаул)

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

Адрес редакции: 100107, Узбекистан, Ташкент, ул.Фархадская, 2.
Тел.: (99871)-1504600, 1504601. E-mail: uzmedicine@mail.ru

ISSN 2010-9881 Индекс подписки 1214

Формат 60x84 1/8. Усл.печ.л. 11.16. Заказ № _____
Отпечатано в Издательско-полиграфическом доме «O'zbekiston»

«...Государство обеспечит предоставление бесплатного медицинского обслуживания в рамках гарантированного объема медико-санитарных услуг, включающего: ... — оказание экстренной, медицинской помощи...»

Ислам Каримов

Из Указа Президента
Республики Узбекистан
№ 2017 от 10 ноября 1998 г.

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 ТИББИЁТДАГИ КРИТИК ХОЛАТЛАРДА АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАЦИЯ ВА ИНТЕНСИВ ТЕРАПИЯ МАСАЛАЛАРИ

11-Республика илмий-амалий анжуманнинг материаллари

(Жиззах, 2013 й. 26 октябрь)

Материалы

11-й Республиканской научно-практической конференции

«Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи:

ВОПРОСЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ»

(Джизак, 26 октября 2013 г.)

Ташкент-Джизак – 2013

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР:

ARTERIUM

ОСНОВНЫЕ СПОНСОРЫ:

sanofi aventis
Because health matters

SP
Share & Care
SHAYANA FARM

СПОНСОРЫ:

ОАО "ФАРМАК"
KARL STORZ
BV CHEMIE PHARMACIE HOLLAND
СП ООО "NOVOPHARMA PLUS"
СП ООО "UZGERMED PHARM"
ООО "ASEPTIK SERVIS LYUKS"
ООО "INVEST FARM SERVIC"
СП "KAFOLAT-KAPOOR FASH"
ООО "AZIAMILKFOOD"
ООО "DIYOR BIZNES"
ООО "AVITSENNA-AROMA"
АК ДОРИ-ДАРМОН
ДХО "НИКА-ФАРМ"
ASFARMA

I. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ, РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ УЗБЕКИСТАНА

Хаджибаев А.М., Сабиров Д.М., Акалаев Р.Н., Шукуров Б.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Структура системы экстренной медицины (СЭМ) Узбекистана включает головное учреждение в городе Ташкенте – Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), его региональные филиалы в Республике Каракалпакстан и в каждой административной области страны (всего их 13). Кроме того, в 172 населенных пунктах Узбекистана при районных медицинских объединениях созданы субфилиалы РНЦЭМП – отделения экстренной медицинской помощи при РМО. Помимо перечисленных стационарных подразделений, в структуру входят также служба «03» с 190 станциями и 2121 бригадами скорой медицинской помощи, служба санитарной авиации и медицинские подразделения Министерства по чрезвычайным ситуациям. Ныне организационная структура СЭМ предусматривает охват всех регионов и всех категорий населения Узбекистана, что в совокупности с круглосуточным режимом работы, бесплатностью услуг, достаточной и рациональной ресурсной поддержкой обеспечивает абсолютную доступность экстренной медицинской помощи.

Одним из ключевых структурных подразделений РНЦЭМП и его областных филиалов является приемно-диагностическое отделение. Его отличие от традиционных приемных отделений обычных стационаров предопределено спецификой поступающего контингента больных, критическое жизнеугрожающее состояние которых очень часто обусловлена комбинированной и конкурирующей патологией. В приемно-диагностическом отделении, помимо обычных для этого этапа задач, осуществляется сортировка больных для определения первоочередности травматологических, нейрохирургических, реанимационных и прочих лечебно-диагностических процедур, и соответственно - профиля отделения, в которое будет госпитализирован пациент. Это подразделение, будучи рубежным звеном между догоспитальным и госпитальными этапами ЭМП, играет также диспетчерские функции по координации взаимодействия указанных этапов нашей службы, а также отдельных клинических и параклинических отделений РНЦЭМП и его филиалов.

Поскольку задачей сортировки является выявление всех имеющихся повреждений и угрожающих жизни состояний, оценка их тяжести с целью определения характера, объема и очередности оказания помощи за максимально короткое время, в условиях реанимационно-операционного блока приемно-диагностического отделения ее осуществляют одновременно несколько специалистов – хирурги, травматологи, нейрохирурги с привлечением специалистов лучевой диагностики (УЗИ, рентген, КТ). Координирует весь ход лечебно-диагностического процесса в реанимационно-операционном блоке опытный врач из числа реаниматологов.

В процессе сортировки поступившие больные распределяются по группам. Первую группу составляют лица, которым требуется неотложное оперативное вмешательство. Они, в свою очередь, распределяются в подгруппы в зависимости от характера повреждения или ургентной хирургической патологии. Пациенты с профузным кровотечением любого генеза оперируются в реанимационно-операционном блоке приемно-диагностического отделения. Остальные хирургические больные могут быть прооперированы в одном из 16 круглосуточно функционирующих специализированных операционных залов Центра в зависимости от доминирующего повреждения или характера ургентной патологии (нейрохирургической, травматологической, общехирургической, эндохирургической, детской операционной и пр.).

Вторую группу пациентов составляют лица, нуждающиеся в противошоковых и реанимационных мероприятиях. Они госпитализируются в одно из 5 специализированных реанимационных отделений Центра.

Третью группу составляют лица с устойчивой гемодинамикой, в том числе те, состояние которых удалось надежно стабилизировать в условиях реанимационно-операционного блока приемно-диагностического отделения, однако нуждающиеся в оперативном вмешательстве, которое может быть отсрочено, либо требуют постоянного врачебного наблюдения. Эта группа госпитализируется в одно из специализированных клинических отделений.

Четвертая группа состоит из больных, которым требуется дообследование и динамическое наблюдение нескольких узких специалистов для установления точного клинического диагноза. Для таких больных в приемно-диагностическом отделении предусмотрены палаты динамического наблюдения, где в течение нескольких часов им проводятся активное наблюдение, симптоматическое лечение и повторные инструментальные обследования.

И наконец, пятую группу пациентов составляют лица, нуждающиеся в медицинском пособии, но без госпитализации.

Для оказания помощи в чрезвычайных ситуациях сформированы 39 специализированных бригад постоянной готовности (по 3 бригады в РНЦЭМП и его 12 филиалах). При этом указанные бригады интегрированы в общую систему организации аварийно-спасательных работ совместно с подразделениями Министерства по чрезвычайным ситуациям, Министерства внутренних дел, Министерства обороны и других ведомств. Медицинский персонал бригад постоянной готовности отобран из числа наиболее опытных и мобильных специалистов, с ними регулярно проводятся теоретические и практические занятия по «медици-

не катастроф», на постоянной основе они участвуют во всевозможных учениях, организуемых РНЦЭМП и МЧС. В «мирное» время они занимаются своей повседневной работой, а в случае возникновения ЧС – оперативно выдвигаются со своим запасом медикаментов и специального инструментария к медицинскому учреждению, который прилегает к очагу поражения и где развернут эвакогоспиталь.

Оригинальная организационная структура СЭМП Узбекистана, дислокация его стационарных подразделений, предусмотренный запас коечного фонда и медикаментов на случаи ЧС, возможность быстрого перепрофилирования терапевтических коек в хирургические и реанимационные позволяют в течение нескольких часов трансформировать любое госпитальное учреждение службы в полноценный эвакогоспиталь. Созданная система медицинского обеспечения населения при ЧС позволила не только повысить эффективность и оперативность ЭМП и «медицины катастроф», но и существенно снизить общие затраты.

Параллельно с определением целей и задач СЭМ, ее оптимальной организационной структуры, потребностей, формированием материально-технической базы, обновлением основных фондов, с самого начала решались вопросы кадрового обеспечения, подготовки их в соответствии с современными требованиями. Всего штаты СЭМ составляют 54638,5 ед., на которых работают 60591 физических лиц; в том числе врачей – 8503 (14%), среднего медицинского персонала 32655 (54%). Интересно заметить, что 13,1% врачей в системе (1114 человек) являются анестезиологами-реаниматологами, которые принимают непосредственное участие в экстренной медицинской помощи при критических состояниях.

Ключевым моментом в вопросе подготовке кадров для СЭМП стало Постановление КМ РУз от 2 декабря 2003 г №537 «О мерах по дальнейшему совершенствованию СЭМП», в рамках реализации которого был создан «Фонд поддержки и развития СЭМП», в учебную программу медицинских вузов введено углубленное изучение вопросов ЭМП, открыта магистратура по специальности «Экстренная медицинская помощь». С привлечением средств Фонда поддержки и развития СЭМП налажена подготовка, переподготовка и повышение квалификации на базе ведущих зарубежных клиник. Одним из наглядных практических результатов подобного сотрудничества являются первые в истории СЭМ Узбекистана экстренные кардиохирургические операции на открытом сердце, успешно осуществляемые с октября 2010 г., когда первые вмешательства были выполнены совместно с нашими турецкими и швейцарскими коллегами. Ежегодно в РНЦЭМП экстренная кардиохирургическая помощь оказывается свыше 200 наиболее сложным и тяжелым пациентам с коронарной недостаточностью, ургентными осложнениями пороков сердца, аневризмами дуги аорты и тромбоэмболией легочной артерии.

Одним из основополагающих принципов в ведении пациентов с критическими состояниями в СЭМ Узбекистана является широкое применение высокотехнологичной медицинской помощи. В ежедневную клиническую практику РНЦЭМП прочно вошли такие лечебно-диагностические пособия как эндоскопические операции, эндоваскулярные вмешательства, включая методы интервенционной кардиологии, мультислайсная компьютерная томография, ультразвуковая допплерография и многое другое. По мере поступления нового медицинского оборудования в филиалы РНЦЭМП значительно расширяется география применения высокотехнологичной медицинской помощи. Так, только в 2012 году в специализированных отделениях службы выполнены 15783 эндохирургических (лапароскопические, торакоскопические и краниоскопические) операций; проведены почти 36,8 тыс. сеансов гемодиализа; более 44,3 тыс. фиброэндоскопических исследований и лечебных манипуляций; более полумиллиона рентгенологических и более 658,9 тыс. ультразвуковых исследований. Только в одном РНЦЭМП за год осуществляются свыше 1600 ангиографических исследований, более 6000 сеансов мультислайсной компьютерной томографии, более 1600 бронхоскопий и почти 1000 - эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии. Кроме того, в ежедневную практику высокотехнологичной экстренной медицинской помощи внедрены такие современные методы лечения как баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий у больных с острым коронарным синдромом и острым инфарктом миокарда, установка cava-фильтров в нижнюю полую вену с целью профилактики такого грозного осложнения как тромбоэмболия легочной артерии.

Специальным Постановлением Президента Республики Узбекистан И.Каримова №ПП 1114 от 21.05.2009г. «О совершенствовании деятельности системы оказания скорой медицинской помощи» повсеместно обновляется автомобильный парк службы скорой помощи «03», модернизируется ее оснащение мобильным медицинским оборудованием и средствами связи. Правительством страны было закуплено и распределено по всем регионам 110 автомашин «Hyundai» и 381 автомобилей марки «Дамас».

В настоящее время завершена поставка и инсталляция более 1240 единиц медицинского оборудования по 73 наименованиям, включая компьютерные томографы и ангиографы, на сумму $23 млн. для областных филиалов. Кроме того Правительством привлечены дополнительные кредитные линии Кувейтского банка на сумму $25 миллионов для оснащения отделений экстренных медицинской помощи РМО (субфилиалов РНЦЭМП).

Согласно Постановлению Кабинета Министров Республики Узбекистан от 29 марта 2012 года № 91 «О мерах по дальнейшему укреплению материально-технической базы и совершенствованию организации деятельности медицинских учреждений» предусмотрена дополнительная закупка для службы скорой медицинской помощи 400 специального санитарного автотранспорта и 30 реанимобилов на сумму 9,6 млрд сумов и портативного медицинского оборудования для них на сумму 780 тыс. долларов США. В этом же документе предусмотрено приобретение в целях дооснащения РНЦЭМП современным высокотехнологичным медицинским оборудованием на сумму 5,2 млн. долларов США. Кроме того, для оснащения координационно-диспетчерской службы в системе ЭМП современными системами радиосвязи и компьютерным оборудованием выделана сумма в размере 1,9 млрд. сўм. Всего же

для укрепления материально-технической базы СЭМП в период 2012-2013 гг. направляются средства на сумму 11,5 млрд. сум и 5,98 млн. долларов США.

За период с 2001 по 2012 года количество ежегодных обращений в подразделения службы возросло с 6,4 млн. до 8,0 млн. В настоящее время за один год в СЭМ обслуживаются более 657,6 тыс. человек стационарно и более 1,2 млн. – амбулаторно. По линии «Скорой помощи» и санитарной авиации за год обслуживаются 6-6,5 млн. вызовов. Необходимо отметить, что примерно 13% стационарных больных страны получают лечение в системе экстренной медицины, хотя количество коек службы составляет всего 5,7% от общего количества коек системы здравоохранения. Данная цифра интересна не только как показатель интенсивности деятельности службы, но и является еще одним доказательством доступности услуг по экстренной медицине.

Таким образом, в Республики Узбекистан организация и оказание неотложной помощи при критических состояниях осуществляется на бесплатной основе единой государственной службой экстренной медицины, организационная структура которой позволяет охватить все слои населения и все населенные пункты страны. Основными принципами деятельности СЭМ являются: оперативность медицинской помощи; этапность лечения на основе утвержденных стандартов; высокотехнологичность оказываемой медицинской помощи. В рамках единой Службы стало возможным создание действенного механизма непрерывного контроля и методологического совершенствования качества медицинской помощи, мониторинга экстренной заболеваемости. Кроме того, объединение всех учреждений, оказывающих экстренную медицинскую помощь населению в единую Службу, доказало свою целесообразность с точки зрения адресного финансирования в целях реального обеспечения государственных гарантий бесплатности и доступности услуг по экстренной медицине для всех слоев населения.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Багненко С.Ф., Миннуллин И.П., Мирошниченко А.Г., Разумный Н.В.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова, Санкт-Петербург

В течение последних лет в кадровом составе службы скорой медицинской помощи Российской Федерации наблюдаются изменения. Общее число работников скорой медицинской помощи выросло на 2% (с 166697 в 2009 г. до 169949 в 2012 г.), число врачей скорой медицинской помощи уменьшилось почти на 9% (с 19575 в 2009 г. до 17877 в 2012 г.), число средних медицинских работников скорой медицинской помощи выросло на 3,3% (с 85212 в 2009 г. до 88023 в 2012 г.), младших медицинских работников скорой медицинской помощи примерно на 8 % (с 15057 в 2009 г. до 16295 в 2012 г.); число водителей скорой медицинской помощи практически не изменилось – в 2012 году 39275.

Наблюдаются следующие тенденции:

– рост числа специалистов со средним медицинским образованием и младших медицинских работников;

– уменьшение числа врачей скорой медицинской помощи.

В связи с этим особое значение приобретает подготовка среднего и младшего медицинского персонала службы скорой медицинской помощи.

Несколько лет назад в номенклатуру должностей медицинского персонала учреждений здравоохранения Российской Федерации были включены новые должности – фельдшер-водитель скорой медицинской помощи и санитар-водитель.

Для перечисленных должностей были приняты квалификационные характеристики, согласно которым должностные обязанности фельдшера скорой медицинской помощи были существенно расширены, и сегодня они мало отличаются от должностных обязанностей врача скорой медицинской помощи. Кроме того, в соответствии с порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, в состав выездных бригад скорой медицинской помощи включены фельдшер-водитель скорой медицинской помощи и санитар-водитель.

Следующим важным этапом развития скорой медицинской помощи стало утверждение распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р государственной программы «Развитие здравоохранения», важнейшими задачами которой являются:

– организация стационарных отделений скорой медицинской помощи (emergency department) в медицинских организациях субъектов Российской Федерации;

– развитие санитарно-авиационной эвакуации и организация авиамедицинских бригад скорой медицинской помощи.

Решение этих задач диктует необходимость подготовки соответствующих специалистов скорой медицинской помощи.

Таким образом, перспективными направлениями развития медицинского образования специалистов скорой медицинской помощи в Российской Федерации являются:

– подготовка фельдшеров-водителей скорой медицинской помощи и санитаров-водителей;

– обучение фельдшеров скорой медицинской помощи с учетом новых квалификационных характеристик, расширяющих их полномочия;

– подготовка медицинских работников для оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (emergency department);

– подготовка медицинских работников для оказания скорой медицинской помощи при осуществлении санитарно-авиационной эвакуации.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Аббосхонов Г.Х., Ахмедов У.К., Гофуров А.К.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Среди всех причин смертности политравма занимает третье место, а в группе лиц моложе 45 лет – первое. В последнее время структура травматических повреждений существенно изменилась. Доминирующее значение приобрели тяжелые множественные и сочетанные травмы в связи с увеличением случаев производственного, бытового и дорожного травматизма.

Вследствие крайней степени тяжести состояния пациенты с политравмой с места происшествия госпитализируются в ближайшие лечебно-профилактические учреждения, в подавляющем большинстве случаев – неспециализированные. Известные сложности, такие как отсутствие современных лечебно-диагностических возможностей и квалифицированных кадров, обусловливают высокий уровень летальных исходов – до 60%, что почти в три раза выше, чем в многопрофильных специализированных учреждениях –21–22%.

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

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

Материал и методы. В исследование включены 45пациентов в возрасте от 20 до 61 года, средний возраст 41,5±1,7 года. Все пациенты были разделены на две сопоставимые группы: Основная группа – 20 пациентов, контрольная группа – 25. Тяжесть травматического шока определяли по шоковому индексу Альговера. Все пострадавшие были транспортированы из других неспециализированных лечебных учреждений Ферганской области в первые сутки с момента травмы. Среднее время транспортировки – 70±10 мин.

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

С целью иммобилизации поврежденных сегментов нижних конечностей и таза использовали противошоковые пневматические шины. Всем пациентам перед укладкой в пневматические шины проводилось обезболивание наркотическими анальгетиками (промедол 2% 1млв/м или морфин 1% 1 мл в/м). При необходимости во время транспортировки проводили дополнительное обезболивание наркотическими анальгетиками.

Интенсивная терапия начиналась с этапа подготовки пациента к транспортировке и продолжалась весь период транспортировки. Во время транспортировки всем пациентам проводился мониторинг АД, ЧСС, ЧД, сатурация O_2, ЭКГ, контроль диуреза.

Результаты. Перед проведением транспортировки достоверных различий в изучаемых показателях центральной гемодинамики не было. В контрольной группе во время второго часа транспортировки и после транспортировки показатели АД, УО были достоверно ниже, чем у лиц основной группы. Показатели дыхания, гемодинамики на фоне проводимой терапии в обеих группах увеличились, и хотя достоверных различий данных показателей не наблюдалось, в основной группе весь период транспортировки они были выше, чем в контрольной. Показатели сатурации O_2 в основной группе были достоверно выше уже с первого часа транспортировки, данная динамика сохранялась до конца транспортировки. Достоверное различие в ЧСС между группами наблюдалось весь период транспортировки, причем у больных основной группы этот показатель был ниже. Анализ гемодинамических показателей выявил более быструю их нормализацию в основной группе. Летальных исходов во время транспортировки не было.

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

ЭНДОЛЮМБАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ МОРФИНА ДЛЯ СНЯТИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОБШИРНЫХ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ В УСЛОВИЯХ ФФРНЦЭМ

Аббосхонов Г.Х., Усмонов Х.А., Турдиев М.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Оперативное вмешательство само по себе является причиной болевых ощущений из-за повреждения мягких тканей, мышц, костей и внутренних органов. При выполнении торакотомии заднебоковым доступом болевые ощущения распространяются на семь дерматом. Двигательная активность экскурсия грудной клетки усиливают послеоперационную боль. Терапия боли после торакотомии важна не только для обеспечения комфорта пациента, но и для предотвращения развития легочных осложнений, обеспечения адекватной глубины дыхания, возможности кашля и движения. При нормальном и глубоком дыхании происходит натяжение кожи, что само по себе является болезненным.

Оперированные пациенты рефлекторно ограничивают глубину дыхания, предотвращая растяжение кожи в области раны.

Невозможность кашля обусловлена затруднением глубокого вдоха и выдоха. Активный выдох и сдерживание кашля приводят к закрытию дыхательных путей ателектазом.

Существует много способов обезболивания после торакальных операций.

В Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2011–2012 гг. 22 пациентам с осложненными формами эхинококоза с дыхательной недостаточностью за 20-25 мин до операции эндолюмбально вводили морфин 1% 1 мг. Возраст больных – от 15 до 70 лет, мужчин 7 (31,8%), женщин – 15 (68,2%).

После премедикации транквилизатором на уровне L1–L2 после 3-кратной обработки кожи спиртом.

Выводы. Ателектазы, пневмонии и респираторные нарушения в большинстве случаев отягощают состояние и увеличивают смертность после торакальных операций. Это может стать причиной длительного пребывания пациента в клинике и повысить стоимость лечения. Адекватное обезболивание в послеоперационном периоде уменьшает риск развития респираторных нарушений. При использовании данного метода обезболивания уменьшаются болевые ощущения, что снижает частоту респираторных нарушений, развития ателектазов, гипоксемии, не ограничивается подвижность грудной клетки (возможность активного кашля).

Использование эндолюмбального введения морфина сокращает сроки пребывания больного в отделении реанимации.

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Агзамов М.К., Агзамов И.М., Тошпулатов Ш.П.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Удельный вес опухолей головного мозга (ОГМ) среди всех опухолей невысок (0,7–1,5%), но высокая летальность и инвалидизация больных, значительный социальный, экономический и моральный ущерб, который эта патология наносит обществу, вызывают вполне обоснованный интерес исследователей.

Цель. Оценка результатов хирургического лечения больных с опухолями головного мозга.

Материал и методы. В работе представлены результаты обследования и хирургического лечения 38 больных в возрасте от 3 до 68 лет с первичными опухолями головного мозга, находившихся в отделении нейрохирургии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2011-2012 гг. Мужчин было 22, женщин – 16.

Диагностика опухолей головного мозга осуществлялась с учетом жалоб, анамнеза, данных клинического обследования, результатов компьютерной или магнитно-резонансной томографии. Сосудистый тип клинической манифестации отмечен в 26,3% случаев, эпилептиформный – в 21,0%, первично-опухолевый – в 39,5%, психопатологический – в 13,2%.

Качество жизни больных оценивалось по индексу Карновского (ИК). Предоперационный ИК в 86,8% наблюдений составил в среднем 67 баллов. Радикальность удаления оценивалась по данным КТ- и МРТ-исследований.

Результаты. Опухоли чаще встречались в возрасте старше 35 лет (27). У всех больных имелась общемозговая симптоматика, эпиприпадки наблюдались у 33,2%, нарушение сознания – у 26,3%, менингеальные симптомы – у 34,2%, полушарная симптоматика – у 55,3%.

Смещение от 3 до 15 мм срединных структур головного мозга выявлено у 60,5% пациентов. В состоянии компенсации до операции находился 21 больной, субкомпенсации – 12, декомпенсации – 5. Больным в состоянии декомпенсации первоначально для устранения симптомов вклинения и окклюзии ликворопроводящих путей осуществлялись различные ликворошунтирующие операции, а затем, по мере стабилизации состояния – основные вмешательства.

Из опухолей наиболее часто встречались нейроэпителиальные (глиальные) опухоли – у 21 (5,3%). Оболочечно-сосудистые опухоли (менингиомы) отмечались у 13 (34,2%) пациентов.

Послеоперационный ИК у выживших больных составил 74 балла. Послеоперационная летальность – 13,2%.

Выводы. В центр экстренной медицинской помощи больные с ОГМ поступают в основном с сосудистыми и эпилептиформными типами манифестаций. Для улучшения результатов оказания специализированной нейрохирургической помощи больным необходимо последующее накопление клинического и ретроспективного материала.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ НА РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

*Акалаев Р.Н.**, Сабиров Д.М.*, Росстальная А.Л.*, Дадаев Х.Х.***

Ташкентский институт усовершенствования врачей*,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи**

В настоящее время благодаря технологическому прогрессу, усилиям специалистов различных отраслей науки и внедрению самых современных инженерных решений, создано большое количество оборудования для искусственной вентиляции легких (ИВЛ), обеспечивающих возможность выбора и применения достаточно разнообразных режимов для респираторной поддержки. В связи с этим на сегодняшний день ИВЛ стала неотъемлемой частью интенсивной терапии всех пациентов в критических состояниях различного генеза. В многочисленных экспериментальных исследованиях доказано, что неадекватно подобранные параметры ИВЛ приводят к развитию вентилятор-индуцированого повреждения легких, которые проявляются в виде баротравм, волюмотравм, ателектатической травмы и других биотравм.

Цель исследования. Изучение влияния различных режимов ИВЛ на развитие острого повреждения легких в остром периоде тяжелой сочетанной травмы без повреждения грудной клетки.

Материал и методы. Проведено рандомизированное, проспективное, сравнительное исследование гендерной группы из 412 пациентов в 2009-2012 гг., поступивших в специализированное отделение нейрореанимации РНЦЭМП. В исследование были включены пациенты с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ), множественной и тяжелой сочетанной травмой без травмы грудной клетки обоего пола, которым проводили ИВЛ более 48 часов. Возраст пациентов варьировал от 18 до 80 лет (33,6±10,1). Женщин было 66(16%), мужчин – 346 (84%). Пострадавшие относились к категории тяжелых и крайне тяжелых больных, по шкале APACHE II – 18,3±3,4 балла.

Пациенты были разделены на две группы: 1-я – «традиционная» ИВЛ в режиме CMV с заданным ДО 10–12 кг ИМТ и ПДКВ 5 см водн.ст., 2-я – «протективная» ИВЛ в режиме CMV с ДО 6 мл/кг/ИМТ и ПДКВ 10см водн.ст. Расчёт идеальной массы тела проводился по формуле Лоренца: ИМТ = (рост в см – 100) – (рост в см – 150)/2.

В обеих группах в управляемом режиме устанавливали заданный ДО, рассчитанный на кг МТ. При проведении вспомогательной вентиляции легких (SIMV+PS/CPAP+PS) поддержку давлением (PS) устанавливали так, чтобы достичь заданный ДО (в 1-й группе PS 14-18 см водн.ст., во 2-й – PS 6-10 см водн.ст.). PIP в обеих группах на уровне 35-40 см водн.ст., PaO_2 больше 60 мм рт.ст., SaO_2 более 92%. При этом мы избегали инверсированного соотношения времени вдох к выдоху с целью предотвращения auto-ПДКВ.

Результаты. Острое повреждение легких (ОПЛ) у пациентов 1-й группы развивалась в 2 раза чаще. Кроме того, в период со 2 по 5 сутки у 54 пострадавших развился ОРДС, чего не отмечалось во 2-й группе. При сравнении тяжести ОПЛ по шкале LIS у пациентов с «традиционной» ИВЛ средняя оценка не превышала 2,5 балла, а во 2-й группе – 0,5 балла. При оценке частоты и тяжести пневмонии по шкале ДОП было установлено, что в обеих группах вентилятор-ассоциированная пневмония (ВАП) развивается на 3сутки, а на 5 сутки частота ВАП в 1-й группе достигла 74%, во 2-й – 23%. На 11 сутки отмечалось тяжелое течение ВАП в 1-й группе. Длительность респираторной поддержки составила в 1-й группе 18,5±5,2 суток, во 2-й – 11,8±3,1 суток.

Выводы. «Протективная» искусственная вентиляция легких у пациентов с тяжелой сочетанной травмой, проводимая малыми объемами и высоким ПДКВ, реже приводит к острому повреждению легких при одновременном уменьшении процента развития пневмонии и снижении летальности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРОДЛЁННОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ С ПОСТОЯННОЙ ИНФУЗИЕЙ НПВС ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПИЩЕВОДЕ

Арифжанов А.Ш., Назырова Л.А., Ибадов Р.А.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Цель. Оценка эффективности кеторолака в сочетании с эпидуральной аналгезией лидокаином в качестве варианта послеоперационного обезболивания у больных после расширенных операций на пищеводе.

Материал и методы. Послеоперационное обезболивание постоянной внутривенной инфузией кеторолака в сочетании с продленной эпидуральной аналгезией проведено нами у 24 больных после реконструктивных операций на пищеводе. У 9 больных выполнена одномоментная шунтирующая ретростернальная эзофагоколопластика из части поперечно-ободочной кишки и нисходящей части толстой кишки. У 15 – экстирпация пищевода торакоабдоминальным доступом с эзофагогастропластикой.

Эффективность обезболивания оценивали с помощью цифровой рейтинговой шкалы (Numerical Rating Scale, NRS): 0 – отсутствие боли, 10 – максимальная боль.

Результаты. Анализ динамики интенсивности болевой реакции показал, что на 3 этапе (после экстубации больного) обезболивания практически у всех пациентов интенсивность восприятия боли составляла 6,2±0,4 балла, что соответствовало верхней границе зоны умеренной интенсивности восприятия боли. На последующих этапах обезболивания отмечается снижение интенсивности восприятия боли до 2,3 ±0,4, что соответствовало слабой интенсивности восприятия болевой чувствительности.

Эффективность предложенного варианта послеоперационного обезболивания отражалась на показателях гемодинамики. Обеспечение максимального сниже-

ния болевой чувствительности способствовало более быстрой стабилизации ЧСС, среднего АД и в меньшей степени изменяло внутрисердечную гемодинамику.

Изучение динамики газообмена и кислородного статуса на этапах раннего послеоперационного периода показало, что при комбинированном применении инфузии кеторолака в сочетании с эпидуральной аналгезией отмечалась наилучшая стабильность показателей SaO_2, PaO_2, PaO_2/FiO_2, ВЛШ, $PaCO_2$ и pH и динамика изменений cLac .

Комбинация постоянной инфузии кеторолака в сочетании с эпидуральной аналгезией значительно снижала количество респираторных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде после хирургических вмешательств на пищеводе.

В группе умер 1 (4,2%) пациент вследствие недостаточности анастомоза.

Вывод. Комбинированная эпидуральная аналгезия лидокаином с постоянной инфузией кеторолака обеспечивает наиболее эффективное послеоперационное обезболивание и в большей степени уменьшает интенсивность болевого восприятия, способствует стабилизации гемодинамических показателей с оптимизацией газообмена, ранней активизации больных с уменьшением частоты респираторных осложнений и сроков нахождения их в ОРИТ.

ОРГАНИЗАЦИЯ МОНИТОРИНГА СИСТЕМЫ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАТОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ КРУПНОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Афончиков В.С., Девотченко А.В., Петрова А.А., Побережнюк Е.А.

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

Контингент больных и пострадавших, поступающих в отделения реаниматологии и интенсивной терапии крупных многопрофильных стационаров, разнороден. От 20 до 50% от общего числа пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям, имеют различные клинически значимые нарушения системы гемокоагуляции, требующие лабораторного контроля и патогенетически обоснованной коррекции. Наиболее распространены приобретенные коагулопатии, связанные с острой кровопотерей, недостаточностью функции печени, приемом и передозировкой антикоагулянтов и антиагрегантов; значительное число больных относятся к категории высокого риска развития синдрома венозного тромбоэмболизма. Частота развития ДВС-синдрома у больных отделений реаниматологии и интенсивной терапии представляется невысокой (менее 2%), однако эти пациенты являются наиболее тяжелыми и требуют максимального привлечения ресурсов лечебного учреждения.

Существующая в настоящее время «рутинная» лабораторная диагностика нарушений системы гемокоагуляции включает определение содержания фибриногена (по методу Klauss), протромбинового времени и рассчитываемого из него показателя международного нормализованного отношения (МНО, INR), активированного парциального тромбопластинового времени и подсчета количества тромбоцитов. Информация, получаемая клиницистом при анализе результатов «рутинных» коагулологических тестов, представляется абсолютно недостаточной по следующим причинам:

— концентрация фибриногена, определяемая по методике Klauss, не отражает фактических характеристик образующегося в процессе свертывания крови фибрина;

— подсчет тромбоцитов не позволяет оценить их функциональную активность;

— показатели МНО и АПТВ определяют время начала процесса свертывания крови, но не позволяют оценить его конечную эффективность;

— отсутствуют общепринятые исследования, позволяющие оценить функциональное состояние системы фибринолиза;

— В большинстве стационаров (Российской Федерации) не введено в повседневную практику определение активности противосвертывающей системы (антитромбин III).

Для улучшения качества экстренной диагностики и раннего начала патогенетически-обоснованной терапии приобретенных коагулопатий в отделе анестезиологии и реаниматологии ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе нами была внедрена методика тромбоэластографии. Использовался двухканальный тромбоэластограф TEG-5000 (Haemoscope corporation, USA).

Преимуществами метода тромбоэластографии являются простота и доступность исследования, возможность его выполнения врачами анестезиологами-реаниматологами после непродолжительной специальной подготовки (4 учебных часа), получение значительного количества показателей (более 20), характеризующих состояние системы гемокоагуляции. Ключевой особенностью метода является возможность оценки всех фаз гемокоагуляции, включая и посткоагуляционную, оценка активности фибриолиза и ретракционной способности тромбоцитов, механических свойств образовавшегося сгустка. Следует отметить, что в настоящее время тромбоэластография является наиболее простым и доступным средством оценки функциональной активности системы фибринолиза. Исследование может быть проведено непосредственно в отделении реаниматологии и интенсивной терапии, первичные показатели могут быть получены уже через 15–20 минут после забора пробы. Интегральная оценка взаимодействующих между собой звеньев системы гемокоагуляции дает клиницисту более полную информацию о реальном состоянии свертывания крови больного. Это позволяет своевременно начинать как заместительную (трансфузии свежезамороженной плазмы), так и антикоагулянтную и антиагрегантную терапию.

В то же время, такие «рутинные» показатели, как МНО и АПТВ, не теряют своего клинического значения; в первую очередь их следует использовать для контроля адекватности терапии прямыми (АПТВ) и непрямыми (МНО) антикоагулянтами.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ПУТЕЙ ПОСТУПЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Батырбаев Э.А., Бахранов У.Ш., Тошев О.Б., Ходжаев М.Ю.

Навоийский филиал РНЦЭМП

В лечении больных с острыми сердечно-сосудистыми (ОСС) заболеваниями в последние годы достигнуты значительные успехи, связанные с современными методами диагностики, применением высокотехнологических методов лечения, разработкой тактики активного хирургического лечения. Однако летальность среди больных с ОСС патологией остаётся высокой. По данным литературы, немаловажное значение имеет своевременность обращения и адекватное оказание первой помощи на догоспитальном этапе. Несмотря на это, многие больные попадают в специализированные отделения с осложнениями.

Цель. Изучение состояния оказания первой медицинской помощи больным с ОСС патологией на догоспитальном этапе.

В 1 полугодии 2013 г. в приемно-диагностическое отделение Навоийского филиала РНЦЭМП с ОСС патологией обратились 1944 больных. Из них госпитализированы 1254 (64,5%) больных, в том числе 524 (41,8%) мужчины и 730 (59,2%) женщин.

Большинство больных поступили в неорганизованном порядке: 632 (50,3%) больных обратились самотеком. По линии скорой помощи доставлены 202 (16,2%) пациента, по направлениям из поликлиник и других ЛПУ – 420 (33,5%) больных. Значительной части больных с ОСС патологией, поступивших самотёком, первая помощь не оказывалась, оказывалась в неполном объеме или неправильно.

Из общего числа госпитализированных 20 (1,6%) поступили в первые 6 часов, 486 (38,8%) – в течение 6-24 часов, 748 (59,65%) – спустя 24 часа от начала ОСС патологии.

Из общего числа поступивших у 128 (10,2%) больных был ОКС без подъема сегмента ST, у 52 (4,12 %) – ОКС с подъемом сегмента ST, у 660 (52,64 %) – нестабильная стенокардия, у 20 (1,6%) – острые нарушения ритма и проводимости, у 142 (11,33%) – осложнения гипертонического криза, у 1 (0,08%) – острый миокардит с осложнениями, у 29 (2,31%) – кардиомиопатия, осложненная сердечной недостаточностью, нарушением ритма или ТЭС, у 28 (2,23 %) – приобретенные или врожденные пороки сердца, осложненные ОСН (сердечная астма и отек легких, ТЭС), у 3 (0,24%) – ревматизмом II–III ст. активности, у 3 (0,24 %) – СКВ с волчаночным кризом. Остальные 188 (15,1%) больных были госпитализированы в плановом порядке. Из числа поступивших с диагнозом ОКС 89 выставлен диагноз ОИМ.

Как правило, больные с ОСС патологией поступают с различными осложнениями. При осложненных формах ОСС патологии в большинстве случаев объем лечебных мероприятий ограничивается введением ненаркотических анальгетиков, нитратов, диуретиков, сердечных гликозидов, гипотензивных и седативных средств. При транспортировке больных с ОСС патологией и проведении инфузионной терапии учитывались гемодинамические показатели и расстояние от места жительства до филиала РНЭЦМП.

Таким образом, большинство больных с сердечно-сосудистой патологией поступают самотеком, минуя первичные звенья скорой медицинской помощи, чаще всего спустя 24 часа с момента ОСС катастрофы. Основной нозологией остается патология, связанная с острым нарушением коронарного и мозгового кровотока, гипертоническим кризом, нарушениями ритма и проводимости, что требует улучшения организации и материально-технической базы кардиологических бригад интенсивной терапии скорой помощи этим больным.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ИВЛ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ, ОСЛОЖНЕННЫХ АСПИРАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ

Джураев И.Б., Маликов Ю.Р, Рахманов Б.А., Пармонов С.Т.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – одна из наиболее серьёзных проблем здравоохранения во многих странах. ЧМТ ежегодно получают до 2% населения, значительное число из них погибают или становятся инвалидами. ЧМТ – самое частое показание к госпитализации пострадавших в отделение реанимации в многопрофильных стационарах: в среднем от 20 до 35% от всех поступлений.

В реанимационном отделении Навоийского филиала РНЦЭМП в 2007-2012 гг. поступили 582 больных с сочетанными травмами, из них с тяжелой ЧМТ – 174. Сочетание ЧМТ с аспирационным синдромом (аспирация рвотными массами и кровью) отмечалось у 52(8,9%) больных, Из них 40 (76%) мужчин и 12 (42 %) женщин, в возрасте от 15 до 70 лет, в том числе до 50 лет 36, старше 50–16. В состоянии алкогольного опьянения, травму получили 28 (54%) больных. 39 (70%) больных попали в ДТП, у 7 (12%) была высотная травма, у 4 (7,1%) – криминальная, у 2 (3,9%) в результате сдавления тяжелыми предметами. В зависимости от тактики лечения больные разделены на 2 группы:

1-я группа – 26 больных с тяжёлой ЧМТ в сочетании аспирационным синдромом, которым наложена трахеостомическая трубка на 6–7 сутки на фоне продленной ИВЛ;

2-я группа – 26 больных которым установливали раннюю трахеостомию на 2–3 сутки.

Всем больным после госпитализации проводился мониторный контроль и оценка АД, ЧСС, САД, SpO_2, ЭКГ (монитор Митар-01), исследование КОС артериальной крови (аппарат Medica Easy Stat), установлен катетер в одну из центральных вен для контроля ЦВД,

и проведения инфузионно-трансфузионной терапии. Для диагностики повреждений использовали бригадный метод с привлечением реаниматологов, хирургов, травматологов, нейрохирургов, учитывая результаты рентгенологических исследований, УЗИ, МСКТ головного мозга. Наибольшую сложность представляет транспортировка пациентов с тяжелыми ЧМТ, находящихся в критическом состоянии, с нестабильной гемодинамикой, с применением во время транспортировки искусственной вентиляции легких. С помощью транспортной ИВЛ Драгер Оксилог 3000 10 больных с ОЭМП перевели в сопровождение двух реаниматологов. Разработка и решение вопросов безопасного транспорта пострадавших с тяжелыми ЧМТ позволяет повысить эффективность интенсивной терапии при проведении транспортировки и снизить летальность.

Респираторные расстройства имело место у 96 больных. 50 (15%) больных переведены на ИВЛ. У 18 больных 1-й и 15 – 2-й группы выполнена декомпрессивная трепанация черепа с удалением эпи- и субдуральных гематом. Анестезия обеспечивалась ТВА с миорелаксантами на аппарате Fabius. Медикаменты из расчета оксибутират натрия 70–80 мг/кг, пропофол 4 мг/кг/ч, дормикум 10–15 мг, морфин 0,3–0,4 мг/кг, фентанил в дозе 0,005 мг/кг, аркурон 0,04–0,06 мг/кг с помощью шприцевого насоса ЮСП-100. Проводилась длительная ИВЛ на аппарате VELA+ в различных вспомогательных и принудительных режимах (Volume A/C, SIMV, Pressure A/C, CPAP). Всем больным проводилась небулайзерная терапия, бронхосанация ТБД, вибромассаж. Отлучение от ИВЛ проводилось постепенно, на фоне тренировок с переводом в режим CPA. Антибиотики назначались с учётом чувствительности. Чувствительность наблюдалось в основном к антибиотикам 3–4 поколения цефалоспоринов (цефтриаксон, цефепим) фторхинолонов (офлоксацин, левофлоксацин). Несмотря на проведение адекватной интенсивной терапии умерли 16 (30,76%) больных вследствие травмы, не совместимых с жизнью, острого инфаркта миокарда, диффузных аксональных повреждений ЦНС, ТЭЛА.

Время пребывания в стационаре больных 1-й группы составляло 39-42 дня, 2-й группы – 29–32 дня .

Своевременный перевод больных с тяжелыми ЧМТ в сочетании с аспирационным синдромом, раннее наложение трахеостомии и проведение адекватной вентиляции легких и антибактериальной терапии позволило снизить смертность и длительность пребывания больных в отделении реанимации.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД ПЕРКУТАННОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ

Ибадов Р.А., Арифжанов А.Ш., Стрижков Н.А.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Цель. Оценка адекватности применения модифицированного метода перкутанной дилатационной трахеостомии у больных с полиорганной недостаточностью, находящихся на пролонгированной искусственной вентиляции лёгких в хирургической реанимации.

Материал и методы. Перкутанную дилатационную трахеостомию производили в ОРИТ РСЦХ им. акад. В.Вахидова 17 пациентам с полиорганной недостаточностью, находящимся на пролонгированной искусственной вентиляции лёгких на фоне нейролептаналгезии с помощью унифицированного одномоментного метода на основе модифицированной методики Сельдингера при строгом соблюдении правил асептики и антисептики. У 8 пациентов модифицированный метод перкутанной дилатационной трахеостомии проводился под контролем фибробронхоскопа.

Результаты. После выполнения преоксигенации пациентов шея располагается по средней линии, голова разгибается. Сдувается манжета интубационной трубки, точно определяется средняя линия шеи, что позволяет избежать неправильной установки трахеостомической трубки в близлежащие мягкие ткани.

Проводится инфильтрация тканей 1% растворам лидокаина, выполняется разрез кожи по средней линии шеи над 2-м кольцом трахеи. В трахею вводится полая игла (под эндоскопическим контролем или без него), по ней проводится проводник. По проводнику в трахею вводятся расширители увеличивающегося диаметра до достижения размера выбранной трахеостомической трубки. В качестве альтернативы в нашем модифицированном методе предлагается введение по проводнику зажима-расширителя специальной конструкции.

Затем проводится медленное удаление интубационной трубки, после чего производят введение по проводнику трахеостомической трубки. В конце операции под трахеостомическую трубку накладывается полуспиртовая салфетка с фиксацией трубки путем наложения швов на кожу и фиксации трубки этими швами и раздуванием манжетки. После чего создают нескольких ручных вдохов мешком Амбу, убеждаются в симметричном движении грудной клетки при вдохе и производят коннекцию трахеостомической трубки к аппарату ИВЛ. При необходимости аспирируют выделения из дыхательных путей.

Осложнения при чрескожной трахеостомии развились у 1 (5,8%) больного, что, по данным современной литературы, на 5–7% меньше, чем при проведении традиционной перкутанной методики. Использование фибробронхоскопа не является обязательным, что не исключает возможность его применения при необходимости.

Вывод. Модифицированный метод перкутанной дилатационной трахеостомии у больных с полиорганной недостаточностью, находящихся на пролонгированной искусственной вентиляции лёгких в хирургической реанимации, является унифицированным методом, который позволяет уменьшить сроки проведения трахеостомии, способствует снижению травматизации окружающих тканей и уменьшению количества осложнений.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Кутыбаева Г.М., Абдикаримова Г.К., Керуенов О.О.
Нукусский филиал РНЦЭМП, РАО 1

Искусственная вентиляция легких с положительным давлением на вдохе не относится к физиологичным методам респираторной поддержки. ИВЛ сопровождается целым рядом осложнений, вероятность возникновения которых прямо пропорциональна ее продолжительности, что обусловливает необходимость соблюдения протокола проведения данной процедуры.

В настоящее время доказаны преимущества проведения ИВЛ с небольшими дыхательными объемами (6–10 мл/кг). В отделении реанимации 20 больным режим вентиляции был подобран индивидуально под контролем показателей механики дыхания, пульсоксиметрии и анализов газового состава крови, 20 больным – как обычно. При высоком сопротивлении дыхательных путей целесообразно подобрать оптимальную величину пикового потока на вдохе, форму кривой потока, длительность фазы плато или переходить к вентиляции, регулируемой по давлению. В случае продления сроков ИВЛ более суток использовать интубационные трубки с манжетами низкого давления и аппаратов с широкими функциональными возможностями, снабженными графическим монитором дыхательных функций.

Важное значение имеют мероприятия, направленные на профилактику связанной с ИВЛ пневмонии, прежде всего, использование фильтров дыхательного контура, минимизация процедур, связанных с разгерметизацией дыхательного контура и сдуванием манжеты интубационной трубки. С целью снижения вероятности контаминации дыхательных путей микрофлорой из желудочно-кишечного тракта головной конец кровати приподнимают на 15–30°, проводят мониторинг pH желудочного секрета, избегая неоправданного назначения антацидных и подавляющих секрецию препаратов, проводят мероприятия по стимуляции кишечника, по возможности назначают раннее энтеральное питание специальными питательными смесями с учетом энергетических и метаболических потребностей пациента. Антибактериальая терапия проводится с учетом результатов бактериологического исследования бронхиального секрета. Важное значение имеет выполнение диагностической и санационной бронхоскопии.

С целью улучшения пассажа мокроты проводят ингаляцию бронхо- и муколитиков через небулайзер, синхронизированный с дыхательным циклом, вибромассаж и физиотерапевтические процедуры. Аспирацию секрета осуществляют одноразовыми катетерами или с помощью систем «закрытого контура». Все процедуры, связанные с рассоединением дыхательного контура, производят в стерильных перчатках.

При длительной ИВЛ, особенно в случае тяжелых форм дыхательной недостаточности, положительный эффект оказывает кинетическая терапия – вентиляция в положении на боку и на животе.

Отлучение от аппарата ИВЛ требует проведения тщательного мониторинга дыхательных функций больного. При проведении вспомогательного дыхания целесообразно как можно раньше перейти к неинвазивной масочной вентиляции.

У 20 больных отмечалось раннее отлучение от ИВЛ без осложнений: у 13 больных на 3-4 сутки, у остальных до 10 сутки, в обычной группе – у 70% на 7–8 сутки, у остальных – спустя более 10 суток с осложнениями.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТИВОШОКОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ И ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКОМ, С ПОЗИЦИИ РЕАНИМАТОЛОГА

Маликов Ю.Р., Джумаев Ф.Ф., Сафаров Н.Н.
Навоийский филиал РНЦЭМП

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки остается наиболее распространенным заболеванием, которое за последние годы претерпело ряд изменений.

Проф. В.П.Петров (2001), располагая значительными статическими данными, отметил наиболее важные из них.

1. Имеет место рост числа больных с язвенной болезнью в России с одновременным снижением заболеваемости в большинстве зарубежных стран, что имеет под собой социальную основу.

2. Уменьшается число плановых операций по поводу неосложненных гастродуоденальных язв, совпавших по времени с широким внедрением современных противоязвенных препаратов.

3. Увеличивается число больных с осложнениями ЯБ и количество неотложных операций по поводу прободения более чем в 2 раза и кровотечения с осложненным геморрагическом шоком почти в 2 раза. Аналогичная ситуация наметилась в Навоийском регионе: увеличение заболеваемости, снижение число плановых и увеличение неотложных операций.

Отмечаемый в последние 10–15 лет рост заболеваемости язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки привлек внимания исследователей к этой проблеме и позволил уточнить некоторые особенности ее проявлений у указанного контингента больных. Установлено, что при более доброкачественном течении болезни такие грозные осложнения как кровотечение из язвы, перфорация возникают на фоне более легкого, на первый взгляд, клинического течения, при более коротком язвенном анамнезе и чаще у лиц старшего возраста.

Подводя итоги, касающиеся клинических проявлений ЯБ у больных, следует отметить, что начало

заболевания приходится на старший возраст, чаще протекает скрыто, атипично, а ее осложнения (кровотечение, перфорация) бывают первым клиническим проявлением заболевания.

В Навоийский филиал РНЦЭМП в 2009-2012 гг. поступили 362 больных с язвенной болезнью осложненной кровотечением и перфорацией, из них 214 мужчин и 148женщин.

У 63 было в состояние геморрагического шока. Обследование включало общий анализ крови в развёрнутом виде, свёртывающей системы крови, биохимические анализы, определение группы и резусфактора крови, ЭГДФС, ЭКГ. Больным проводилась компенсация кровопотери, инфузионная и гемостатическая терапия. Консервативное лечение получили – 23%, оперативное лечение – 77% больных. Этим объясняется более высокая частота выполненных экстренных операций.

Тактика лечения остро кровоточащих язв продолжают вызывать споры. Как активно-выжидательная, так и активная хирургическая тактика имеют своих сторонников и противников.

Наш опыт позволил строить лечебную тактику, исходя из данных эндоскопического исследования, широко использовать противошоковые мероприятия, антагонисты Н2 – блокаторов 3 поколения для внутривенного введения, что способствует более успешному тромбированию находящегося на дне язвы кровоточащего сосуда. Эта тактика широко используется в течение последних 10–15лет.

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧА САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ

Махмудов О.О., Ташланов М.М.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Лечение пострадавших с сочетанной и множественной травмой является одной из актуальных проблем медицины. Клиническая практика показывает, что успех оказания медицинской помощи этим больным на догоспитальном и госпитальном этапах во многом зависит не только от лечебных, но и от организационных мероприятий, которые определяют своевременность проводимой терапии. Фактор времени, квалификация врача, алгоритм его действий, оснащенность аппаратурой и медикаментозное обеспечение имеют решающее значение (Чмелёв В.С., Качков И.А., 2007).

Реформа здравоохранения, проведенная в Узбекистане в последнее десятилетие, привела к тому, что обеспечены почти все принципы и требования, предъявлемые к медицинскому обслуживанию больных с тяжелой, сочетанной травмой: своевременность – в результате приближения системы ЭМП к населению, организованность – её доступностью, качество – оснащением современной мед.аппаратурой, приоритетным медикаментозным снабжением, стандартизированными лечебными мероприятиями.

Рядом факторов в этих ситуациях оперирует врач санитарной авиации (фактор времени, квалификация врача, алгоритм его действий), вызываемый к тяжелому больному в качестве специалиста узкого профиля. Конечно, легче приехать, дать своё узкоспециализированное заключение, произвести свои манипуляции и действия и уехать со спокойной душой. Но это противоречит канонам врачевания. По своей сути, врач санитарной авиации зачастую становится организатором лечебно-диагностического процесса. За короткий промежуток времени он должен осмотреть больного по своей специальности, ознакомиться с историей болезни, уточнить некоторые важные пункты анамнеза, сопоставить данные анализов и заключений других специалистов, а также назначить и/или произвести дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

Опыт показывает, что необходимо продумать любые проблемы, вплоть до бытовых. Надо отдать должное диспетчерам санитарной авиации, которые откликаются незамедлительно, особенно при массовых поступлениях, на грозные, жизнеопасные диагнозы и находят врачей, где бы они ни были. Случалось, что врач санитарной авиации приезжал к больному раньше, чем местные специалисты узкого профиля успевали его осмотреть.

Нередко в ночные дежурства отсутствие, например, окулиста или рентгенолога затрудняет постановку диагноза, интерпретацию симптомов и пр. Выезжая в отделения ЭМП районов области часто сталкиваешься с проблемами 1) диагностики, 2) интерпретации анализов, 3) интеграции в диагноз сочетанных нозологий, 4) определении приоритетности специфических действий, профессиональной активности при сочетании с другими интеркуррентными травмами. Врач санитарной авиации должен обладать навыками экспресс-диагностики, полисистемного анализа, знаниями классификации смежных специальностей, умением сочетать свои действия с жизнеугрожающими состояниями, степенью нарушения витальных функций пациента, исходя из принципа «не навреди».

Так, что же должен брать с собой на вызовы врач санитарной авиации? У врача санитарной авиации в запасе должно быть: пульсоксиметр – есть в реанимационных отделениях ЭМП, офтальмоскоп-отоскоп, шаблон нормальных значений лабораторных анализов (полезно иметь при себе глюкометр, тест-полоски типа “Nanophan”), шаблон признаков инфаркта миокарда, набор шкал состояния витальных функций (шкала комы Глазго и т.п.), интерпретатор или электронная версия атласа анатомии человека, справочник практического врача, гематолога, инфекциониста, невролога, по общей хирургии, педиатра и др (желательно скомпонованные в микрочипе).

Должна быть также надёжная связь при необходимости консультации со специалистами, решения вопросов перевозки, «вызов на себя», консультации по телефону (очень эффективно в отдалённых районах и в ночное время). Последнее почему-то страдает. Ведь если врач санитарной авиации с места требует консультацию, например, врача узкого профиля, она может

быть выполнена, используя современные коммуникационные средства, незамедлительно и очень эффективно. На практике данная методика зарекомендовала себя с лучшей стороны. Сегодня возможны не только голосовые, но и «on-line» видеоконсультации, независимо от места расположения и тяжести состояния больного. Экономия сил и средств, а главное, времени!

Таким образом, сегодня назрела проблема модернизации обеспечения консультативной и экстренной специализированной помощи больным на местах в системе ЭМП, которую необходимо и возможно решить. Необходимо урегулирование юридических аспектов активности врача-санавиатора, разработка протокола вызова по телефону либо через веб-сайт санитарной авиации пакета справочных данных, создание системы опосредованной, телефонной или «on-line» консультации, независимо от дислокации и диагноза больного, времени и уровня консультанта.

ПРИМЕНЕНИЕ РАННЕЙ ИВЛ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ШОКОВОГО ЛЕГКОГО В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП

Махмудов Х.А., Гофуров А.К., Юсубжонов П.Ю.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Синдром шокового легкого (СШЛ) – типичное нарушение дыхания, связанное с первичным поражением недыхательных функций легких, которые должны не только обновлять газовый состав кровн, но и очищать ее от механических примесей и биологические агрессивных веществ.

В реаниматологической практике СШЛ встречается часто: в большей или меньшей степени он выражен при всех критических состояниях, наблюдается при нарушении реологических свойств крови с агрегацией клеток (геморрагический синдром, травматологический, кардиогенный, анафилактический шок). Если продукты нарушения метаболизма и микроциркуляций оседают в легочных капиллярах, наступают физиологические последствия. Имеют значение не только механическое перекрытие легочного капиллярного кровотока, но и повреждающее действие биологически агрессивных веществ, поступивших в избыточном количестве в легкие. Объем внесосудистой воды в легких при этом синдроме всегда повышен. Эти физиологические механизмы обусловливают клиническую картину острой дыхательной недостаточности.

Под нашим наблюдением были 60 больных с исходной гиповолемией, в том числе с острым кровотечением – 24 (40%), с тяжелой сочетанной травмой – 12 (20%), с алиментарной дистрофией, приводивший к гиповолемическим шоку – 24 (40%). Возраст больных – от 18 до 40 лет. Диагностика и интенсивная терапия проводились в реанимационном зале приемно-диагностического отделения. У 15 больных наблюдалось ничем не объяснимая гипервентиляция, несмотря на это гипоксемия нарастала. Мы расценивали это как начальную фазу синдрома шокового легкого. Исходя из этого, после медикаментозной подготовки больные были переведены на ИВЛ. Для профилактики дальнейшего развития СШЛ она проходила в режиме Реер. Использовали респиратор «Vela Plus» с пульсоксиметром. По ходу проводилась оксигенотерапия с увлажненным кислородом со скоростью в среднем 3–5 и/мин.

На фоне ИВЛ проводилась целенаправленная инфузионно-корригирующая терапия с учетом объема циркулирующей крови, центрального венозного давления, уровня гемоглобина, гематокрита, свертываемости по Ли-Уайту, насыщенности кислородом крови.

В результате проводимой интенсивной терапии состояние больных стабилизировались: АД в среднем составляло 130/80 мм рт. см, пульс – 80–88, SaO_2>95%.

Цианоз исчез, кожа и видимые слизистые розовой окраски, дыхание спокойное. После этого больные успешно экстубированы течение 4–6 часа Осложнений не отмечалось. Удалось предупредить развитие такого грозного осложнения как СШЛ.

Больные переводились в отделение экстренной терапии после полной стабилизации и коррекции гематологических, дыхательных и водно-солевых нарушений.

Выводы. 1. СШЛ – частое осложнение различных критических состояний. Предупредить СШЛ можно сравнительно простыми мерами. 2. Важнейшая мера профилактики синдрома – ранняя ИВЛ и улучшение реологических свойств крови. Если ИВЛ не слишком нарушает гемодинамику, надо чтобы она проходила в режиме Реер. Это необходимо не только из-за гипоксии, а и для того, чтобы повышая внутриальвеолярное давление, уменьшить интерстициальной и вытолкнуть из капилляров задержанные там продукты нарушенного метаболизма и микроциркуляции. 3. Своевременно начатая инфузионно – корригирующая терапия на фоне ИВЛ позволяет предотвратить грозные осложнения, в том числе и СШЛ.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЙ ВЕНТИЛЯЦИЙ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Махмудов Х.А., Аббосхонов Г.Х.,Гофуров А.К.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Анестезия при торакальных операциях остаётся самым сложным видом анестезии. Полное функциональное разделение легких является важной анестезиологической особенностью торакальной хирургии. В настоящее время вполне доступны специальные двухпросветные относительно атравматичные пластиковые трубки для вентиляции легких и проведения однолегочной вентиляции.

Цель. Изучение эффективности проведения эндобронхиальной вентиляции и примуществ однолегочной интубации при торакальных операциях.

Материал и методы. Раздельная интубация глав-

ных бронхов в последние годы получила широкое распространение в хирургии легких, так как по сравнению с другими методами имеет ряд преимуществ: 1) позволяет поддерживать адекватную вентиляцию при различных видах оперативных вмешательств, в том числе и сопровождающихся нарушением герметичности в дыхательных путях оперируемого легкого; 2) надежно изолирует пораженное легкое от здорового при патологических процессах, осложненных кровотечением, выделением большого количества гноя, мокроты; 3) обеспечивает условия для непрерывного осуществления аспирации трахео-бронхиального дерева одного легкого, не прекращая вентиляции другого; 4) позволяет полностью или частично выключать оперируемое легкое из вентиляции, проводить независимую вентиляцию каждого легкого, при необходимости быстро переходить от однолегочной вентиляции к двулегочной; 5) создает максимальные удобства для выполнения операции путем изменения степени коллабирования легкого.

В ФФРНЭМП обобщён 3-летний опыт проведённых во время торакальных операций анестезиологических пособий. За это время выполнено 200 эндобронхиальных вентиляций (раздельних интубаций). Возраст больных – от 16 до 65 (46,5±1,9 года). Мужчин было 120 (60%), женщин 80 (40%). С осложнённым экинококозом было 150 (75%) больных, 15больных с гигантскими буллами – 15 (7,5%). эмпиемой плевры –10 (5%), пневмотораксом – 15 (7,5%), абсцессами легких –10 (5%). Большинство больных были госпитализировны в тяжелом состоянии с клиникой острой дыхательной недостаточности, анемией, гипертермическим синдромом. Учитывая тяжесть состояния, больных после премедикации (наркотический анальгетик промедол 2% 1,0+ холиноблокатор атропина сульфат 0,1% 0,5–1,0 + антигистамин димедрол 1% 1,0) брали на операционный стол. Для снятии послеоперационого болевого синдрома эндолюбально водили 1 мг 0,1 мл морфина. С целью проведения адекватной трансфузионно-инфузионной терапии прямо на операционном столе устанавливали подключичный катетер №1,4. Индукция: дормикум 0,2–0,3 мг/кг, пропофол в дозировке 1,5–2 мг/кг, кетамин 3–4 мг/кг, барбитураты, НЛА, О2 до 10 л/мин и релаксанты длительного и короткого действия. Иинтубацию проводили двухпросветной трубкой.

Часто применяли закись азота в сочетании с препаратами для нейролептаналгезии или в смеси с наркотаном.

После операции больных переводили в ОИТР до пробуждения. Через интубационную трубку подавали увлажнений кислород до 10 л/мин, мониторное наблюдение, контроль сатурации НВ %.

До экстубации тщательно санировали элекроотсосом через интубационную трубку мокроту, гной, экссудат. После этого больных экстубировали, продолжая интенсивную наблюдению.

Выводы. Правильно выбранный способ общей анестезии и дозировки анестетиков позволяет с меньшим риском для пациента выполнять адекватный объём оперативного вмешательства, что улучшает результаты лечения, сокращается время пребывания этих больных на реанимационных койках.

МЕДИЦИНСКАЯ СОРТИРОВКА В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Мирошниченко А.Г., Миннуллин И.П., Алимов Р.Р.

ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург

Значительный рост (до 70%) обращаемости граждан в стационары скорой помощи, а также ужесточение требований к обоснованному направлению в специализированные отделения стационара при ограниченности ресурсов здравоохранения потребовали изменения традиционной формы функционирования приемных отделений многопрофильных стационаров с формированием стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП). Принципиальным отличием такой организационной формы работы госпитального этапа скорой медицинской помощи (СМП) стало применение новых критериев медицинской сортировки, которые позволяют выделить из общего потока обращений лиц, нуждающихся в оказании СМП.

Материал и методы. Для сравнительного анализа использованы выборки больных (за исключением токсикологического профиля), обратившихся в Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (СПбНИИ СП) в зимние и летние периоды 2004 г. и 2009 г. – соответственно 1292 и 9744 пациентов.

Результаты и обсуждение. Основным принципом медицинской сортировки является оценка тяжести состояния пациентов, основанная на системах балльной оценки физиологических параметров, широко используемых в настоящее время в разных странах. В СПб НИИСП была предложена шкала, применяемая в крупных стационарах Европы, такой как Medical Emergency Triage and Treatment System, модернизированная с учетом опыта отечественных ученых (Пирогов Н.И., Русаков А.Б., Малаховский Д.Е.). Данная шкала на основании балльной оценки семи критериев сортировки (дыхательные пути, показатели дыхания, кровообращение, сознание, температура тела, выраженность болевого синдрома, опорная функция организма) позволяет разделить больных (пострадавших), нуждающихся в СМП, в зависимости от срочности оказания помощи. Старший врач СтОМСП на основании наиболее измененного критерия сортировки определяет поток срочности, соответственно условия оказания помощи:

1-й (красный) «реанимационные – отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), шоковая операционная» (состояние безнадежное и угрожающее, необратимое нарушение жизненно важных функций организма или быстрое нарастание нарушений жизненно важных функций, для устранения которых необходимы экстренные лечебные мероприятия); 2-й «А» (оранжевый) «лежачие – палата интенсивной терапии (ПИТ), операционные» (состояние тяжелое, наличие выраженных функциональных нарушений, непосред-

ственно не угрожающих жизни, имеющих тенденцию к нарастанию, но поддающихся коррекции соответствующими лечебными мероприятиями, т.н. «лежачие» больные, требующие интенсивного лечения); 2-й «Б» (желтый) «лежачие – палата СтОСМП» (состояние средней тяжести, умеренно выраженные нарушения жизненно важных функций организма, не представляющие опасности для жизни); 3-й (зеленый) «ходячие» (удовлетворительное состояние, незначительные и стойко компенсированные функциональные расстройства или их отсутствие). Более того, опыт распределения пациентов по потокам оказания СМП в СтОСМП и оценка результатов оказания помощи показали высокую эффективность применения «организационных» критериев направления в 1-й поток больных (пострадавших) у которых велика вероятность развития в ближайшее время состояния, требующего оказания помощи в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, шоковой операционной». Так, из потока обратившихся выделяется группы больных: с острым коронарным синдромом, острым нарушением мозгового кровообращения, травматическими повреждениями в результате дорожно-транспортных происшествий или падения с высоты. Сравнительный анализ данных за 2004 и 2009 гг. выявил следующие изменения: среднесуточная обращаемость увеличилась на 14,8% (с 92,3 до 108,3), доля пациентов, не потребовавших специализированного стационарного лечения, – на 75,0% (с 8% в 2004 г. до 32,2% в 2009 г.). Изменения технологии оказания СМП с 2007 г., учитывающие принципы медицинской сортировки, позволили повысить эффективность лечения и выделить следующие потоки размещения пациентов, а именно из 9744 человек в 1-й поток (красная зона) направлено 6,1% (594 чел.), 2 «А» (оранжевая з.) – 10,2% (993 чел.), 2 «Б» (желтая з.) – 17,5% (1705 чел.), 3-й (зеленая з.) – 66,3% (6460 чел.). В результате, интенсификация оказания помощи увеличила общую потребность в реанимационных услугах на 21,2% (с 11,8% в 2004 г. до 15% в 2009 г.). Более того повышение эффективности работы СтОСМП позволило добиться сокращения количества средних койко-дней на 9% с 8,5 в 2004 г. до 7,7 в 2009 г. при сохранении прежнего уровня летальности – 4,8%.

Заключение. Формирование контингента больных (пострадавших), требующих оказания СМП в экстренной форме, и их последующее распределение по потокам, на основе методов медицинской сортировки является одним из направлений оптимизации использования ограниченных ресурсов стационара и повышения эффективности оказания СМП.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Моминжанов Р.М., Нурмухамедов Х.К., Боймирзаев К.Х., Бобониязов К.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Большой интерес к проблеме внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) и абдоминального компартмент-синдрома (АКС) обоснован отрицательными влияниями на организм при повышении давления в брюшной полости. ВБГ является предиктором смертности у критически тяжелых хирургических пациентов.

Как и все другие компартментные синдромы (острая интракраниальная гипертензия, напряженный пневмоторакс, тампонада сердца, внутрифасциальный компартмент-синдром), АКС считается абсолютным показанием к проведению экстренной хирургической декомпрессии. Неспособность к проведению своевременной декомпрессионной лапаротомии неизбежно приводит к мезентериальной ишемии с последующим развитием бактериальной транслокации, абдоминального сепсиса, полиорганной недостаточности (ПОН) и смерти. С другой стороны, рано распознанная ВБГ может поддаваться консервативному лечению, что предупреждает развитие АКС.

Для профилактики АКС необходимо своевременное выявление больных групп риска развития данного синдрома и, наряду с основными физиологическими и лабораторными параметрами, проведение мониторинга ВБГ. При этом следует учитывать, что глобальные гемодинамические индексы (АД, сердечный выброс, доставка кислорода и т.д.) могут недооценить тяжесть гиперперфузии внутренних органов. Наиболее информативными индикаторами состояния спланхнической циркуляции считаются pH слизистой оболочки кишечника, ВБД, и абдоминальное перфузионное давление (АПД =АДср–ВБД).

Консервативное лечение включает все методы, способные снижать объем внутрибрюшных структур, увеличивать комплайнс брюшной стенки, а также инфузионную терапию во избежание венозного застоя и снижения преднагрузки. Методы консервативного лечения могут быть разделены на 5 групп: 1) инфузионная терапия; 2) увеличение комплайнса передней брюшной стенки (миорелаксация, эпидуральная аналгезия); 3) эвакуация кишечного содержимого (назогастральные, назоинтенстинальные зонды, ректальная трубка, прокинетики, слабительные); 4) эвакуация свободной жидкости из брюшной полости (парацентез, перкутанное дренирование); 5) коррекция капиллярной утечки и положительного баланса (ингибирование системной воспалительной реакции, диуретики).

При подготовки к операции необходимо заранее предусматривать некоторые моменты анестезиологического пособия. Нарастающая нестабильность состояния больных может стать препятствием для их транспортировки в операционную, поэтому анестезиологи проводят декомпрессию брюшной полости прямо в ОРИТ. Многие пациенты с ВБГ и АКС, находящиеся в ОРИТ, могут быть уже на ИВЛ седированными и интубированными. *Премедикация* предусматривает введение средств для профилактики аспирационной пневмонии (комбинация атропина и метоклопромида). *Индукция*: обычно проводят внутривенную индукцию с быстрой последовательной интубацией трахеи, для облегчения процедуры можно использовать панкуроний (рокуроний). Учитывая, что все анестетики приводят к сердечной сократимости и снижению АД ср. (кардиодепрессивное и вазодилатирующее влияние), необходимо использовать пропофол, миазолам. Применение

кетамина остается менее выгодным. *Поддержание*: для поддержания анестезии обычно используют методику тотальной интравенозной анестезии (ТИВА) короткодействующими гипнотиками и опиоидами для улучшения управляемости и снижения вероятности угнетения дыхания. Как правило, фармакодинамика и фармакокинетика препаратов у таких больных нарушены, и они очень чувствительны к кардиодессивному действию ингаляционных и внутривенных анестетиков. Изменение объема циркулирующей крови и органного кровотока могут увеличить концентрацию анестетиков вследствие снижения объема распределения и метаболизма лекарств. Самые оптимальные гипнотики для ТИВА – это пропофол (пофол) и мидозалм.

ИВЛ: повышение ВБД ведет к снижению ФОЕ комплайнса грудной клетки и ее эластичности, повышает величину функционального шунта справа налево и приводит к ателектазированию и в нижерасположенных участках легких. Высокие значения пикового инспираторного давления приводят к перерастяжению здоровой легочной ткани и поэтому увеличивают риск баротравмы. Поэтому общая стратегия ИВЛ при ВБГ/АКС выглядит так: 1) во время вдоха должно быть преодолено пороговое значение давления открытия частично поврежденных альвеол. 2) давление должно быть поддержано достаточно долго для обеспечения адекватного газообмена. 3) продолжительность выдоха не должна быть выше критической времени, необходимого для спадания открытых альвеол. 4) целесообразно использование ПДКВ для противодействия ВБГ. 5) использование миорелаксантов может снижать ВБД и способствовать синхронизации с аппаратом.

Таким образом, ВБГ и АСК требуют быстрого распознования и агрессивного лечения, среди которых оперативное является необходимым. Анестезиологическое пособие требует индивидуального подхода и выбора препаратов.

ПРИБЛИЖЕНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ К ТЯЖЕЛОПОРАЖЕННЫМ КАК НЕИСПОЛЬЗОВАННЫЙ РЕЗЕРВ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ КАТАСТРОФАХ НА УГОЛЬНЫХ ШАХТАХ

Муллов А.Б., Галеев И.К.

Государственное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровский областной центр медицины катастроф», Кемерово

Взрывы в угольных шахтах сопровождают угледобычу со времен зарождения угольной промышленности в мире. По данным А.Э. Петросяна (1998), ежегодно на шахтах мира происходит одна крупная катастрофа с гибелью 250 человек и более, и три «малые» с числом жертв до 30 человек каждая. С момента создания на шахтах царской России в 1902 г. спасательных групп качественный скачок в оказании медицинской помощи горнякам произошел в 1922 г., когда все горноспасательные станции были переданы в единое подчинение Главному управлению горной промышленности ВСНХ, а в 1934 г переведены на военизированное положение и стали носить современное название – военизированные горноспасательные части (ВГСЧ). С организацией в 1983 г. в Кузбассе, а затем и в других угледобывающих регионах бывшего СССР реанимационно-противошоковых групп, имеющих в своем составе 2 врачей или фельдшеров, спускающихся в аварийную шахту вместе со спасателями для розыска и оказания медицинской помощи шахтерам, позволило сократить летальность среди тяжелопораженных в три раза (Галеев И.К., 2000). По данным ученых снизить число жертв при взрывах возможно, автоматизировав процесс угледобычи и полностью убрав людей из взрывоопасной среды угольных шахт. В тех странах (Германия, США и др.), где использование человека в технологическом процессе минимально, смертельный травматизм на 2 порядка ниже, чем в странах бывшего СССР, но и стоимость угля несопоставимо выше (Гражданкин А.И., 2010).

При взрывах на шахтах при оказании медицинской помощи используются подземные медицинские базы; организуемые на свежей струе воздуха, в безопасном месте, пункты концентрации пораженных, где врач проводит медицинскую сортировку, мероприятия экстренной медицинской помощи и готовит пораженных к эвакуации на поверхность. В Украине разработаны и широко применяются реанимационные автобусы «Горноспасатель», где при транспортировке до лечебного учреждения проводится гипербарическая оксигенация и продолжается интенсивная терапия нескольким пораженным одновременно. Однако непосредственно в очаге аварии, в непригодной для дыхания атмосфере, в условиях высокой температуры и влажности, слабом освещении, пока пораженный не доставлен на подземную базу или на поверхность, провести мероприятия квалифицированной и специализированной медицинской помощи не представляется возможным. С учетом того, что среднее время эвакуации из аварийного очага в шахте составляет от 40 минут до 1,5 часов, начать выполнение «протезирования» пораженной системы «кровь-легкое» введением оксигенированного перфторана (кровезаменитель с газотранспортной функцией, ООО «НПФ Перфторан», Россия) сразу по обнаружении пораженного – неиспользованный резерв спасения тех шахтеров, которых сегодня мы спасти не успеваем.

С целью приближения квалифицированной и специализированной реаниматологической помощи к тяжелопораженным, создания реаниматологу условий для комфортной работы в неблагоприятных условиях внешней среды нами в содружестве с учеными – угольщиками разработан, запатентован и готовится к производству «мобильный подземный реаниматологический комплекс» (заявка № 2012127598 с приоритетом от 02.07.2012). Это мобильное техническое средство с автономной системой жизнеобеспечения, с запасом необходимых лекарственных препаратов, оснащенное оборудованием для проведения оксигенации перфторана и оказания анестезиолого-реанимационной помощи в объеме квалифицированной и специализиро-

ванной. Комплекс выполнен в виде сборной блочно-модульной конструкции, доставляется в зону аварии в собранном виде или собирается из составных частей непосредственно на месте силами 3–4 человек. Комплекс может перемещаться по подземным выработкам с использованием монорельсового, подземного железнодорожного транспорта или на собственной колесной базе. Комплекс рассчитан по типу «один пораженный – один врач» и при необходимости может доставляться не только до выхода из шахты на поверхность, но и от поверхности шахты до лечебного учреждения. При этом процесс оказания экстренной медицинской помощи не прерывается от момента обнаружения пораженного до приемного отделения стационара.

Принцип использования мобильного подземного реаниматологического комплекса заключается в скорейшем проведении коррекции основных поражающих факторов взрыва в шахте, «протезирования пораженной системы кровь-легкое» – гипоксии от отравления оксидом углерода и продуктов термодеструкции шахтных газов в сочетании с баротравмой легких, коррекции нарушенных витальных функций организма. Использование подземного реаниматологического комплекса позволит сократить «золотой час» при оказании экстренной медицинской помощи тяжелопораженным, снизить летальность за счет своевременного оказания анестезиолого-реанимационной помощи.

При строительстве новых шахтных выработок в Кузбассе предлагается проектировать соответствующие «карманы» для размещения компонентов мобильного подземного реаниматологического комплекса и запаса соответствующих средств для его функционирования. Мобильный подземный реаниматологический комплекс конструктивно предназначен для транспортировки авиатранспортом и может доставляться в регионы, где произошла катастрофа и будут работать спасатели Национального аэромобильного спасательного учебно-тренировочного центра. В настоящее время в Кузбассе такой аэромобильный центр организуется, и ведется активное строительство его базы. Зона ответственности этого подразделения – все угледобывающие регионы России.

ПРЕИМУЩЕСТВА КЕТОФОЛОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ МНОГОЦЕЛЕВОЙ РИГИДНОЙ БРОНХОСКОПИИ

Мухитдинова М.К., Пахмурин И.Р., Нуралиева М.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП,
Андижанский государственный медицинский институт

Сложность анестезиологического обеспечения при выполнении ригидной бронхоскопии заключается в том, что анестезиолог «делит» дыхательные пути с хирургом. Относительно короткая продолжительность эндоскопических вмешательств, высокая рефлексогенность, необходимость создания условий «хирургического комфорта» – вот неполный перечень проблем, предъявляющих особые требования к анестезиологическому обеспечению. В этой ситуации традиционная ИВЛ не всегда эффективна. Достижению адекватного газообмена при выполнении многоцелевой ригидной бронхоскопии способствует включение в респираторную поддержку ВЧ ИВЛ с более низким средним давлением в дыхательных путях, при которой основной физиологический феномен заключается в генерировании ауто-ПДКВ (positive end-expiratory pressure – PEEP), за счёт которого лёгкие поддерживаются «открытыми».

Высокочастотная искусственная вентиляция легких (High – frequency positive pressure ventilation – HFPPV–ВЧ ИВЛ) – относительно новая форма механической вентиляции, которая использует маленький дыхательные объёмы, равные или меньше мертвого анатомического пространства в сочетании с чрезвычайно высокой частотой вентиляции.

Цель и задачи. Оценка клинической эффективности методик седации, основанных на применении кетофола на фоне респираторной поддержки при выполнении многоцелевой ригидной бронхоскопии.

Материал и методы. С целью обеспечения респираторной поддержки ВЧ ИВЛ проводится аппаратом BIRD AVIAN через дыхательный канал бронхоскопа Фриделя. При проведении бронхоскопии применяются следующие параметры ВЧ ИВЛ: FiO_2 100%, ЧД 100 в мин, скорость потока воздуха 100 л/мин, ДО из расчета 8 мл/кг массы тела. Следует отметить, что при введении бронхоскопа в один из бронхов необходимо уменьшение ДО на 50% от исходных параметров. Применение данной методики было обусловлено отсутствием специальных инжекторов для проведения струйной ВЧ ИВЛ и неадекватностью обычной объемной ИВЛ при затягивании времени процедуры бронхоскопии более 10 минут.

Используется два варианта анестезии: кетамин + фентанил, кетамин + пропофол (кетофол) (Willman E.V., 2007) на фоне введения релаксантов короткой продолжительности действия. До индукции анестезии вводится болюсно лидокаин в дозе 100 мг в/в, на фоне стандартной премедикации атропином.

Из общего числа бронхоскопий (59) многоцелевая ригидная бронхоскопия была проведена у 36 (61%) пациентов, у 11 (18,6%) из которых лечебно-санационные мероприятия сочетались с селективной бронхографией водорастворимым контрастом. Все больные относились ко 2-3 классу анестезиологического риска по ASA. Адекватность респираторной поддержки оценивалась неинвазивным способом с помощью кардиомонитора «Митар» (Россия) по гемодинамическим показателям: газы и КЩС артериовенозной крови, SaO_2. Следует отметить, что особых изменений гемодинамических показателей, ЧСС,САД, ЦВД, PaO_2, SaO_2, PvO_2, SvO_2, $PaCO_2$, КЩС во время проведения бронхоскопии, даже при затягивании процедуры до 30 мин, не отмечалось.

Выводы. Возможность проведения экстренной многоцелевой ригидной бронхоскопии позволяет повысить эффективность лечения вследствие совмещения многофункциональных задач, стоящих перед высокотехнологичными методами вмешательств на органах дыхания. Обеспечивая полноценную адекватную вентиляцию, респираторная поддержка методом

объемной высокочастотной ИВЛ, по нашему мнению, является удачной альтернативой инжекционной струйной ВЧ ИВЛ при многоцелевом лечебно-санационно-диагностическом использовании ригидной бронхоскопии. Методика анестезии на основе кетофола 1:1 характеризуется более стабильным течением анестезии с минимальными изменениями гемодинамики (в отличие от комбинации кетамина с фентанилом), отсутствием депримирующего влияния на дыхание, возможностью отказа от опиоидов, достаточно быстрой реверсией и отсутствием рецидивов угнетения сознания, быстрым восстановлением ясного сознания и ранней активизацией больных. Применение кетофола для анестезиологического обеспечения эндоскопических вмешательств является перспективным направлением в поиске новых сочетаний анестетиков для минимизации отрицательных эффектов действия препаратов, что требует дальнейшего изучения.

СОЧЕТАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

Нечаев В.В., Овезов А.М., Прокошев П.В., Луговой А.В.
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

Некоторые оперативные вмешательства в плановой офтальмохирургии (например, энуклеации и эвисцерации глазного яблока, цирклаж по Арруга и др.) отличаются высокой травматичностью и выраженным болевым синдромом в послеоперационном периоде, что требует путей повышения качества анестезиологического обеспечения.

Цель исследования. Оценка эффективности сочетанной анестезии как варианта анестезиологического обеспечения травматичных вмешательств в офтальмохирургии.

Материал и методы. Проанализирован собственный опыт применения сочетанной анестезии в офтальмохирургии в рамках проспективного наблюдения 70 пациентов в возрасте 54 (32 – 69 лет) лет, физический статус – ASA_{III} (71,4%) – ASA_{II} (28,6%). В 1-ю группу вошли 34 пациента, которым в схему анестезиологического пособия была включена блокада крылонебной ямки (БКЯ) в сочетании с тотальной внутривенной анестезией (ТВА). БКЯ выполняли при поступлении пациента в операционную, в положении лежа, по стандартной методике. В качестве местного анестетика использовали 0,75% раствор наропина в объеме 6-8 мл. Далее проводили ТВА на основе пропофола и фентанила. Искусственную вентиляцию легких обеспечивали через ларингеальную маску (ЛМ), миоплегию поддерживали эсмероном 0,6 мг/кг х ч. Группу сравнения составили 36 пациентов, которым также проводили ТВА на основе пропофола и фентанила с ИВЛ через ЛМ, но без блокады крылонебной ямки. Мониторинг включал Гарвардский стандарт безопасности пациентов и нейромониторинг. Согласно протоколу исследования, у всех пациентов поддерживали одинаковый уровень угнетения сознания при значениях биспектрального индекса (BIS) = 40–60. Оценивали временные интервалы от момента окончания операции: до восстановления сознания, до извлечения ларингеальной маски, до перевода в палату (достижение 9–10 баллов по шкале Алдрета), до первого потребовавшегося обезболивания в послеоперационном периоде. Статистическую обработку (описательная и вариационная статистика) выполняли с помощью пакета программ Analysis ToolPak – VBA (MS Excel 2002) и модульной программы анализа и обработки данных AtteStat 1095 на 8 этапах анестезиологического пособия и операции. Различие результатов считали **с**татистически достоверным при значении $p < 0,05$.

Результаты. В обеих группах индукционная доза пропофола составила 1,84 (1,5–2,5) мг/кг. Доза фентанила до установки ларингеальной маски в 1-й группе составила 1,21 мкг/кг (1–1,8); в контрольной – 2,86 (2–3,9) мкг/кг. Скорость инфузии пропофола в период поддержания анестезии составила в 1-й группе 1,8 мг/кг х ч (1,5–2,8); во 2-й – 2,4 (2–4) мг/кг х ч. При сочетанной анестезии фентанил применяли лишь однократно (1–1,25 мкг/кг на начало вмешательства, до достижения полноценного регионарного блока). В контрольной группе потребность в фентаниле составила 3,2 (2,8 – 5) мкг/кг х ч ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ было показал, что течение сочетанной анестезии характеризовалось большей стабильностью мониторируемых показателей гемодинамики. При минимальной потребности в фентаниле в 1-й группе отмечали эффективность протекции от окулокардиального рефлекса. По субъективным оценкам хирургов условия сочетанной анестезии были лучше для выполнения операций в связи с меньшей кровоточивостью. Время с момента окончания оперативного вмешательства до извлечения ларингеальной маски было в 2 раза меньше ($p < 0,05$) в основной группе (в среднем 3–7 мин), а в послеоперационном обезболивании пациенты нуждались не раньше чем через 2,5–3 часа.

Таким образом, при выполнении травматичных оперативных вмешательств в плановой офтальмохирургии эффективно применение сочетания тотальной внутривенной анестезии (пропофол, фентанил) с ИВЛ через ларингеальную маску и блокады крылонебной ямки наропином в концентрации 7,5 мг/мл.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Нурматов Э.Э., Заманов Ю.Р.

Самаркандский медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

В абдоминальной хирургии различные послеоперационные осложнения у больных с заболеваниями дыхательной системы встречаются достаточно часто – в 20 % случаев и более. Их развитие приводит к увеличению летальности, сроков госпитализации и стоимости лечения.

Большинство легочных осложнений сопровождаются снижением функциональной остаточной емкости, развитием раннего экспираторного закрытия дыхательных путей, снижением регионарной и общей альвеолярной вентиляции легких, диафрагмальной дисфункцией, уменьшением числа глубоких вдохов и нарушением клиренса мокроты. Это ведет к развитию гиповентиляции участков легочной ткани и ателектазам, способствующим увеличению заболеваемости госпитальной пневмонией.

В интенсивной терапии для профилактики и лечения острой дыхательной недостаточности (ОДН) последнее десятилетие широко используется НИВЛ.

Обследованы 23 больных с высоким баллом легочного риска (по шкале S. K. Epstein), перенесших оперативное вмешательство на органах брюшной полости. Все пациенты проспективно были разделены на две группы простой рандомизацией. В 1-ю основную группу были включены 11 больных, которым в раннем послеоперационном периоде проводили НИВЛ в режимах CPAP и PSV с профилактической целью. 2-ю (контрольную) группу составили 12 пациентов, ведение которых было обычным. После перевода их на самостоятельное дыхание ограничивались инсуфляцией увлажненного кислорода с мероприятиями по профилактике гиповентиляции (дыхательная гимнастика, дыхание с созданием сопротивления выдоху и пр.). Оценивались ЧСС, ЧД, Sa O_2, оксигенационный коэффициент, субъективные ощущения больного.

В основной группе все 11 пациентов, которым проводилась НИВЛ, стабилизировались по основным показателям дыхания в течение первых 6 часов и не нуждались в проведении ИВЛ. У больных контрольной группы, стабилизация всех показателей произошла через 8-12 часов послеоперационного периода. У 4 больных признаки дыхательной недостаточности нарастали, в связи с чем им потребовалась интубация с последующим переходом на ИВЛ.

ПРИНЦИПЫ ЦЕРЕБРОПРОТЕКЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Овезов А.М., Лобов М.А., Луговой А.В., Брагина С.В., Пантелеева М.В., Князев А.В., Прокошев П.В., Анипченко Н.Н., Губкин И.М., Фрюкина М.С.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г Москва, Россия

Несмотря на появление в последние годы нового поколения эффективных и относительно безопасных анестетиков, проблема снижения риска развития периоперационных осложнений сохраняет свою актуальность.

Цель исследования. На основании данных литературы и собственного опыта разработать схему профилактики и лечения послеоперационных когнитивных нарушений.

Результаты и обсуждение. Наиболее распространенная форма церебральных осложнений общей анестезии – послеоперационная когнитивная дисфункция (ПОКД) – когнитивное расстройство, развивающееся в послеоперационном периоде и подтвержденное данными нейропсихологического тестирования в виде снижения его показателей не менее чем на ± 20% от дооперационного уровня (Rasmussen L.S., 2001). И, хотя, по словам J.Thomas (2011), на сегодняшний день «открывая любой анестезиологический журнал, трудно не обнаружить статьи о нейротоксичности анестетиков», в целом современное состояние этой проблемы наилучшим образом характеризует выражение C. Di Maggio (2011): «Судей все еще нет… На самом деле, судьи ещё даже не пошли на обсуждение». Дело в том, что этиопатогенез ПОКД окончательно не выяснен. Нет полной ясности и в вопросе диагностики ПОКД, хотя в последние годы все чаще встречается метод диагностики ПОКД по SD-отклонению и статистической Z-оценке результатов тестирования. Результаты профилактики, либо медикаментозной коррекции ПОКД (фармакологическое прекондиционирование, вазоактивные средства, НПВС, эритропоэтин, ингибиторы ацетилхолинэстеразы, нейропротекторы) также неоднородны по своей значимости и в большинстве своем носят экспериментальный характер. Причем наименее изученным вопросом остается патогенетическое обоснование схемы профилактики и лечения ПОКД, предложенной нами:

1) идентификация пациентов с высоким риском развития ПОКД с учетом возможных и доказанных факторов риска и проведение нейропсихологического тестирования, как до операции, так и в послеоперационном периоде (на 7–10-й день);

2) обеспечение интраоперационной профилактики ПОКД комплексом мероприятий:

– использование современных анестетиков с доказанным минимальным воздействием на когнитивный потенциал пациентов (севофлуран, десфлуран),

– поддержание оптимальной перфузии и метаболизма мозга с предотвращением его ишемии путем стабилизации системной и органной гемодинамики,

– тщательный контроль интраоперационной глубины угнетения сознания и неврологического статуса пациентов в течение всего периоперационного периода,

– назначение церебропротекторов и антигипоксантов для первичной церебропротекции — в перспективе (по мере проведения соответствующих исследований). Однозначные рекомендации, на сегодняшний день, к сожалению, отсутствуют, равно как и по третье-

му пункту;

3) в случае безуспешности профилактики необходимо провести медикаментозную коррекцию когнитивных нарушений непосредственно в раннем послеоперационном периоде, что, по всей вероятности, уменьшит частоту стойкой ПОКД.

Отметим, что при выборе препаратов для профилактики и терапии ПОКД следует учитывать, что в настоящее время выделяют многочисленные мишени– ключевые звенья механизмов нарушений, развивающихся при гипоксии клетки: достаточное обеспечение нейрона энергией, апоптоз, свободнорадикальное окисление, воспаление, демиелинезация и нарушение синаптической передачи и др. Соответственно этим «мишеням» созданы, применяются и продолжают создаваться многочисленные медикаментозные средства, обладающие нейропротективными свойствами (Амчеславский В.Г., 2009; Zuccherelli L., 2007). Наш собственный клинический опыт показывает, что средствами выбора для профилактики когнитивных расстройств могут и должны служить средства с поливалентным эффектом, например цитофлавин или цитиколин, эффективность которых была показана в рандомизированных двойных слепых клинических исследованиях (Ovezov A.M. et al., 2011, 2012; Овезов А.М. и др., 2010–2013), либо комбинации церебропротекторов с различной направленностью действия.

Таким образом, сегодня не может быть полной уверенности в том, что в каждом конкретном случае, у данного пациента после операции не разовьется когнитивный дефицит. Именно поэтому, на наш взгляд, церебропротекция в современной анестезиологии должна носить обязательный характер. Решение вопросов, посвященных ПОКД, в современной анестезиологии находится только в начале пути, конечной целью которого, на наш взгляд, должно стать рутинное применение периоперационной церебропротекции при любом виде анестезиологического пособия. Предложенная схема применяется нами на практике, и в настоящее время оценивается ее эффективность.

КЕТОФОЛОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ У ЭКСТРЕННЫХ БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ КОРОНАРНЫМ РИСКОМ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ

Пахмурин И.Р., Ходжиматов Г.М., Асранов Ш.Я., Юлдашев У.Т.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

В современном мире наблюдается постарение больных, что сочетается с большей частотой сопутствующих заболеваний, чаще всего – кардиологических. Для скорейшего выздоровления после операции холецистэктомии больных пожилого возраста необходимо разумное сочетание качества операции с правильностью выбора метода анестезии. Исходя из того, что 75% таких пациентов страдают ИБС, ГБ II-III ст., атеросклерозом сосудов, причем только 40% получают адекватную терапию, необходимо стабильное течение анестезии с минимальными изменениями гемодинамики, быстрое восстановление ясного сознания и ранняя активизация больных (Мещеряков А.А., Перов О.И., 2002). Кетофоловая анестезия является последней комбинацией, описанной в зарубежной литературе, применяемой для нивелирования гемодинамических эффектов, связанных с побочным действием анестетиков (Willman E.V., 2007).

Материал и методы. Исследования выполнены у 48 пациентов в возрасте от 59 до 72 лет, у которых проводились операции на печени и желчевыводящих путях открытым способом.

Проведена сравнительная оценка комбинированного сбалансированного эндотрахеального наркоза кетамином (n=12), пропофолом (n=4) и комбинацией этих анестетиков: кетамин+пропофол (n=32) на фоне центральной аналгезии фентанилом и мышечной релаксации аркуроном (0,05 мг/кг) и искусственной вентиляции в режиме нормовентиляции (pCO_2=32-34 мм рт. ст.). Всем пациентом выполнялась стандартная премедикация. По классификации ASA все пациенты отнесены к III ст. операционно-анестезиологического риска. Мужчин было 16 (33%), женщин – 32 (67%).

В 1-й группе (25%) индукция осуществлялась кетамином в дозе 2,0–3,0 мг/кг и фентанилом (0,002 мг/кг), а поддержание анестезии – болюсными инъекциями кетамина каждые 20 мин и болюсным введением фентанила по 0,1 мг через каждые 25–30 мин на фоне тотальной миоплегии аркуроном (0,05 мг/кг) и искусственной вентиляцией в режиме нормовентиляции.

Во 2-й группе пациентов (8,3%) индукцию осуществляли пропофолом (2 мг/кг) и фентанилом (0,002 мг/кг). Поддержание анестезии осуществляли болюсными инъекциями пропофола и фентанила по 0,1 мг через каждые 15–30 мин в зависимости от операционной агрессии и клинических показателей на фоне миоплегии и ИВЛ.

В 3-й группе (66,7%) индукцию осуществляли комбинацией кетамин + пропофол (кетофол) в соотношении 1:1 (по 2 мг/кг каждого препарата). Поддержание анестезии осуществляли болюсными инъекциями кетофола и фентанила через каждые 15–30 мин в зависимости от операционной агрессии и клинических показателей на фоне миоплегии аркуроном (0,05 мг/кг) и ИВЛ.

Заключение. Методика анестезии на основе кетофола в соотношении 1:1 характеризовалась более стабильными показателями гемодинамики (по сравнению с таковой в 1-й и 2-й группах), способствуя более высокому уровню анестезиологической защиты с минимальными изменениями гемодинамики. Постнаркозный период проходил с достаточно быстрой реверсией сознания с нивелированием гипертензионной сосудистой реакцией во время экстубации, что наиболее важно для пожилых больных с высоким коронарным риском.

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ И ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В СНИЖЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГНОЙНОЙ СЕПТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Пирумян А.Ж., Скобло М.Л., Погосян А.А., Бескубский В.А., Ефросинина И.В.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
МБУЗ «Городская больница №6», Ростов – на – Дону

Современные методы хирургического лечения больных приобретают все более агрессивный характер. Среди колопроктологических больных недостаточность питания распространена достаточно широко По данным Европейской ассоциации парентерального и энтерального питания (ESPEN), в нутритивной поддержке нуждаются около 60-80% больных, находящихся на лечении в отделениях анестезиологии-реанимации.

Цель. Определение эффективности нутритивной поддержки у больных, находящихся на лечении в отделениях анестезиологии-реанимации после проведения обширных колопроктологических операций.

Материал и методы. У 389 больных, находящихся в отделении анестезиологии-реанимации после выполнения плановых операций по поводу колоректального рака, доброкачественных опухолей толстого и тонкого кишечника, реконструктивно-восстановительных операций на толстом кишечнике, применено парентеральное (ПП) и энтеральное питание (ЭП). Исходное состояние белкового обмена, иммунного статуса характеризовалось гипо- и диспротенемией, уменьшением альбумино-глобулинового коэффициента на 27–29,5% ($p<0,03$), увеличением уровня средних молекул на 41% ($p<0,55$), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) на 79,9% ($p<0,05$). Послеоперационная анемия, нарушения водно-электролитного баланса, снижение иммунологической реактивности организма, гипо- и диспротенемия являются ведущими в развитии ранних послеоперационных гнойно-септических осложнений. В процессе предоперационной подготовки основные потребности в калориях составили около 28 ккал/кг массы тела больного. В послеоперационном периоде эти показатели увеличивались до 36–41 ккал/кг массы тела.

По характеру искусственного питания больные были разделены на 4 группы: 98 больных 1-й группы получали общепринятую инфузионно-трансфузионную терапию; У 86 пациентов 2-й группы осуществляли интерстициальный зонд, введенный ниже анастомоза, у 76 больных 3-й группы – применяли полноценное парентеральное питание; 128 больных 4-й группы получали комбинированное ПП в сочетании с зондовым введением питательных смесей.

Результаты. У больных 1-й группы уже в первые сутки после операции отмечалось снижение уровня общего белка на 11,8% ($p=0,05$) исходного уровня, альбумина на 15,76% ($p<0,05$), альбумино-глобулинового коэффициента на 26,–29% ($p<0,05$), выявлялась диспротенемия, уровень средних молекул и ЦИК возрастал соответственно на 40,4 ($p<0,05$) и 89,4% ($p<0,05$). У больных, которым была произведено плановые оперативное вмешательство по поводу колоректального рака, эти изменения были более выражены, чем у больных после проведения реконструктивно-восстановительных операций на толстом и тонком кишечнике. Отрицательный азотистый баланс отмечался до 10 суток после операции. В 1-й группе послеоперационные осложнения – наблюдались у 16 (28,9%) больных, причем у 4 из них была произведена релапаротомия, 2 больных умерли от септического шока на 2 сутки после операции.

У больных 2-й группы снижение общего белка, альбумина продолжалось до 3 послеоперационных суток, после этого отмечался резкий подъем этих показателей, отмечалась положительная динамика, что отражалось в анализах мочи. Уровень средних молекул и ЦИК возвратился к исходному уровню. С 4 и 5 послеоперационных суток отмечался положительный азотистый баланс. В этот момент больным питательные смеси вводились интерстициальный через зонд в обьеме 2,0–2,5. Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 (13%) ($p<0,05$) больных.

У больных 3-й группы, начиная с 5 суток после проведения оперативного вмешательства, была выражена тенденция к нормализации показателей белкового обмена, иммунного статуса, но проведение длительного ПП в 45% случаев сопровождалось развитием флебитов, различных аллергических и пирогенных реакций. Гнойно-септические осложнения имело место у 9 (25,7%) больных.

В 4-й группе с 3 суток после операции содержание альбумина сохранялось на прежнем уровне с небольшой тенденцией к нормализации к 10 суткам. Положительный баланс азота равномерно сохранялся на всех этапах исследования. В это же время уровень средних молекул составлял 0,222 ед., количество ЦИК достигло исходных значений. Послеоперационные осложнения отмечались у 4 (9,0%). В этой группе не наблюдалось таких послеоперационных осложнений, как перитонит, несостоятельность анастомозов.

Таким образом, оптимальным вариантом питания больных после оперативных вмешательств по поводу колоректального рака, доброкачественных опухолей толстого и тонкого кишечника, реконструктивно-восстановительных операций на толстом кишечнике является энтеральное зондовое питание в сочетании со сбалансированным парентеральным питанием. Нельзя противопоставлять методы парентерального и энтерального способа нутритивной поддержки, они не заменяют друг друга.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ РЕАНИМАЦИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МАССИВНУЮ КРОВОПОТЕРЮ, ОСЛОЖНИВШУЮСЯ ОСТРЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Погосян А.А., Скобло М.Л., Ефросинина И.В., Камчаткина Т.И., Касьянов Е.В.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», МБУЗ «Городская больница №6», Ростов-на-Дону

Проблема острого поражения легких у больных, перенесших массивную кровопотерю, в интенсивной терапии не утратила своей актуальности. Причин данного осложнения несколько: гиперволемия малого круга кровообращения, развивающаяся при компенсированном геморрагическом шоке, диссеминированное внутрисосудистое свертыввание с выпадением фибрина в альвеолах и кровоизлияниями, проведение гемотрансфузии с микротромбами, вследствие несовершенства фильтров в системах для гемотрансфузий. В результате этих причин развиваются ателектазы легких с последующим нарастанием дыхательных расстройств, усугубляющихся существенными нарушениями циркуляторной и гемической гипоксией.

Материал и методы. Проведенные исследования показали, что у 75 больных, находящихся в отделении реанимации с массивной кровопотерей, осложнившейся развитием острого поражения легких, кислородная недостаточность вызывает активацию свободнорадикального перекисного окисления липидов (СР ПОЛ), сначала увеличение, а затем угнетение активности антиоксидантной системы, дестабилизацию и деградацию клеточных мембран, увеличение микровязкости мембран эритроцитов. Эти изменения, сопровождаемые выраженными метаболическими расстройствами, значительно увеличивают содержание уровня гидрокортизона и и альдостерона, вызывают декомпенсированные нарушения КОС и водно-электролитного баланса, активируют также калликреин-кининовую систему, происходит увеличение белкового катаболизма и уровня ксантина и гуанина, уменьшение макроэргов и увеличение на несколько порядков АТФ-азы. В стадии дизадаптации все эти изменения прогрессируют, а уровень глюкокортикоидов и минералокортикоидов резко падает.

Результаты. Учитывая нарушения метаболизма в связи с возникновением гипоксемии и развитием острого поражения легких при массивной кровопотере мы применили «метаболическую реанимацию», которая заметно повышает эффективность лечения больных с данной патологией. Основа этой терапии – стимуляция аэробного метаболизма (проведение продленной ИВЛ с содержанием фракции кислорода не менее 35–40%), трансфузия фторуглеродных препаратов, увеличение энергетических ресурсов, создание «метаболического покоя» (применение антигипоксантов), применение протекторов биологических мембран, антиагрегантов, разнонаправленного действия (токоферол, аскорбиновая кислота, унитиол и др.), коррекция КОС и ВЭР, стимуляция увеличения синтеза белка и нуклеиновых кислот, дезинтоксикация, восполнение кровопотери с помощью крупномолекулярных декстранов (Н не менее 30%), гормонов коры надпочечников, ингаляций трав, антибиотикотерапия на ранних стадиях.

Выводы. Между постгипоксическими изменениями метаболического характера и активацией СР ПОЛ выявлена взаимосвязь, играющая важную роль в механизме адаптации организма при применении «метаболической реанимации». Своевременное применение описанного лечения поддерживает оптимальный уровень СР ПОЛ. Такой подход позволяет уменьшить процент летальных исходов при данной патологии.

ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА: СВЯЗЬ МЕЖДУ ВИДОМ БИПОЛЯРНОГО ИМПУЛЬСА И ЭФФЕКТИВНОЙ ЭНЕРГИЕЙ ПЕРВОГО РАЗРЯДА

Раимжанов А.А., Туйчиев А. Х., Ахмадалиев Б.К., Акбарова М.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Установлено, что в зависимости от вида биполярного (БП) импульса и сопротивления грудной клетки (СГК) выделяемая на больного энергия разряда может существенно различаться.

Цель исследования. Оценка успеха первого разряда БП квазисинусоидальной формы (БПКС) с БП прямолинейным и трапецеидальным пульсирующим пульсами.

Материал и методы. Эффективность Российского БПКС импульсами для устранения фибрилляции желудочков, изучена у 72 больных с первичной и вторичной фибрилляцией желудочков (ФЖ). У больных регистрировали СГК (Ом) и выделяемую на больного энергию первого разряда (ЕВ, Дж). Дефибрилляцию проводили аппаратами ДФР 02 и ВДС-5011. Данные для прямолинейного (Zoll Corporation, США) и трапецеидального пульсирующего (Shiller Medical SAS, Франция) импульсов взяты из литературы. Указанные импульсы характеризуются стабильной (независимой от СГК) длительностью (8–11 мс), в отличие от классических БП трапецеидальных импульсов, у которых СГК, как правило, существенно изменяет их длительность (в диапазоне от 6 до ≈ 20мс).

Результаты.

Вид импульса..... Квазисинусоидальный
Установочная энергия 1-го разряда и
(диапазон Ев)..... 115 (90–120) Дж
Успех первого разряда..... 91%
Вид импульса..... Трапецеидальный пульсирующий
Установочная энергия первого разряда и
(диапазон ЕВ)..... 130 (107–130) Дж
Различие в ЕВ..... +25%
Успех первого разряда..... 88%

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что при ≈ 90% успехе первого разряда эффективная энергия у прямолинейного и пульсирующего импульсов оказалась больше (соответственно на 13 и 25%), чем у Российского БП квазисинусоидального импульса.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ПАЛАТЫ ПРОБУЖДЕНИЯ В РНЦЭМП

Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Резонтова Е.Ю., Жусупова Д.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В то время, как на Западе палаты пробуждения (ПП) существующие уже более 60 лет и являются неотъемлемой частью отделения анестезиологии, в отечественных клиниках организация ПП до сих пор не является стандартом. Исследования, проведенные за рубежом, показали, что появление ПП почти вдвое снизило летальность в раннем послеоперационном периоде. В то же время наличие ПП значительно снижает нагрузку на отделения реанимации и интенсивной терапии, в нашем случае – реанимационное отделение хирургии (РОХ).

В РНЦЭМП первая палата пробуждения на 4 койки была развернута в составе операционно-анестезиологического отделения в ноябре 2012 г.

Цель исследования. По результатам клинической работы оценить различные показатели работы ПП, такие как спектр больных, поступавших в ПП, частота послеоперационных осложнений, развившихся в ПП.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни пациентов, подвергшихся оперативным вмешательствам под общей или регионарной анестезией.

Результаты. С ноября 2012 г. по июнь 2013 г. проведено 3249 анестезиологических пособий. 715 пациентов (22%) были переведены в РОХ на ПИВЛ – это оперированные больные с тяжелыми сочетанными травмами, перитонитом, с различными видами шока. 253 (7,8%) пациента переведены в палату отделений, 2281 (70,2%) переведены в палату пробуждения. Из общего числа больных, переведённых в палату пробуждения, 2167 (95%) были экстубированы в условиях операционной, остальные 114 (5%) переведены на продлённую вентиляцию лёгких в палату пробуждения и экстубированы в течение 1,5–2 часов после операции. Больных, требующих наблюдения в связи с тяжестью сопутствующей патологии, было 1225, больных, требующих наблюдения с коррекцией гемодинамических расстройств, нарушений ритма, гликемии при сахарном диабете, – 165.

Из указанных пациентов большинство было после абдоминальных хирургических вмешательств (49,9%), гинекологических (27,2%), урологических (5,6%), нейрохирургических (5,2%), травматологических (9,3%), торакальных (1,9%), сосудистых (0,9%) операций. Всем пациентам проводился стандартный неинвазивный мониторинг, кислородотерапия через носовые канюли или лицевые маски, инфузионная терапия в зависимости от патологии под контролем гемодинамики и диуреза. Из проблем раннего послеоперационного периода, требовавших неотложного решения, наиболее часто встречалась послеоперационная боль (98%) – практически у всех пациентов за исключением больных, подвергшихся оперативному вмешательству с использованием регионарной анестезии. Послеоперационное обезболивание было многокомпонентным и включало поэтапное применение спазмолитиков, НПВП, опиатов, а также блокаду NMDA-рецепторов. На втором месте по частоте осложнений были послеоперационные тошнота и рвота (более половины всех наблюдений), для купирования которых стандартно применяли метоклопрамид. Реже в нашей практике встречались такие осложнения, как послеоперационная дрожь, требовавшая дополнительного согревания пациента и инфузионных растворов, а также возбуждение, требовавшее введения седативных препаратов. Кроме того, при наличии у больного сопутствующей артериальной гипертензии требовалось продолжение начатой до операции или интраоперационно гипотензивной терапии. За анализируемый период около 1% больных, прошедших через ПП, нуждались в непосредственном переводе в РОХ, но из-за перегруженности последнего и для предотвращения задержки больного в операционной переводились в ПП, где осуществлялась пролонгированная ИВЛ и необходимая интенсивная терапия до перевода в РОХ. Случаев тяжелых осложнений и летальных исходов не было. Критериями перевода из палаты пробуждения служили адекватное восстановление сознания, легкая доступность контакту, полная ориентация во времени, пространстве, собственной личности, способность самостоятельно поддерживать проходимость дыхательных путей, восстановление защитных рефлексов с дыхательных путей, стабильность АД, ЧСС и частоты дыхания на протяжении не менее 1 ч, отсутствие хирургических осложнений (например, активного кровотечения).

Заключение. Открытие ПП в структуре операционно-анестезиологического отделения позволяет проводить через нее более половины оперированных больных, экономя ресурсы реанимации и не ухудшая качества оказываемой помощи. Возможность раннего вывоза больного из операционной в ПП позволяет увеличить время полезной загрузки операционных залов, что особенно важно в условиях экстренной медицины. Наблюдение за больным в ПП позволяет своевременно диагностировать в раннем послеоперационном периоде, как анестезиологических развитие, так и хирургических осложнений, провести их лечение и предотвратить ухудшение состояния больного. Непременным условием успешной работы ПП является ее адекватное оснащение, наличие опытного персонала и оперативной связи с анестезиологами и хирургами.

ПАЛАТА ПРОБУЖДЕНИЯ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ПРОПУСКНОЙ СПОСОБНОСТИ ОПЕРАЦИОННЫХ

Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Каримов Х.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

По мере развития хирургии и анестезиологии возросли количество, объем и травматичность операций, значительно сузились противопоказания к оперативному лечению. В связи с этим стала актуальной проблема интенсивной терапии больных в раннем послеоперационном периоде (РПП). Решение ее было возложено на отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ). Однако они не могли полностью удовлетворить растущие потребности хирургии. В результате поиска адекватного решения этой проблемы появились новые формы организации помощи больным в раннем послеоперационном периоде (РПП).

В большинстве развитых стран Европы и Америки более 50 лет назад началось создание блоков послеоперационного наблюдения (БПН). Вначале были организованы палаты для наблюдения за пробуждением больных в течение 1–2 часов, затем, особенно в крупных госпиталях в связи с постоянным увеличением числа хирургических вмешательств и ограниченными возможностями, палаты пробуждения (ПП) были преобразованы в блоки посленаркозного наблюдения, где больные стали находиться до полного устранения остаточных эффектов анестезии (Vimlati L. et al., 2009; Barone C.P.et al., 2003; Radford M., 2003).

Открытие ПП в структуре отделения анестезиологии позволяет своевременно диагностировать развитие хирургических осложнений в РПП, не ухудшая качество оказываемой медицинской помощи. За счет возможности вывоза не пробудившегося еще больного в ПП увеличивается время полезной нагрузки операционных. Неотъемлемым условием успешной работы ПП является ее адекватное оснащение (мониторы, респираторы, устройства для подогрева больных), а также наличие опытного среднего персонала и оперативной связи с анестезиологами.

В настоящее время ПП рассматривается как неотъемлемая часть структуры отделения анестезиологии. ПП развернуты и успешно работают в большинстве крупных хирургических клиник России и за рубежом.

Созданный по Указу Президента Республики Узбекистан[1] в ноябре 1998 г. Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) сегодня является ведущим учреждением по оказанию экстренной медицинской помощи на территории страны. В связи со спецификой осуществляемой деятельности в РНЦЭМП проводится большое количество хирургических вмешательств в экстренном порядке, что указывает на особую актуальность интенсивной терапии больных в раннем послеоперационном периоде, повышения анестезиологической оперативности и пропускной способности операционных. Учитывая мировой опыт, в ноябре 2012 г. руководство РНЦЭМП приняло решение об открытии ПП в составе отделения операционно-анестезиологического блока. За 8 месяцев своей деятельности ПП продемонстрировала достаточную эффективность в решении описанных проблем. Так, за время функционирования ПП через нее прошли 1865 (45%) больных, которым были проведены различные оперативные вмешательства с применением наркоза. Это положительно сказалось на повышении пропускной способности операционных, позволило уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений в профильном отделении, что проявилось в росте общего числа операций в РНЦЭМП. Так, если с апреля по середину ноября 2012 г., до организации ПП было проведено 6180 операций то с момента создания ПП, с середины ноября 2012 г. по июль 2013 г., было осуществлено 6346 операций. Анализ статистической отчетности по РНЦЭМП показывает также, что за период деятельности ПП анестезиологическая оперативность возросла более чем на 4,1%: с 3977 анестезиологических пособий с апреля по середину ноября 2012 г. до 4142 с середины ноября 2012 г. по июль 2013 г.

При этом число оперированных больных, переведенных в реанимационное отделение, уменьшилось на 17,2%: с 723 с апреля по середину ноября 2012 г. до 599 случаев с середины ноября 2012 г. по июль 2013 г. Это связано со своевременным устранением нарушений жизненно важных функций у больных в РПП, проводимых в палате пробуждения. Из числа больных, переведенных в ПП, 37 больных переведены в реанимационное отделение, что было обусловлено, главным образом, развитием различных хирургических осложнений, тяжестью основной патологии и сопутствующих заболеваний.

На основании результатов клинико-статистического мониторинга 1865 оперированных больных в период пребывания в ПП время полного восстановления сознания, самостоятельного дыхания, температуры тела, стабилизации гемодинамики у большинства больных происходило в течение 2 часов пребывания в ПП. Средняя длительность пребывания оперированного больного в ПП составила 175±1,2 мин, в том числе после эндотрахеальной анестезии и экстубации в операционной 149±2,4 мин, на продленной интубации – 171±6,8 мин и на продленной ИВЛ – 205±4,5 мин., что позволило повысить пропускную способность операционной за счет уменьшения её занятости переводом больных в ПП.

Практические рекомендации. 1. При создании системы послеоперационного наблюдения не следует ограничиваться частичным решением проблемы. Организация ПП обеспечивает послеоперационную интенсивную терапию в полном объеме. 2. Оснащение ПП оборудованием необходимо проводить в соответствии с рекомендациями ESA, обеспечить каждого больного непрерывным мониторингом сатурации, измерением центральной температуры тела, неинвазивным измерением АД, лабораторными исследованиями. 3. С учетом частоты осложнений в РПП в условиях ПП каждый больной должен быть обеспечен респи-

[1]Указ Президента Республики Узбекистан УП-2107 от 10 ноября 1998 г. «О государственной программе реформирования системы здравоохранения».

раторной поддержкой и/или оксигенотерапией, активным согреванием, своевременным купированием нарушений гемодинамики, болевого синдрома и явлений послеоперационной тошноты и рвоты. 4. Принципиально важно определение возможности перевода больного из ПП в профильные отделения.

Рекомендуем использовать для этого предложенный протокол перевода больных из ПП в профильные отделения:

– полное восстановление сознания по шкале Cook-Palma;

– отсутствие нарушения дыхательных функций, при самостоятельном дыхании воздухом сатурация более 90%;

– стабильность гемодинамики, показатели АД и ЧСС не должны отличаться от исходного уровня более чем на 30%;

– достаточная аналгезия;

– отсутствие или легкая тошнота без позывов на рвоту;

– общая температура тела выше 36°С;

– моторный блок по шкале Bromage полностью отсутствует.

5. По нашему мнению, эффективность ПП возрастает за счет возможности перевода послеоперационных больных на продленной интубации и продленной ИВЛ. Это позволяет увеличить анестезиологическую оперативность и пропускную способность операционных.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНТРАПЛЕВРАЛЬНОЙ И ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЙ БЛОКАД ПРИ ТОРАКАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Махмудов М.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей

В торакальной хирургии достигнуть адекватного обезболивания традиционными методами общей анестезии удается не всегда в связи с наличием в плевре большого количества нервных окончаний, в том числе болевых рецепторов. Часто применяется сочетание общей и эпидуральной анестезии. В качестве альтернативы при торакальных оперативных вмешательствах в последнее время применяют сочетание интраплевральной или паравертебральной блокад с общей эндотрахеальной анестезией.

Цель исследования. Оценка эффективности интраплевральной и паравертебральной блокад, применяемых в сочетании с общей эндотрахеальной анестезией во время операций и в послеоперационном периоде.

Материал и методы. Обследованы 90 больных с травматическими повреждениями грудной клетки, которым производилась торакотомия. Больные разделены на 2 группы. В 1-й (контрольной) группе, состоявшей из 47 пациентов, в премедикацию добавлен кетонал по принципу превентивной аналгезии. Проводилась общая эндотрахеальная анестезия с включением кетамина как блокатора NMDA-рецепторов и интраплеврального введения анестетиков (ИПА) бупивакаина или лидокаина через установленный в интраплевральном пространстве катетер. 2-ю (основную) группу составили 43 пациента, которым после такой же премедикации проводилась общая эндотрахеальная анестезия с включением кетамина как блокатора NMDA-рецепторов и перед индукцией в анестезию производилась одностороння торакальная паравертебральная блокада (ТПВБ) на уровне Th_{IV}-Th_{VII} бупивакаином с последующей катетеризацией паравертебральногот пространства.

Послеоперационное обезболивание больным 1-й группы проводили через интраплевральный катетер, больным 2-й группы – через паравертебральный катетер. При необходимости в обеих группах добавляли кетонал в дозе 300 мг в сутки или промедол.

Результаты. Больные обеих групп поступали в операционную с имеющейся дыхательной недостаточностью, обусловленной повреждениями каркаса грудной клетки, гемо- и пневмотораксом; ОДН сопровождалась гипертензией и тахикардией, что расценивалось как реакция организма на боль в результате травмы. Проведенная премедикация полностью не снимала болевой фактор, и при поступлении в операционную все больные ощущали боль, равную 7-8 баллам по ВАШ, что соответствует сильной боли.

После регионарных блокад у пациентов обеих групп отмечается достоверное снижение показателей АДср, ЧСС и ОПСС. На исходном этапе после регионарной анестезии различий в показателях гемодинамики между группами не выявлено. В травматичный момент операции в группе, где применялась ИПА, наблюдались умеренная гипертензия с повышением АДср на 25,5%, учащение ЧСС на 26,1%, повышение ОПСС на 22 %, что сопровождалось уменьшением УО на 24,6% и ФВ на 13 % по сравнению со 2-й группой. При этом не было достоверных различий между группами ни в объеме хирургических вмешательств, ни в величине кровопотери и инфузии. Во 2-й группе в результате развития сегментарной симпатической блокады показатели АДср, ЧСС и ОПСС не выходили за рамки нормальных величин. Расчёт фентанила, потребляемого в интраоперационном периоде, показал, что в группе с применением ТПВБ потребность в фентаниле была на 20% меньше чем в группе с применением ИПА.

В послеоперационном периоде пациенты 1-й группы сразу же после экстубации жаловались на боль, оценка которой по ВАШ в покое составляла 6-7 баллов. У больных 2-ой группы интенсивность болей по ВАШ была оценена в 3-4 балла. При этом время первого требования аналгетика в 1-й группе было почти в 2 раза короче, чем во 2-й. У пациентов 2-й группы длительность послеоперационного обезболивания была продолжительнее, выше и эффективнее, чем у пациентов 1-й группы. Общий расход препаратов, использованных для послеоперационного обезболивания, во 2-й в группе меньше на 66,7%.

Выводы. 1**.** Оба метода регионарной анестезии адекватно и безопасно купируют болевой синдром у пострадавших с травмой грудной клетки до начала оперативного вмешательства. 2. При торакоскопи-

ческих вмешательствах введение в схему анестезии компонента ИПА и ТПВБ позволяет придать ей дополнительную антиноцицепцию как в интра-, так и в послеоперационном периоде с минимальным напряжением параметров центральной и периферической гемодинамики, и способствует снижению потребления наркотического анальгетика за счёт эффективного анальгетического эффекта и нейровегетативной защиты. 3. Несмотря на хороший анальгетический эффект ИПА, длительность обезболивания при применении этого метода ниже, что, вероятно, связано со смешиванием местного анестетика, введённого в плевральное пространство, с серозной жидкостью, выделяемой плеврой, в результате чего концентрация местного анестетика уменьшается, а действие укорачивается. Наличие дренажной трубки способствует также вытеканию местного анестетика из плевральной полости вместе с экссудатом.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ ЯРЕМНОЙ ВЕНЫ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ

Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Фокин И.В.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Катетеризация внутренней яремной вены (ВЯВ) является одной из необходимых манипуляций в анестезиологии и интенсивной терапии. В результате выполнения данной операции по наружным ориентирам у пациентов с факторами риска трудной катетеризации вены, таких как короткая шея при ожирении, нарушение движений в шейном отделе, гиповолемия, вероятность ятрогенных осложнений остается высокой – от 3% до 11%. Вышесказанное диктует необходимость использования УЗИ для визуального контроля катетеризации ВЯВ.

Цель. Оценка возможности использования методики катетеризации ВЯВ под контролем УЗИ у пациентов с факторами риска трудной пункции вены.

Материал и методы. В отделении анестезиологии РНЦЭМП с мая 2012 г. были обследованы 27 пациентов (мужчин – 16, женщин –11, возраст 35–78 лет, ASA II–IVE), которым во время анестезиологического обеспечения абдоминальных и торакальных операций выполнялась катетеризация ВЯВ под контролем УЗИ динамической методикойаппаратом HITACHI EUB-500 линейным датчиком 7,5 мГц. Показаниями к катетеризации центральной вены было проведение объемной инфузионной терапии под контролем ЦВД. У всех пациентов присутствовали один или несколько факторов риска трудной катетеризации вены. Оценивалось количество успешных катетеризаций, попыток пункции, осложнений.

Результаты. Во всех случаях катетеризация ВЯВ под УЗИ контролем была успешной. Пункция с первой попытки выполнена у 24 (89%) пациентов, со второй и третьей – соответственно у 2 (7,4%) и 1 (3,7%). Причиной нескольких попыток пункции ВЯВ у пациентов была выраженная гиповолемия, у всех 3 больных пункция была успешной после проведения методик по увеличению наполнения ВЯВ. Осложнение наблюдалось у 1 (3,7%) пациента в виде пункции сонной артерии в связи с расположением ВЯВ над артерией.

Выводы. Использование УЗИ контроля при катетеризации ВЯВ у пациентов с факторами риска трудной пункции вены значительно уменьшает количество осложнений, травматичность манипуляции, а также улучшает обучение молодых специалистов катетеризации ВЯВ.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУСТОРОННЕЙ БЛОКАДЫ ВЛАГАЛИЩА ПРЯМОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА ПОД УЗИ КОНТРОЛЕМ

Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Фокин И.В.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Значительная часть боли, испытываемой пациентом после оперативных вмешательств на органах брюшной полости, связана с рассечением ее стенки. Решающую роль в послеоперационном периоде играет адекватная аналгезия. Методики регионарной анестезии передней брюшной стенки существенно улучшают качество интраоперационной и постперационной аналгезии.

Переднебоковую стенку брюшной полости иннервируют передние сегментарные ветви T7–L1, которые, формируя соответствующие нервы, проходят в фасциально-невральной плоскости между внутренней косой и поперечной мышцами живота, направляясь кпереди из поперечной плоскости живота, T7–T12 нервы проникают во влагалище прямых мышц живота и заканчиваются как передние брюшные кожные нервы.

Блокада нервов влагалища прямой мышцы живота (ВПМЖ) заключается во введении местного анестетика в нервно-фасциальную плоскость между прямой мышцей живота и задним листком ее влагалища. Ультразвуковой контроль позволяет определить правильное положения иглы и контроль распределения анестетика вдоль прямой мышцы живота, что минимизирует количество осложнений и улучшает качество блока. Данная методика может использоваться при операциях, выполняемых из срединных разрезов передней брюшной стенки.

Цель. Оценка результатов блокады ВПМЖ под контролем УЗИ как компонента послеоперационной аналгезии после холецистэктомии через срединную лапаротомию.

Материал и методы. В период с февраля по июнь 2013 г. в операционно-анестезиологическом отделении РНЦЭМП были обследованы 30 пациентов (женщин - 18, мужчин – 12, возраст 35-65 лет, ASA II-III E класс), которым выполнялась операция холецистэтомия через срединную лапаротомию. Все операции выполнялись под общей анестезией с интубацией трахеи и ИВЛ. Поддержание анестезии осуществлялось пропофолом или галотаном на фоне ингаляции N_2O:O_2 в соотношении 2:1 с болюсным введением фентанила, миорелаксацияаркуроном. Больные были разделены на 2 группы. 15 пациентам 1-й группы после окончания операции до экстубации трахеи выполнялась блокада нервов ВПМЖ введением раствора лидокаина 1%

по 20 мл с каждой стороны под контролем УЗИ, аппаратом HITACHI EUB-500 линейным датчиком 7 mGh. 15 больным 2-й группы блокада не делалась. Для оценки качества постоперационного обезболивания исследовалась субъективная оценка боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), а также исследовалась потребность в наркотических анальгетиках после окончания общей анестезии. Эти исследования проводились на следующих этапах постоперационного периода - через двадцать минут, 2 и 4 часа после экстубации трахеи. У всех пациентов после операции напервом этапе исследования с целью постоперационной аналгезии назначались НПВС диклофенак 75 мг в/м, при выраженной боли - опиоидный анальгетик промедол 10-20 мг в/в.

Результаты. В группе блокады нервов ВПМЖ на первом этапе исследования отмечается значительное снижение субъективной оценки боли. ВАШ в 1-й группе составила 1,6±0,05 балла, во 2-й группе 5,8±0,04 балла. Введение промедола на первом этапе в 1-й группе потребовалось 3 (20%) пациентам, во 2-й группе 13 (86%). На втором и третьем этапе исследования в обеих группах значительной разницы в оценке боли не было. В 1-й группе на втором и третьем этапах оценка по ВАШ составила 1,2±0,01 и 2,2±0,05 балла, во 2-й группе – 2,2±0,1 и 2,6±0,3 балла. Такие результаты, возможно, связаны с действием промедола, который использовался на первом этапе во 2-й группе пациентов. Осложнений в группе с применением блокады ВПМЖ не наблюдалось.

Заключение. Проведение блокады нервов ВПМЖ под УЗИ - контролем после холецистэктомии через срединную лапаротомию, как одного из компонентов аналгезии в постоперационном периоде является достаточно эффективным способом обезболивания, но длительность блока непродолжительна при использовании лидокаина.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ МУЛЬТИМОДАЛЬНОМ ПОДХОДЕ К ПЕРИОПЕРАЦИОННОМУ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЭКСТРЕННЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Махмудов М.А.

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей**

Общепризнано, что адекватное послеоперационное обезболивание значительно улучшает течение послеоперационного периода, уменьшает осложнения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, способствует лучшему заживлению ран и обеспечивает эмоциональный комфорт больным. Однако традиционное обезболивание слабыми опиатами не создает определенного комфорта, что сопряжено с частыми осложнениями и нежелательными побочными эффектами. В современной анестезиологии все чаще применяются более безопасные неопиатные методики послеоперационного обезболивания, такие как эпидуральное обезболивание, назначение НПВС и ингибиторов NMDA-рецепторов, основанные на принципе мультимодальности.

Цель исследования. Оценка эффективности послеоперционной эпидуральной аналгезии (ЭДА) с включением препаратов НПВС и блокатора NMDA-рецепторов как компонента мультимодального подходак послеоперационнному обезболиванию и традиционной послеоперационной аналгезии опиатами.

Материал и методы. Обследованные пациенты, перенесшие травматологические операции остеосинтеза бедра и голени, были разделены на 2 группы: 1-я, контрольная – 40 больных, 2-я, основная – 42.

В 1-й группе в послеоперационном периоде обезболивание осуществлялось введением промедола, во 2-й введением в эпидуральное пространство бупивакаина или лидокаина2-4 раза в сутки, кетонала 100 мг 3 раза в сутки и только при необходимости промедола.

Интенсивность боли в послеоперационном периоде оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Изучали также время первого требования анальгетика, проводили контроль использованного наркотического анальгетика.

Результаты. Время первого требования анальгетика в контрольной группе сразу после операции составило 26,7±9,4 мин, в основной группе 45,4±8,5 мин, достоверное сокращение на 41,2%.На всех этапахисследования субъективная оценка боли по ВАШ у больных контрольной группы была выше, чем у больных основной группы. Соответственно субъективным ощущениям боли менялись показатели гемодинамики. АДср в контрольной группе был выше на 21,3%, ЧСС - на 31,6%. Повышение ЧСС приводило к снижению ФВ на 23,8%. В основной группе этот показатель за рамки нормальных величин не выходил. В контрольной группе отмечалось также повышение СИ на 14% и ИРЛЖ на 32,4%. В основной группе показатели гемодинамики оставались в режиме нормодинамии. Соответственно показателям гемодинамики изменялись гуморальные показатели адекватности обезболивания. Уровень глюкозы в контрольной группе был выше на 70%, кортизола- на 51%. В основной группе эти показатели практически не изменялись, что доказывало лучшее качество послеоперационного обезболивания.

Общий расход препаратов, использованных для послеоперационного обезболивания, в основной группе был на 85,8% ниже, чем в контрольной.

Заключение. Применение принципа мультимодальностидля послеоперационного обезболивания после травматологических оперативных вмешательств обеспечивает стабильность гемодинамических показателей, минимальное напряжение гомеостаза, менее выраженную реакцию симпатоадреналовой системы за счёт хорошей нейровегетативной защиты и симпатической блокады, эффективно устраняет болевой фактор и значительно снижает расход наркотических анальгетиков.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ МУЛЬТИМОДАЛЬНОМ ПОДХОДЕ К АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ И ТРАДИЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Махмудов М.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

В современной анестезиологии в практической работе все шире применяется принцип мультимодальности. Воздействие различными препаратами на различные этапы формирования боли – процессы трансдукции, трансмиссии,модуляции и перцепции – позволяет более полно обеспечить анестезию при значительном улучшении безопасности.

Цель исследования. Оценка показателей центральной гемодинамики при традиционной общей анестезии (ЭТН+ТВВА)после традиционной премедикации иэпидуральной анестезии (ЭДА) после премедикации с включениемпрепаратов НПВС и блокатора NMDA-рецепторов

Материал и методы. Обследованы 82 больных, разделенных на 2 группы: 1-я (контрольная) – 40, из них мужчин 31, женщин – 9, средний возраст 43,8±12,2 года, 2-я (основная) – 42 больных, мужчин – 36, женщин – 6, средний возраст 35,5±15,3 года. Больным производились операции открытого металлоостеосинтеза бедра и голени различными способами.

В 1-й группе после стандартной премедикации проводилась традиционная эндотрахеальная анестезия с ТВВА. Во 2-й группе – в премедикацию включены кетонал и кетамин, основная анестезия – эпидуральная. Исследовали следующие показатели гемодинамики: АДср, ЧСС, ФВ, СИ, ИРЛЖ, ОПСС.

Результаты. Больные обеих групп поступали в операционную с явлениями тахикардии и гипертензии, что было расценено нами как эмоциональная реакция пациентов на предстоящее оперативное вмешательство. Однако в 1-й группе имелось достоверное повышение некоторых показателей гемодинамики. Уровень кортизола и глюкозы в группах достоверно не различался. Интраоперационно почти на всех этапах исследований отмечалась достоверная разница показателей центральной гемодинамики. АДср в основной группе был на 29% ниже, ЧСС на 31% ниже. ЧСС у пациентов основной группы была достоверно выше на 23,8%. СИ в основной группе, был на 13% ниже чем в контрольной, ИРЛЖ в основной группе был ниже на 38%, ОПСС - на 19%. Уровень глюкозы у пациентов контрольной группы был выше на 49%, а кортизола - на 43,5%.

Заключение. Применение принципа мультимодальности в анестезиологическом пособии при травматологических оперативных вмешательствах с воздействием на все звенья патогенеза боли обеспечивает стабильность гемодинамических показателей в интраоперационном периоде, минимальное напряжение гомеостаза, менее выраженную реакцию симпатоадреналовой системы за счёт хорошей нейровегетативной защиты и симпатической блокады.

Выводы.1. Премедикация с применением препаратов НПВС и блокатора NMDA-рецепторов обеспечивает лучший эффект, чем традиционная.

2. ЭДА более благоприятно влияет на центральную гемодинамику больных, особенно в травматичные моменты оперативного вмешательства, чем общий эндотрахеальный наркоз.

3. Напряжение симпатоадреналовой системы при ЭДА выражено значительно меньше, чем при общей эндотрахеальной анестезии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ СИМПАТОМИМЕТИКАМИ ВО ВРЕМЯ МЕЖБОЛЬНИЧНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

Сергеев И.Э.[1,2], Кочергин В.Г.[1], Ягубян Р.С.[1], Свиридов С.В.[1]

[1]ГБОУ ВПО РНИМУ им Н.И. Пирогова, [2]МОНИКИ им. М.В.Владимирского

Симпатомиметические амины, в частности допмин, часто применяются в условиях ОРИТ. Уникальность допмина состоит в возможности моделировать гемодинамику у пациентов в зависимости от скорости введения раствора. Период полувыведения допмина очень короток и составляет 1–2 минуты, поэтому терапевтическая концентрация достигается постоянной инфузией раствора препарата с помощью инфузоматов или капельных перфузоров. Скорость введения растворов через инфузоматы расчитывается в миллилитрах раствора в час. Доза препарата расчитывается в микрограммах на килограмм массы тела пациента в минуту. Действие препарата на допаминэргические рецепторы происходит при минимальных (периферических, почечных) дозах (2–5 мкг/кг/мин). Повышение дозы до 5–12 мкг/кг/мин (инотропная, кардиальная) ведет к воздействию на β-рецепторы и сопровождается положительным инотропным и хронотропным эффектом. Превышение дозы 15 мкг/кг/мин (вазопрессорная) приводит к вазоконстрикции, увеличению постнагрузки и повышению АД. Значительным повышением дозы допмина (свыше 20 мкг/кг/мин) можно создать значительную вазоконстрикцию, вплоть до централизации кровообращения. Назначение инфузии симпатомиметиков и подбор скорости введения зависит от желаемого клинического эффекта. Соответственно эффект другой дозы допмина у конкретного пациента может быть нежелательным и опасным. Учитывая особенности транспортировки пациентов реанимобилем, существует опасность развития отрицательной динамики при перевозке, связанной с применением симпатомиметиков.

Цель исследования. Выявление оптимальной скорости и концентрации приготовляемого раствора допмина для введения через инфузомат во время межгоспитальной транспортировки реанимационных пациентов.

Материал и методы. В исследование включены 17 пациентов в возрасте от 18 до 62 лет, которым проводилась терапия симпатомиметиками (допмином), из них 8 пациентов с сочетанной костной травмой, 4 – с изолированной ЧМТ, 5 – хирургического профиля. Состояние пациентов расценивалось как тяжелое. Все пациенты находились на ИВЛ в состоянии медикаментозной седации. Перевод осуществлялся на 3–12 сутки после получения травмы или развившегося заболевания. Пациенты были выведены из шока, исходный уровень АД составлял 110/60 – 140/80 мм рт.ст. при ЦВД 70–110 мм водн.ст. Время транспортировки составляло от 1 до 3 часов. 10 пациентов получали 3-5 мкг/кг/мин, 7 – 7-12 мкг/кг/мин. Скорость введения составляла 3–30 мл/ч. У 9 пациентов инфузия симпатомиметиков осуществлялась через однопортовый центральный катетер совместно с основной инфузией, у 2 – через периферический катетер, у 6 – через отдельный порт двух- или трехпросветного центрального катетера. Исследование проведено ретроспективно, оценивались изменение основных гемодинамических показателей, АД и ЧСС. Измерения проводились кардиомонитором реанимобиля в режиме раз в 5 минут. Были проанализированы тренды кардиомонитора за период транспортировки.

Результаты. У всех пациентов с однопортовым катетером наблюдались кратковременные эпизоды гипертензии, сопоставимые по времени с введением других (невазоактивных препаратов) через центральный катетер. У больных, которым проводилась инфузия менее концентрированным раствором, гипертензия была менее выражена. У 5 пациентов АД повышалось до 180/110 мм рт.ст., у 2 до 210/120 мм рт.ст. У 2 больных гипертензия была выражена незначительно, до 140/80. Эти больные получали допмин в дозе 3 мкг/кг/мин в виде раствора низкой концентрации (скорость 30 мл/ч). У пациентов с кубитальными катетерами наблюдалась похожая тенденция, в связи с низкой концентрацией раствора подъемы АД были незначительными. У пациентов, получающих допмин через отдельный порт, основная инфузия и введение препаратов осуществлялось отдельно. Введение препаратов и изменение скорости основной инфузии не сопровождалось гемодинамическими изменениями. Нами был проведен расчет дозы допмина, получаемого пациентом при промывании кубитального катетера или введении в него препарата. Объем полости стандартного центрального катетера составляет 0,02 мл. При проведении инотропной поддержки 7 мкг/кг/мин пациенту массой тела 100 кг через шприцевой инфузомат со скоростью 10 мл/ч используется раствор: 1 ампула 4% допамина 5 мл на 45 мл физ.раствора. В 1 мл раствора содержится 4 мг допамина (0,4% раствор), соответственно в катетере находится около 80 мкг. При быстром введении какого-либо препарата в катетер (условно за 1 с) пациент получает 80 мкг/сек или доза возрастает до 48 мкг/кг/мин, что превышает инотропную дозу в 5 раз. Разведение раствора в 10 раз (0,04%) устранило бы риск такого повышения дозы и нежелательных гемодинамических эффектов.

Выводы. При применении раствора высокой концентрации действие симпатомиметиков становится менее управляемым. При введении симпатомиметиков в однопросветный катетер совместно с общей инфузией значительно повышается риск неуправляемого повышения дозы. Применение растворов высокой концентрации с низкой скоростью введения во время транспортировки значительно повышает риск возникновения гипертензии и аритмии. При проведении межгоспитальной транспортировки необходимо применение низких концентрации симпатомиметиков с увеличением скорости введения раствора до 20-30 мл/час. Управляемость действия допмина обратно пропорциональна концентрации раствора.

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ

Теплов В.М., Шах Б.Н., Афончиков В.С., Смирнов Д.Б.

ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург

Отсутствие до настоящего времени медико-экономических стандартов лечения больных и пострадавших реанимационного профиля являлось серьезным препятствием к оказании им специализированной помощи в полном объеме не только из-за недостаточного финансирования, но и вследствие возникновения спорных ситуаций между стационаром и пациентом.

Стандарты лечения больных и пострадавших хирургического реанимационного профиля разрабатывались на базе отдела анестезиологии и реаниматологии ГБУ Санкт–Петербургского научно–исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. При создание стандартов использовали компьютерную программу «Эксперт-МЭС» (Guidelines), разработанную Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга.

В отделение реанимации хирургического профиля НИИ ежегодно госпитализируются около 10 тысяч пациентов, нуждающихся в проведении различных методов интенсивной терапии. Сочетание различных патологических синдромов, их выраженность, разнообразие клинических диагнозов, отличия в преморбидном фоне пациентов создают существенные сложности при выработке подходов к стандартизации. Так, ежегодно около 54% пациентов отделения нуждаются в проведении искусственной вентиляции легких, у 11% имеется картина нарушения сознания различной этиологии, у 39% выявляются явления острой недостаточности кровообращения, у 13,5% определяется клиника сепсис-синдрома. Из общего числа умерших 52,4% погибают в первые сутки госпитализации, что свидетельствует о крайне неблагоприятном и запущенном течении у них разнообразного спектра хронических заболеваний.

Основываясь на синдромальной модели пациентов хирургического профиля решено было разделить их на группы: пострадавшие с сочетанной травмой; больные общехирургического профиля; больные нейрохирургического профиля; больные с послеоперационным синдромом с краткосрочным пребыванием в отделе-

нии реанимации.

Для определения объема оказываемой помощи, трудозатрат персонала и состава интенсивной терапии выделено 3 уровня помощи в зависимости от тяжести состояния больных: начальный, промежуточный и максимальный. Для определения принадлежности пациента к тому или иному уровню интенсивной терапии использовалась шкала SOFA, которая позволяет объективно оценить эффективность новых терапевтических мероприятий и лекарственных препаратов и определять в динамике тяжесть состояния каждого больного. Так, у пациентов, нуждающихся в начальном уровне помощи, балльность по шкале составляла от 0 до 4, промежуточном - от 5 до 8, максимальном – свыше 8 баллов.

Был проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, поступавших в отделение реанимации хирургического профиля в 2007–2011 гг.

Разработка медико-экономических стандартов выявила существенный дефицит финансирования лечения больных и пострадавших реанимационного профиля. Так, для эффективного оказания специализированной помощи пострадавшему с тяжелой сочетанной травмой в максимальном объеме необходимо около 135 тысяч рублей без учета трудозатрат персонала, что практически на порядок превышает объем существующего на данный момент обеспечения. Внедрение новых медицинских технологий при оказании помощи больным и пострадавшим, находящимся в критическом состоянии, требует новых, научно-обоснованных подходов к медико-экономическому обеспечению лечебного процесса.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАНИМАЦИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА, ОКАЗЫВАЮЩЕГО ЭКСТРЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

Теплов В.М., Шах Б.Н., Смирнов Д.Б., Комедев С.С.

ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург

В НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе ежегодно поступают не менее 60 тысяч пострадавших и больных. Для качественного оказания специализированной медицинской помощи такому количеству пациентов необходим рациональный подход к их распределению внутри стационара. Так, в отделение реанимации хирургического профиля госпитализируются до 10 тысяч тяжелобольных и пострадавших, что заставляет искать пути интенсификации работы без потери качества. Для обеспечения качества медицинской помощи требуется не только правильная организация труда персонала, но и разделение поступивших по нозологии, тяжести, предположительным срокам пребывания в отделении.

Решение этих задач потребовало серьезной реорганизации работы отделения в 2011-2012 гг. После анализа структуры поступивших пациентов в 2007–2010 гг. решено было выделить в составе отделения блок критических состояний, включающий клинико-диагностическую палату с противошоковой операционной; палату послеоперационного наблюдения; три реанимационные палаты.

При поступлении пациента непосредственно из приемного отделения или минуя его в блок критических состояний к обследованию пациента для выяснения и устранения причины тяжелого состояния врачом анестезиологом-реаниматологом, совместно с ответственным дежурным хирургом, привлекаются врачи специализированных подразделений института. Они осматривают поступившего пациента в максимально возможно короткий срок с применением всех необходимых инструментальных методов диагностики (СКТ, кардиография, гастродуоденоскопия, бронхоскопия и т.д.). Все инструментальные методы диагностики выполняются по назначению профильного специалиста в первоочередном порядке. Одновременно врачом анестезиологом-реаниматологом выполняются все мероприятия интенсивной терапии, направленные на стабилизацию состояния больного (пострадавшего). На выяснение причины тяжелого состояния больного и предварительную формулировку диагноза выделяется не более 6 часов, после чего больной (пострадавший) должен быть переведен для дальнейшего обследования и лечения в профильное отделение. В противошоковую операционную направляются пострадавшие с подозрением на травму жизнеугрожающего характера, нуждающиеся в выполнении лечебных и диагностических оперативных вмешательств.

Госпитализация пациентов в ту или иную реанимационную палату определяется как предполагаемым сроком пребывания пациента, так и тяжестью его состояния. Для определения объема оказываемой помощи, трудозатрат персонала и состава интенсивной терапии в реанимационных палатах выделено 3 уровня помощи пациентам в зависимости от тяжести их состояния:

I. **Начальный**: мониторинг или минимальная поддержка только одной органной системы у пациентов с риском развития острых органных нарушений;

– мониторинг пациентов, восстанавливающихся после нарушения витальных функций, состояние которых остается нестабильным или в случае, если работа среднего медперсонала слишком сложна, чтобы проводиться в общем отделении;

II. **Промежуточный**: пациенты нуждаются в мониторинге и/или поддержке по крайней мере двух органных систем с жизнеугрожающими нарушениями;

III. **Максимальный**: пациенты с синдромом множественной органной дисфункции с нарушениями функционирования более двух органных систем.

В палату №1 госпитализируются больные с послеоперационным синдромом, сочетанной травмой и иными критическими состояниями хирургической природы, нуждающиеся в оказании интенсивной терапии I–II уровня. Пациенты находятся в палате №1 до 3 суток. Впоследствии больные и пострадавшие переводятся в палату №2, специализированные реанимационные отделения института или иные профильные отделения. В палату №2 госпитализируются больные, нуждающиеся в оказании интенсивной терапии III уровня, а также пациенты, предполагаемый срок интенсивной терапии которых превышает трое суток. В

случае проведения длительной (более 5 суток) вентиляции легких пациенты переводятся в палату №3, выполняющую функции респираторного центра. В палату послеоперационного наблюдения после завершения оперативного вмешательства переводятся пациенты, ориентировочный срок пребывания которых в условиях отделения не превышает 4 часов.

Такой дифференцированный подход к сортировке позволяет обследовать больных и пострадавших в кратчайшие сроки, оказывать своевременную качественную помощь, рационально использовать ресурс персонала и оборудования отделения реанимации и интенсивной терапии в условиях максимальной загрузки отделения и стационара.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА У БОЛЬНЫХ С УШИБОМ ЛЕГКИХ

Фаттоев Н.Б., Карпина Л.С.

Самаркандский медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Контузионные повреждения легких представляют собой очаги субплевральных кровоизлияний различной интенсивности и величины, расположенные в области травмы. Развиваются бронхоспазм и экссудация из венозных и лимфатических сосудов. В зависимости от величины и характера анатомических нарушений патологический процесс может захватывать участки от субсегмента до целой доли или даже всего легкого, причем максимальные патологические изменения в легких формируются к 3-му дню после травмы.

Боль ограничивает экскурсию грудной клетки и диафрагмы, вызывает спазм дыхательной мускулатуры, приводит к снижению дыхательного объема и гиповентиляции, ухудшает отхождение секрета, нарушает дренажную функцию бронхов; вследствие этого прогрессирует обструкция дыхательных путей, возникают ателектазы. Ушиб легкого приводит к коллапсу альвеол и снижению функциональной остаточной емкости, что ведет к вентиляционно-перфузионным нарушениям, внутрилегочному шунтированию и снижению податливости легких. Эти изменения приводят к гипоксемии и респираторному дистрессу.

Для лечения ОДН, возникающей при этой патологии, широко применяется ИВЛ с положительным давлением. До недавнего времени респираторная поддержка у больных с ОДН подразумевала обязательную эндотрахеальную интубацию или трахеостомию с принудительной ИВЛ. Однако недостатком этого инвазивного метода лечения является высокая вероятность осложнений, таких как нозокомиальные респираторные инфекции и механические повреждения воздухопроводящих путей. Многих из этих осложнений можно избежать при применении неинвазивной респираторной поддержки.

Нами обследованы 9 больных с ушибом легких без пневмоторакса, которым сразу после поступления была начата неинвазивная вентиляция легких ороназальной маской респиратором VELA в режиме CPAP с положительным давлением на выдохе от 5 до 10 см водн. ст. Сеансы НВЛ проводились в течение суток с перерывами на прием пищи. Каждый час делался перерыв на 10 минут для уменьшения давления на кожу лица. При этом увеличивалась подача кислорода до 60-70% во вдыхаемой смеси. Проводился контроль SaO2. До применения НВЛ, SaO2 в среднем составляла 80%. Через 1 час от начала НВЛ SaO2 повышалась до 90%, в дальнейшем повышение SaO2 происходило только у 4 больных. Двум больным для нормализации SaO2 понадобилось применение режима PSV NPPV с увеличением давления поддержки до 18 см водн.ст. У3 больных НВЛ не дало ожидаемого результата, повышение SaO2 в течение 1 часа не происходило, возникла необходимость в переводе этих больных на инвазивную ИВЛ. 2 из них в последующем погибли в результате развившегося тяжелого РДС.

Таким образом, применение неинвазивной масочной вентиляции при острой дыхательной недостаточности у больных с тупой травмой грудной клетки способствует улучшению легочной функции и разрешению острой дыхательной недостаточности, при этом у большей части больных удается избежать эндотрахеальной интубации и инвазивной ИВЛ.

ПРИНЦИПЫ ТАКТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Фозилова М.Ф., Уринов Б.А.

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 «03»; 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, кровоизлияния 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; и) 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 в арсенале бригад СМП, показания и противопоказания к их применению; 4) использовать в первую очередь то лекарство, положительные и отрицательные стороны которого вам хорошо известны 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, надо продолжить лечение, вызвав спец. бригаду по профилю. Транспортабельного больного надо госпитализировать в стационар;

– если больной отказывается от госпитализации, врач скорой помощи должен сделать активный вызов в поликлинику и вызвать участкового врача. После чего 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.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Фозилова М.Ф., Уринов Б.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Под политравмой понимают сложный патологический процесс, обусловленный повреждением нескольких анатомических областей или сегментов конечностей с выраженным проявлением синдрома взаимного отягощения и обязательным нарушением витальных функций организма. По литературным данным, летальность при политравмах составляет около 60–85%.

Политравмы делятся на 3 большие группы: 1) сочетанные травмы; 2) множественные травмы; 3) комбинированные травмы.

При ориентации на ведущее повреждение все виды сочетанных травм могут быть отнесены к 7 группам: 1-я – сочетанная ЧМТ; 2-я – сочетанная травма спинного мозга; 3-я – сочетанная травма груди; 4-я – сочетанная травма живота и органов забрюшинного пространства; 5-я – сочетанная травма опорно-двигательного аппарата; 6-я – сочетанная травма двух и более полостей (анатомических областей); 7-я – сочетанная травма без ведущего повреждения.

Прогностически сложным является сочетание ЧМТ с травмой грудной клетки и брюшной полости (с кровотечением, не остановленным на догоспитальном этапе). В связи с высокой частотой повреждений мягких тканей и кровотечений летальность при травмах таза составляет 55%. Примерно в 15-30% случаев эта травма сопровождалась повреждениями позвоночника. Поэтому у каждого пациента в бессознательном состоянии следует предполагать травму позвоночника до тех пор, пока не будет доказано обратное. Значительное влияние на прогноз лечения оказывает механизм травмы. При столкновении пешехода с автомобилем в 47% встречается ЧМТ, в 48% – повреждения нижних конечностей, в 44% – травма грудной клетки. У велосипедистов в 50-90% описаны поврежде-

ния конечностей и в 45% – ЧМТ. В таких случаях травма грудной клетки встречается относительно редко. Использование защитных шлемов значительно снижает количество тяжелых ЧМТ.

При авариях легковых автомобилей типы ранения определяет использование ремней и других элементов безопасности. У пассажиров, не пристегнутых ремнем безопасности, доминируют тяжелые ЧМТ (75%), в то время как у лиц, использующих ремни, чаще встречаются травмы живота (83%) и позвоночника. При боковых ударах в 80% случаев отмечаются травмы грудной клетки, в 60% – живота, в 50% – костей таза. При ударах сзади чаще страдает шейный отдел позвоночника.

Алгоритм проведения реанимационных мероприятий пособия при политравме на догоспитальном этапе.

1) Временная остановка кровотечения.

2) Оценка витальных функций (сознание, дыхательные пути, дыхание, гемодинамика), при признаках остановки кровообращения немедленное начало сердечно-легочной реанимации.

3) Оценка тяжести состояния больного: ЧСС, АД, индекс шока (ЧСС/АД), пульсоксиметрия (SaO_2).

4) При $АД_{сист}$<80 мм рт.ст., ЧСС>110 уд./мин, SaO_2< 90%, индексе шока>1,4 требуется проведение комплекса неотложной интенсивной терапии.

5) Реанимационное пособие должно включать: а) при SaO_2<94% проведение ингаляции кислородом через лицевую маску или носовой катетер; при SaO_2<90% на фоне проводимой оксигенотерапии и уровне сознания меньше 8 баллов по шкале Глазго-интубация трахеи (или как минимум введение воздуховода Гведела) и проведение ИВЛ по показаниям; б) катетеризация периферических вен катетерами большого диаметра не менее 1,4 мм (необходимо помнить, что объем вводимой внутривенной жидкости будет меньше в длинных и узких катетерах, чем в широких и коротких); в) инфузия коллоидных и кристаллоидных растворов в соотношении 2:1 либо использование гипертонических растворов (7,5% раствор NaCl в дозе 4–6 мл/кг). Недопустимо использование гипотонических растворов (5% раствор глюкозы). В случае сохранения рефрактерной гипотензии следует заподозрить внутригрудное или внутрибрюшное кровотечение, а также перелом костей таза, подключить вазопрессоры и обеспечить немедленную эвакуацию пациента; г) анальгоседация — прерывание эндогенной стимуляции шока. Аналгезия: морфин 5–10 мг и/или кетамин 0,25–0,5 мг/кг. Седация: диазепам 5–10 мг (контроль дыхания!).

6) Транспортная иммобилизация переломов.

Выводы. Своевременно оказанная больным с политравмой первая помощь имеет большое значение до стационара. Для этого врач скорой помощи должен иметь достаточную информацию о политравме и правильно оценить состояние больного.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Ходжакулов Ч.Р., Темиров Ф.О., Хамидов В., Хамдамов У.Р.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Наиболее значимыми составляющими интенсивной терапии больных с тяжелыми ожогами и осложнениями ожоговой болезни являются: адекватное обезболивание; инфузионно-трансфузионная терапия; дезинтоксикация +детоксикация; респираторная поддержка; рациональная антибактериальная терапия с использованием сулбактамных рядов; иммунокоррекция; нутритивная поддержка с коррекций метаболических нарушений; адекватное местное лечение ожоговых ран с использованием современных технологий; борьбы с психоэмоциональных нарушений и седатация.

Основной детоксикации является трансфузионная терапия. Наиболее часто используется метод форсированного диуреза, а при тяжелых формах интоксикационного синдрома применяются методы экстракорпоральной детоксикации.

Нутритивная поддержка, являющаяся основной коррекции метаболических нарушений, при лечении тяжелообожженных должна осуществляться на основе смешанного энтерального и парентерального питания, сбалансированного по основным компонентом, с добавлением микроэлементов и витаминов. Необходимо избегать чрезмерного потребления калорий, особенно за счет углеводов. Нужно также помнить, что катаболическая реакция на травму может быть только уменьшена, но не прекращена окончательно с помощью нутритивной терапии, которая является только частью комплексной терапии обожженных. Электролитные нарушения и изменения кислотно-щелочного баланса требуют соответствующей коррекции.

Одна из важных проблем – обезболивание обожженных. представляет собой одну из проблем, не решенных к настоящему времени, в то время, как потребность в анальгезии у этих больных очень высока. В лечении болевого синдрома у обожженных «золотым» стандартом являются опиаты. Дополнительно возможности аналгезии дает применение препаратов группы нестероидных противовоспалительных средств, которые обеспечивают аналгезию за счет блокирования продукции периферических простагландинов. Параллельное использование бензодиазепинов и соответствующей психотерапии улучшает переносимость боли и уменьшает потребность в наркотических анальгетиках.

Соблюдение стандартов протоколов ведения тяжелообожженных на основе представленных стандартов интенсивной терапии возможно только при наличии опытного персонала, имеющего соответствующие знания и навыки, а также современной дыхательной и следящей аппаратуры и соответствующего набора фармакологических препаратов.

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ С ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

Шаматов А.Ш.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Травматические повреждения позвоночника и спинного мозга остаются чрезвычайно актуальной проблемой. Рост травматизма отмечается во всех странах мира. В его структуре позвоночно-спинальная травма составляет 8–17%. Подавляющему большинству пострадавших требуется экстренное оперативное вмешательство. Перед анестезиологом стоит задача выбора метода анестезиологического пособия.

Обследованы 42 больных, из них 33 мужчины и 9 женщин, в возрасте от 15 до 65 лет. Все больные были оперированы в ранние сроки после травмы. Исследовались следующие показатели: АД, ЧСС, капнография, ЦВД, пульсоксиметрия.

Индукция осуществлялась калипсолом 2–4 мг/кг, сибазоном, фентанилом. В зависимости от метода поддержания тотальной внутривенной анестезии больные были разделены на 2 группы. В 1-й группе анестезия поддерживалась дробным, болюсным введением анестетиков и анальгетиков. Больным 2-й группы проводилась непрерывная инфузия тех же препаратов с помощью шприц – насоса Perfuzor fm B|Braun.

У больных, которым проводилась непрерывная инфузия анестетиков и анальгетиков, отмечались более стабильные показатели АД, ЧСС, капнографии, ЦВД и пульсоксиметрии. В 1-й группе пределы колебаний составляли: АД 20–27%, ЧСС 23–38%, ЦВД 18–33%, капнография 12–23%, во 2-й – соответственно 16–22, 10–14, 11–24 и 8–14%.

Выводы. Поддержание анестезии непрерывным введением анестетиков и анальгетиков значительно уменьшает колебания гемодинамики, что улучшает течение анестезии и значительно снижает расход анестетиков.

ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАРДА ЎМРОВ ОСТИ ВЕНАСИНИ ПУНКЦИОН КАТЕТЕРЛАШ УСУЛИГА ДОИР

Эшонов О.Ш., Жамолов М.М., Хусенов А.А.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Маълумки шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш амалиётида дори моддаларни вена томирига юбориш муҳим ўрин эгаллайди. Реанимация ва интенсив терапия фаолиятида марказий веналарни катетеризация қилиш усуллари мавжуд бўлиб, лекин бу усулларни умумий амалиёт шифокори фаолиятида шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш учун қўллаб бўлмайди. Бунинг сабаблари биринчидан, воқеа жойида марказий веналарни Сельдингер усулида катетерлаш учун етарли шароит ва вақтнинг бўлмаслиги, иккинчидан, умумий амалиёт шифокорининг ўзи бу ишни бажара олмаслиги ҳисобланади.

Шуни ҳисобга олиб шошилинч ҳолатларда биз ўмров ости венасини ўмров усти нуқтасидан пункцион катетерлаш орқали дори моддаларни марказий венага юбориш усулини таклиф этамиз. Бунинг учун бир марта ишлатиладиган стерилл 2,1х83 мм катетер ўрнатилган BD Angiocath ниналаридан бемалол фойдаланса бўлади. Тери юзасидан ўмров ости венасигача бўлган масофа беморнинг семиз-ориқлигига қараб 2-5 см гача бўлган ҳолда, BD Angiocath игнасиниг узунлиги 8,6 см ни, унга ўрнатилган катетернинг узунлиги эса 8,3 см ни ташкил этади. Бунинг учун ётган беморнинг боши чап томонга бурилади. Пункция нуқтаси ўнг ўмров усти учбурчагидаги ўмров суягининг юқори чети ва тўш ўмров сўрғичсимон мускулини латерал оёқчаси ташқи чети билан тери остидаги кесишган бурчаги танланади. Дори моддаси тўлдирилган шприц игнаси шу нуқта терисига санчилади. Шприц поршенини бир оз орқага тортилган ҳолда игна ичкарига ўнг веноз бурчак (ўнг бўйинтуруқ ва ўнг ўмров ости венасининг қўшилган жойи) – ўмров суяги бошининг пасти томон ҳаракатлантирилади. Манфий босим туфайли шприцда қон пайдо бўлиши игнани вена ичига кирганидан дарак беради. Шундан сўнг катетер венада қолдирилиб пункцион игна тортиб олинади, керакли дори моддалар томирга юборилгандан кейин герметикланиб терига маҳкамлаб қўйилади. Катетер орқали беморни шифохонага транспортировка қилиш вақтида ҳам инфузион терапия ўтказиш имконияти бўлади.

Амалиётда қўлланилган (18 беморда) шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш вақтида марказий венани пункцион катетерлаш усули уни оддийлигини, қулайлигини, тезкорлигини, хавфсизлиги ва самарали эканлигини кўрсатди. Ўмров ости венасини пункцин кактетерлаш усули билан боғлиқ бирорта ҳам асорат кузатилгани йўқ.

Усулни катталарда шошилинч ҳолатларда марказий венага дори моддаларни юбориш ва инфузион терапия ўтказиш эхтиёжи бўлганда , периферик веналар ривожланмаган ёки пункция қилиб бўлмаганда қўллаш мумкин. Бу усул беморнинг фақат ўнг томонидан бажарилади, чап тарафдан чап веноз бурчакка кўкрак лимфа йўли қуйилиши муносабати билан уни жароҳатлаш эҳтимоли борлиги учун қўлланилмайди.

РОЛЬ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ С УШИБ-ПНЕВМОНИЕЙ

Юлдашев Ф.А., Мирахмедов Г.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Характер поражения легких при травмах грудной клетки в большинстве случаев носит преимущественно обструктивный характер, где представляется целесообразным применение неинвазивной вентиляции легких. Нами систематизирован опыт применения метода неинвазивной вентиляции легких.

Исследование носило ретроспективный характер. Были проанализированы случаи использования НИВЛ у пациентов с ушиб-пневмонией, лечившихся в отделе хирургической реанимации РНЦЭМП в 2009–20012 гг. В исследование были включены 50 больных (13 женщин 37 мужчин) в возрасте от 16 до 78 лет (средний возраст – 24,1±4,5 года) с ушиб-пневмонией. Неинвазивная вентиляция легких проводилась на аппарате искуственной вентиляции (VELA-США) с опцией неинвазивной вентиляции. При неинвазивной вентиляции у большинства наших пациентов при проведении НИВЛ были использованы триггерный режимы вентиляции: PSIMV, PSV, реже сеансы в неинвазивной вентиляции проводили в режиме CPAP. Режимы, контролируемые по давлению, позволяют лучше компенсировать утечку воздуха,обеспечивают стабильную величину минутной вентиляции.

Кроме НИВЛ все больные получали консервативную терапию: инфузионно-трансфузионую, антибактериальную, бронхрасширяющую, муколитическую, ферментную, энтеральное и парентральное питание и др.

При поступлении в стационар у всех больных наблюдались выраженное диспноэ, тахипноэ (29,2±4,4 в 1 мин), тахикардия (120,2±12,0 в мин) гипоксемия (41,0 ±3,8 мм рт.ст.), гиперкапния (59,2±14,7 мм рт.ст.) и респираторный ацидоз (7,16±0,08).

На фоне проведения НИВЛ у большинства больных наблюдались значимые положительные изменения клинических показателей (уменьшение диспноэ, тахипноэ, тахикардия) и параметров газообмена (повышение PaO_2 и pH, снижение $PaCO_2$). Положительные сдвиги наблюдались уже через 2 ч после начала НИВЛ.

При оценке комфорта проведения НИВЛ как отличную ее отметили 25(50%) больных, хорошую – 10(20%), удовлетворительную –15(30%).

НИВЛ оказалась успешной у 40 (80%) пациентов. У этих больных при проведении НИВЛ наблюдалось разрешение явлений ОДН, и они впоследствии были выписаны из стационара.

Интубация трахеи (инвазивная ИВЛ) была выполнена у 10 (20%) больных. Причинами перехода к ИВЛ послужили ухудшение клинического состояния больных и параметров газообмена. Из этих больных умерли 3 вследствие прогрессирующей дыхательной недостаточности.

Таким образом, неинвазивная вентиляция легких может с успехом применяться у больных с дыхательной недостаточностью на фоне ушиб-пневмонии.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИВЛ В КЛАССИЧЕСКИХ РЕЖИМАХ

Абдукодиров К.А., Ачилов А.С., Парманов Т.М.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Для предупреждения повреждения легких во время проведения ИВЛ необходимо предотвращать избыточное повышение давления в альвеолах (баротравму легких), поступление избыточное обьема воздуха в легких (волюмотравму) и повторение циклов закрытия-раскрытия алвеол (ателектотравму). Указанные принципы составляют основу лечебной доктрины, называемой «открытые отдыхающие легкие»(«Open lung rest»).

Цель исследования. Изучить преимущества классических режимов ИВЛ (VOLUME SIMV и PRESSURE SIMV).

Материалы и методы. Изучены результаты ИВЛ у 22 больных, находившихся в отделении реанимации-анестезиологии Джизакского филиала РНЦЭМП в 2012 г. Пациенты были распределены в две группы. 12 больным первой группы ИВЛ проводили режиме VOLUME SIMV. Были установлены следующие параметры респиратора: дыхательный обьем — 560 мл, частота вдохов — 14 в одну минуту, PEEP — 5 см вод. ст., пауза вдоха — 0,3 сек., скорость пикового потока — 35 л/мин., отношение вдоха к выдоху — 1:2.

10 пациентам второй группы ИВЛ проводили в режиме PRESSURE SIMV: давление вдоха (Pins) — 15 см вод. ст., время вдоха — 1,2 сек., частота вдоха — 14 в 1 одну минуту, PEEP — 5 см вод.ст.

Обе группы находились на мониторном наблюдении. Исследовались SaO_2, FiO_2 и гемодинамические показатели.

Результаты. В первой группе больных наблюдались следующие показатели монитора: SaO_2 – 95-97%, FiO_2 – 35-40%, гемодинамические показатели в пределах нормы.

Во второй группы больных были показатели монитора: SaO_2 – 97-98%, FiO_2 – 40-45%, гемодинамические показатели в пределах нормы.

Выводы. 1. Для предупреждения повреждения легких во время проведения ИВЛ с нашей точки зрения эффективнее проводить его в классическом режиме Pressure SIMV. 2. ИВЛ в классическом режиме Pressure SIMV целесообразно проводить при стандартных показателях респиратора.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ

Жуманазаров Г.С., Ачилов А.С., Дехконов Д.Б., Холматов У.Э.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Ввиду распространенности сопутствующих заболеваний у больных пожилого и старческого возраста в урологической практике, выбор метода анестезии является наиболее актуальным. Нами проведена сравнительная оценка проведения наркоза по эндотрохеальной методике с управляемой ИВЛ, с углублением наркотическими анальгетиками и методом эпидуральной анестезии.

Материалы и методы. Всего было проведено 30 наркозов. 15 больных составили контрольную группу. Среди исследуемых больных в возраста 56-65 лет - 8 больных, в возрасте 66-75 лет 16 больных, в возрасте 75 лет и выше - 6 больных. Сопутствующим заболеваниями являлись патологии сердечно – сосудистой и дыхательной систем:

1. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения ФК II-III в 7 случаях.
2. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз в 3 случаях.
3. Гипертоническая болезнь II-III стадии в 9 случаях.
4. Хронические неспецифические заболевания легких в 3 случаях.
5. Сочетанная патология сердечно-сосудистой системы и органов дыхания в 8 случаях.

Частота сопутствующих заболеваний в контрольной группе была идентичной. Больным контрольной группы проводился комбинированный эндотрахеальной закисно-кислородный наркоз с углублением препаратами нейролептоанальгезии. При проведении эпидуральной анестезии применялись анестетики-лидокаин, бупивакаин. Доза анестетиков подбирались с учетом возраста, массы тела. По мере необходимости, для исключения эффекта присутствия больного на операции, вводились седативные препараты (сибазон, диазепам) в минимальных дозировках.

Результаты. При проведении эпидуральной анестезии нами отмечено следующее: гемодинамика оставалась относительно стабильной в течении всей анестезии. Отмечалось незначительное снижение артериального давления после введения тест-дозы анестетика, что обусловлено исходной гиповолемией больных, коррекция, которой осуществлялась введением коллоидных растворов. Нарушение сердечного ритма при проведении эпидуральной анестезии нами не наблюдалась.

В послеоперационном периоде при контроле ЭКГ по сравнению с исходными данными особых отклонений не выявлено.

У больных, которым проводилась эпидуральная анестезия, отмечено значительное уменьшение кровопотери по сравнению с больными контрольной группы.

По отношению к больным, которым проведена общая анестезия, где наблюдался замедленный выход из наркоза, медленное восстановление адекватного самостоятельного дыхания, частое применение наркотических анальгетиков для обезболивания, у обследуемых больных замечен быстрый выход из анестезии, отсутствие нежелательных реакций со стороны дыхания, длительный эффект послеоперационного обезболивания.

Заключение. Исходя из вышеизложенного следует, что применение эпидуральной анестезии является методом выбора у больных пожилого возраста сопутствующими заболевниями при аденомэктомии.

АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ЖИВОТА

Явкочев А.А., Норкулова Ш.Н., Сафаров Н.Н.
Навоийский филиал РНЦЭМП

В реанимационном отделении Навоийского филиала РНЦЭМП в 2007-2013 гг. госпитализированы 72 больных в возрасте от 17 до 75 лет, из них 48 (66,6%) мужчин и 34 (37,2%) женщины, с различными сочетанными травмами органов брюшной полости. У 34 диагностированы повреждения органов брюшной полости и переломы трубчатых костей, у 23 – повреждения органов брюшной полости и переломы костей таза, у 10 – повреждения органов брюшной полости и органов грудной полости, у 5 – повреждение органов брюшной полости и повреждения позвоночника. В состоянии алкогольного опьянения поступили 38 больных. 48 пострадавших доставлены скорой помощью.

42 больных получили травму в результате ДТП, у 21 – при падении с высоты, 7 – в результате сдавления тяжелыми предметами, колоторезаные раны были у 2.

У 51 больного был установлен шок II, у 21 – III степени. После госпитализации в реанимационное отделение больным устанавливали катетеры в одну из центральных вен и в мочевой пузырь, проводили круглосуточный мониторинг ЧСС, частоты дыхания, АД, сатурации кислорода; определяли группу крови и резус-фактор, клинико–биохимические показатели, КЩС, измеряли ЦВД и почасовой диурез.

12 больных в связи со снижением насыщенности кислородом организма и наличием признаков дыхательной недостаточности переведены на продленную ИВЛ. В связи с тем, что ИВЛ длилась более 5-7 суток 3 больным произведена трахеостомия с установлением трахеостомической трубки. Санационная бронхоскопия проводилась у 12 пациентов.

С целью стабилизации гемодинамики использованы коллоиды и кристаллоиды, свежая замороженная плазма, альбумин, эритроцитарная масса, при низком АД назначали дофамин из расчёта 5-15 мкг/мин, при неэффективности добавляли мезатон и норадреналин. Одновременно больных осматривали хирурги, травматологи, они подвергались рентгенологическому и УЗС-исследованиям.

После иммобилизации переломов 18-больным проведена анестезия места перелома. 28 пациентам с подозрением на внутреннее кровотечение с целью диагностики немедленно произведен экстренный лапароцентез, 10 - пункция плевральной полости, 8 - торакоцентез. 3 пострадавшим выполнена диагностическая лапароскопия, 5 больным во время операции

произвели реинфузию крови.

Другим больным хирургические вмешательства осуществлены после стабилизации гемодинамики. 11 больным с переломами крупных трубчатых костей наложено скелетное вытяжение, 6 больным с повреждением полых органов живота выполнена лапаротомия с ликвидацией патологии органов брюшной полости. Во всех случаях оперативное вмешательство проводилось под интубационным наркозом.

Учитывая гипотензивный эффект, мы воздержались от применения дроперидола. 12 больным был установлен эпидуральный катетер с целью обезболивания в послеоперационном периоде.

Умерли 5 больных: 2 – вследствие тяжелого необратимого шока, у 2 на 5 сутки послеоперационного периода наступила тромбоэмболия легочной артерии, у 1 больного причиной смерти явился РДС.

Таким образом, больные с сочетанными травмами брюшной полости должны быть по показаниям немедленно осмотрены реаниматологом, хирургом, травматологом, нейрохирургом с целью дифференциации основной патологии и целенаправленного проведения реанимационных мероприятий и оперативного вмешательства по доминирующей патологии.

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ С СИНДРОМОМ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ — ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ягубян Р.С., Кочергин В.Г., Свиридов С.В.

РНИМУ им. Н.И.Пирогова

В последние годы большое внимание уделяется изучению микроэлементного статуса пациентов с различными заболеваниями. Особо отмечается дисбаланс микроэлементов при развитии синдрома системной воспалительной реакции (ССВР). В организме значимо изменяется содержание таких микроэлементов, как селен (Se), цинк (Zn) и медь (Cu), активно участвующих в антиоксидантной системе организма. Se участвует в инактивации перекиси водорода, входя в состав группы ферментов глутатионпероксидаз, Zn и Cu входят в состав группы ферментов супероксиддисмутаз, нейтрализующих супероксидрадикал. Эти процессы активно вовлечены в противодействие перекисному окислению липидов и особо активны в иммунных клетках. Наиболее изучено изменение Se у пациентов с септическими состояниями, а ясной и полной картины о влиянии воспалительных процессов на изменение содержания Zn и Cu в литературе мы не нашли.

Цель исследования. Оценка значимости изменений концентрации микроэлементов Zn и Cu в цельной крови и моче у пациентов с воспалительными процессами различной степени тяжести.

Материал и методы. В пилотное проспективное исследование включены 20 пациентов реанимационного профиля и 30 соматически здоровых добровольцев. Пациенты включались в исследование, если основной диагноз у них был: гнойные раны мягких тканей (ГРМТ), острый панкреонекроз (ОП), перитонит любой этиологии (ПЕР), поступающие в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) в тяжелом или крайне тяжелом состоянии. У добровольцев исследовалось содержание микроэлементов Cu и Zn в цельной крови и моче. У всех пациентов в 1 сутки после поступления забирали образцы цельной крови и мочи для дальнейшего анализа на содержание микроэлементов Zn и Cu. Судьба пациентов прослеживалась до их перевода из ОРИТ в профильное отделение или до летального исхода. Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS Statistics. Все данные представлены в виде среднего ± стандартное отклонение.

Результаты. В группе добровольцев содержание микроэлементов Zn и Cu было в пределах нормальных значений (нормальное содержание в цельной крови для Zn – 6500±1500 мкг/л, для Cu – 1000±200 мкг/л, нормальное содержание в моче для Zn – 1500±1500 мкг/л, для Cu – 50±50 мкг/л). Средний возраст пациентов – 40,1±33,9 года, 55% составили женщины, 45% – мужчины. В группу ГРМТ вошло 20% пациентов, в группу ОП – 45%, а в группу ПЕР – 35%.

В результате исследования микроэлементного профиля были получены следующие значения концентрации микроэлементов в цельной крови: содержание Zn составило 4267,35±1131,069 мкг/л, Cu – 746,95±223,732 мкг/л. Содержание в моче Zn – 1834,75±1778,145 мкг/л, Cu – 84,05±99,446 мкг/л. При этом уровень Cu в цельной крови у 75% пациентов был ниже референта, а уровень Zn – у 80% пациентов. Уровень Zn и Cu в моче, за исключением повышения экскреции выше референта у 10% пациентов (Zn) и 25% (Cu), были в пределах нормы.

Учитывая градацию тяжести воспалительного процесса от ГРМТ (самая легкая) до ПЕР (самая тяжелая) была выявлена достоверная взаимосвязь между снижением концентрации Cu в цельной крови и тяжестью воспалительного процесса ($r=0,6$, $p<0,01$). Однако достоверная корреляция с исходом у пациентов отмечалась с повышением концентрации Cu в моче. Обнаружено, что если концентрация Cu в моче превышала 60 мкг/л, шанс пациента выжить падал до 25% ($p=0,001$), а при сочетании высокой экскреции Cu и низкой (<4200 мкг/л) экскреции Zn летальность в нашем исследовании составила 100% ($p=0,012$). Однако эти данные, хоть и достоверны, но получены на пилотной, малой выборке. Но на их основании можно задуматься о важной роли, как нам видится, супероксиддисмутаз в процессах ССВР.

Выводы. Тяжесть воспалительного процесса напрямую влияет на снижение концентрации Cu в цельной крови и на повышение экскреции ее с мочой, что свидетельствует об активном вовлечении этого микроэлемента в процессы ССВР. Вместе с тем повышение концентрации Cu в моче выше 60 мкг/л вместе со снижением экскреции Zn ниже 4200 мкг/л является независимым предиктором ухудшения прогноза у пациентов с тяжелыми воспалительными процессами.

II. КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ, ПРИ ТРАВМАХ, ОЖОГАХ И ОТРАВЛЕНИЯХ — РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

РАЗРЫВЫ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ И ЖИВОТА

Абдуллаев С.А., Ахмедов А.И., Элбабаев О.М., Тоиров А.С.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандское ГМО

Цель исследования. Выбор оптимального метода диагностики и объема хирургического лечения разрыва селезенки при сочетанной травме груди и живота.

Материал и методы. Под исследованием находились 32 пострадавших с разрывом селезенки при сочетанной травме груди и живота. При тяжелых сочетанных повреждениях от информативности методов обследования напрямую зависят быстрота, объем и характер медицинской помощи и в конечном итоге исход травмы. Временные, организационные и технические возможности использования лечебно – диагностических алгоритмов при этом весьма ограничены. При этом необходимо быстро определить, какие диагностические мероприятия необходимо выполнять до неотложного оперативного вмешательства, а какие могут быть отложены до его завершения. Для уточнения показаний к лапаротомии в экстренной хирургии используют диагностический лапароцентез, ультразвуковое исследование и диагностическую лапароскопию. Ультразвуковое исследование брюшной полости в экстренной диагностике травм и ранений имеет большие преимущества вследствие его неинвазивности, быстроты выполнения (3-5 мин) и высокой чувствительности. Всем больным произведено ультразвуковое исследование. В отношении хирургических методов лечения пострадавших с сочетанной травмой мы придерживаемся рекомендации Е.К.Гуманенко (2003), основанной на учете тяжести состояния пострадавших и неотложности показаний к операции. Показанием к неотложной лапаротомии при разрывах селезенки являлось внутрибрюшное кровотечение. Мы предпочитаем широкую срединную лапаротомию. Из этого разреза удается произвести ревизию органов брюшной полости для выявления источника кровотечения. При повреждениях селезенки у 13 больных наблюдались одиночные трещины, у 19-множественные глубокие разрывы. Из 32 пострадавших с закрытой травмой селезенки только у 4 удалось ее сохранить, наложив кетгутовые швы на атравматической игле с фиксацией между швами мобилизованной пряди сальника на ножке. Остальным 28 больным выполнена спленэктомия. Доказано, что спленэктомия приводит к серьезным нарушениям иммунитета. Для профилактики состояния иммунодефицита спленэктомию у 20 пациентов дополняли гетеропической имплантацией ткани селезенки. В отдаленных сроках после операции до 5-лет обследованы 11 больных, перенесших спленэктомию с имплантацией ткани селезенки. У этих больных признаки иммунодефицита не обнаружены.

Выводы. 1. При разрывах селезенки с внутренним кровотечением при в сочетанных травмах необходимо применять алгоритм диагностики: общий осмотр, клинико-лабораторное обследование, УЗИ, рентгенологические, инструментально-эндоскопические исследования. 2. При невозможности сохранения селезенки необходимо выполнять гетеротопическую трансплантацию ее ткани как альтернативу органосохраняющей операции.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Абдуллаев У.Х., Камилов У.Р., Ахмедов А.И., Убайдуллаев З.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проблема профилактики и лечения гнойно-септических осложнений ожоговой болезни стоит особенно остро, так как именно они являются наиболее частыми причинами неблагоприятных исходов у тяжелообожженных.

Основной особенностью изменений обмена веществ при ожоговой травме является сочетание гиперпотребности организма в различных субстратах для адаптации к повышенным затратам энергии с толерантностью тканей к этим же субстратам. Большинство авторов объединяют эти характеристики в единый синдром гиперметаболизма («аутоканнибализма»). Гиперметаболизм при ожоговой болезни поддерживается длительное время за счет наличия первичного триггера – ожоговой раны.

Именно синдрому гиперметаболизма отводится ведущая роль в патогенезе гнойно-септических осложнений ожоговой болезни. Синдром гиперметаболизма представляет собой суммарный метаболический ответ организма на генерализованную воспалительную реакцию. Развивается абсолютный или относительный перфузионный дефицит, что наиболее часто сопровождается клиникой расстройств микроциркуляции, гипотонией, олигурией. Через 24–72 часа после периода относительной гемодинамической стабильности пациенты с нарушением органных функций вступают в фазу стабильного гиперметаболизма. Показатели летальности при синдроме гиперметаболизма колеблются от 25 до 40%.

Адекватная нутритивная поддержка оказывает иммуномодулирующий эффект, обеспечивая поступление в организм легко усваиваемых нутриентов, которые используются в процессах клеточного метаболизма и межклеточных взаимодействиях.

В отделении комбустиологической реанимации РНЦЭМП МЗ РУз проанализированы результаты ле-

чения 120 тяжелообожженных с целью оценки эффективности препаратов нутритивной поддержки для парентерального и энтерального питания. Для проведения парентерального питания использовали аминокислотные смеси инфезол-40, инфезол-100, амирем, аминол. Энтеральное питание производилась перорально или через назогастральный зонд полуэлементными смесями, высококалорийной протеиновой смесью Атлант.

Всем пострадавшим выполнялись клинические, биохимические, микробиологические исследования крови. Определяли остаточный азот, мочевину и креатинин с расчетом азотистого баланса.

Анализ результатов лечения показал, что при проведении тяжелообожженным парентерального и энтерального питания развитие синдрома гиперметаболизма было менее выражено, что подтверждалось динамикой показателей азотистого баланса, содержания общего белка крови и индекса массы тела.

Иммуномодулирующее влияние нутритивной терапии было обусловлено опосредованным противовоспалительным эффектом и улучшением энергетического обеспечения процессов клеточного метаболизма. У пострадавших, которые получали адекватную нутритивную терапию, отмечалось активация неспецифической резистентности организма, что характеризовалось увеличением абсолютного число лимфоцитов.

Кроме того, введение аминокислот (инфезол-40, инфезол-100, амирем,аминол) в количестве 18–20 мл/кг при площади ожога до 30% позволяет снизить развитие гипопротеинемии, исключая необходимость введения белковых сред, а при большей площади ожога – 35–60% – существенно уменьшить количество и кратность введения альбумина и плазмотрансфузий (в 2 раза и более).

Улучшение показателей иммунного статуса сопровождалось уменьшением частоты развития гнойно-септических осложнений ожоговой болезни (пневмонии – на 8,5%, сепсиса – на 12%).

Таким образом, проведение ранней и адекватной нутритивной терапии обеспечивает патогенетический подход к профилактике гнойно-септических осложнений ожоговой болезни, что позволяет снизить частоту их развития и летальность у тяжелообожженных.

ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ: РОЛЬ ПЕРКУТАННОЙ ЦИСТОСТОМИИ

Абдуллажанов М.М., Ахмедов Р.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Инфравезикальные обструкции (ИВО) и их осложнения – наиболее часто встречаемые заболевания, среди всей гаммы урологической патологии, особенно у мужчин пожилого возраста. К этой патологии относятся: доброкачественная гиперплазия простаты (ДГПЖ), склероз шейки мочевого пузыря, стриктура уретры, нейрогенное нарушение мочеиспускания.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 160 больных с инфравезикальной обструкцией, осложненной острой задержкой мочеиспускания. Анализ проводился в течение 12 месяцев, за период с января 2011 г. по январь 2012 г. в урологическом подразделении отделения хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Хирургическое лечение проведено у 120 (75,0%) больных 40 (25,0%) пациента получали консервативную терапию, 17 (32,6%) из них произведена замена цистостомического дренажа вследствие его нефункционирования. Из всех поступивших с нейрогенным нарушением мочеиспускания, осложненным острой задержкой мочеиспускания госпитализированы 2.

В возрасте 19–44 лет было 11 больных, 45–59 лет – 9, 60–74 лет – 94, 75 лет и старше – 45.

Результаты. Показанием к госпитализации в клинику были наличие у больных клиники острой задержки мочеиспускания. В приемно-диагностическом отделении всем поступившим проводился физикальный осмотр, клинико-лабараторные исследования, ультразвуковое исследование мочевых путей. 104 (65,0%) больным проведено хирургическое лечение. Традиционные вмешательства выполнены у 24 (24,0%) из них, в том числе эпицистостомии – 17 (68,0%), трансвезикальная аденомэктомия – 2 (8,0%) реэпицистостомия-11 (24,0%). Эндоурологические операции произведены 80 (76,9%) больным: перкутанная цистостомия – 74 (92,5%), трансуретральная резекция простаты – 4 (5,0%) уретроскопия, бужирование уретры – 2 (2,5%). Консервативное лечение заключалось в однократной катетеризации мочевого пузыря, назначении противовоспалительной и антибактериальной терапии. Сроки пребывания больного в стационаре составили 4,7 дня, оперированных традиционным методом – 6,6, эндоурологическим методом – 3,9 дня.

Обсуждение. Чаще всего, особенно у мужчин пожилого возраста, причиной острой задержки мочи является аденома предстательной железы. Неотложные лечебные мероприятия при острой задержке мочи заключаются в срочном опорожнении мочевого пузыря. Задержка мочи неприятна для больных не только тем, что вызывает мучительные боли, болезненные позывы, неприятные ощущения, но и тем, что может привести к тяжелым осложнениям — воспалению мочевого пузыря, почек, резкому изменению состояния пузырной стенки, ее истончению. Опорожнение мочевого пузыря возможно тремя методами: катетеризацией мочевого пузыря, надлобковой пункцией и наложением эпицистостомы.

Выводы. Малоинвазивные методы лечения при осложненных формах ИВО являются оптимальными и эффективными. Больные, которым произведены малоинвазивные методы, находились в стационаре в среднем 3,9 дня, при традиционных методах – 6,6 дня.

МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ

Абдурасулов Ф.Х., Усмонов Л.А., Турабеков Н.Н.
Республиканский научный центр нейрохирургии

Множественные травматические внутричерепные гематомы, которые образуются при интенсивной травме головы составляют 20–30% всех внутричерепных гематом.

Цель исследования. Изучение механизма черепно-мозговой травмы, сопровождающейся множественными гематомами.

Материал и методы. Мы наблюдали 117 больных (100 мужчин и 17 женщин) с множественными гематомами в возрасте от 16 до 72 лет. 74 больных с однополушарными гематомами составили 1-ю группу, 43больных с двуполушарными гематомами – 2-ю.

Результаты и обсуждение. Анализ механизма черепно-мозговой травмы показал, что в возникновении множественных гематом ведущее значение имеют два механизма: 1) удар движущейся головы о неподвижный предмет: падение с высоты собственного роста, удар головой об асфальт при транспортной травме (81 больной); 2) удар движущегося предмета о неподвижную голову: удар палкой, камнем (36 больных).

При первом механизмы травмы наступали тяжелые диффузные повреждения головного мозга. У больных 2-й группы в основном наблюдались первый механизм травмы. Множественные двусторонние гематомы у них образовались на стороне удара и на противоположной стороне травмирующего агента по типу противоудара.

При втором механизме травмы чаще образовывались поэтажные гематомы. При этом возникали локальные изменения типа вдавленного перелома костей свода черепа и ограниченного ушиба вещества головного мозга.

Выводы. «Поэтажные» множественные гематомы чаще образуются при локальном повреждении головного мозга, по механизму «удар движущейся предмета о неподвижную голову».

Двусторонние гематомы и гематомы «по соседству» чаще всего образуется при диффузном повреждении головного мозга, по механизму «удар движущейся головы об неподвижного предмета.

ДООПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ

Абдурасулов Ф.Х., Мирзабаев М.Д., Усмонов Л.А., Умаров А.Х.
Республиканский научный центр нейрохирургии

Среди травматических внутричерепных гематом множественные гематомы выделяются тяжелым клиническим течением, трудностью ранней диагностики и высокойлетальностью. Они является грозным осложнением тяжелой черепно-мозговой травмы и составляют 30—50 % всех травматическихвнутричерепных гематом.Хирургическая тактика при множественных гематомах, особенно двусторонних и гематом по соседству, до конца не определена. В доступной нам литературе мыне встретили достоверных данных о тактике и методике лечения этого вида кровоизлияний.

Материал и методы. Мы располагаем собственными наблюдениямиза 117 больными (100 мужчин и 17 женщин в возрасте от 18 до 80 лет) с острыми множественными травматическими внутричерепными гематомами, находившимися на стационарном лечении в РНЦНХ в 1998–2008 гг. 74 больных с поэтажными гематомами составили 1-ю группу, 43 больных с двусторонними гематомами вошли во2-ю группу.

Результаты и обсуждение. Нами выделено 3 варианта клиническоготечения множественных гематом: декомпенсированный, субкомпенсированный, компенсированный.

Декомпенсированный вариант наблюдался у 82 больных, из них 59 больныхс поэтажными, 23 – с двусторонними гематомами. При декомпенсированном варианте состояние больных крайне тяжелое, оценка по ШКГ 8 баллов и ниже. Выражена общемозговая и дислокационная симптоматика, локальная неврологическая симптоматика отсутствует или выявляется с трудом. У всех пострадавшихимеются нарушения дыхания по смешанному типу, что требовало срочной инструментальной коррекции.

Второй вариант с субкомпенсированным течением наблюдался у 32 больных, из них 14 – 1-й и 18 – 2-й группы. Состояние больных было тяжелым или крайне тяжелым. Оценка по ШКГ 7–10 баллов. На фоне выраженной общемозговой неврологической симптоматики выявлялась очаговая симптоматика: анизокория, асимметрия носогубной складки, гемипарез и гемиплегия по центральному типу. У 50% больных выявлено значительное нарушение витальных функций, требующее срочной инструментальной коррекции.

Компенсированный вариант наблюдался у 3 больных. Сознание угнетено до уровня оглушения (9–11 баллов по ШКГ). Локальная неврологическая симптоматика отсутствовала, витальные нарушения не отмечались.

Главным диагностическим методом при выявлении гематом являлся КТ, которая определяла лечебную тактику. До применения КТ головного мозга множественные гематомы считались операционной находкой, т.е. определялись во время операции. Применение в нейрохирургической практике КТ и МРТ существенно изменило подход и тактику лечения множественных гематом.

При определении хирургической тактики учитывались неврологический статус, количество, сочетание, объем гематомы, сопутствующие очаги ушиба и размозжения мозга, КТ и неврологические признаки дислокации мозга. На степень дислокации, по нашему мнению, влияет объем не только гематомы, но и всего

патологического очага. Это и область гемангиопатической ишемии, очаг ушибов головного мозга. Хирургическая тактика зависит от общего объема и степени поперечной и аксиальной дислокации.

При наличии неврологических и КТ-признаков дислокации мозга, на КТ сдавление мозга – деформация боковых желудочков, исчезновение базальных цистерн, сильный отек и набухания головного мозга – производилась резекционная трепанация с удалением гематом.

При поэтажных гематомах все гематомы удалены из одного доступа. При двусторонних гематомах и гематомах по соседству удалению подлежали гематомы, ответственные за сдавление и дислокацию мозга. При отсутствии на КТ признаков сдавления мозга второй гематомой, при объеме гематомы меньее 30 мл допустимо консервативное лечение этой гематомы, т.е. ее удаление.

105 больным произведена декомпрессивная трепанация черепа с удалением гематом, у 12 больных гематомы удалены из расширенного фрезевого отверстия. Послеоперационная летальность составила 60%.

Анализ результатов операций при множественных гематомахпоказал, что декомрессивная трепанация черепа у больных с грубой дислокационным синдромомявляется реанимационным мероприятием, позволяющий устранить компрессию мозга, уменьшить внутричерепное давление, нормализовать мозговой кровоток. Помимо удаления гематом, необходимо также удалять очагов ушиба и размозжения мозга.

Выводы. Множественные гематомы занимают значительное место среди травматических внутричерепных гематом. Они имеют особенности клинического течения и осложняютсябыстрым развитием дислокационного синдрома. Абсолютное большинство больных поступают в стационар в тяжеломи крайне тяжелом состоянии с витальными нарушениями. Тяжесть течения заболевания, несмотря на реанимационные мероприятия, приводит к значительной летальности (60%). Оптимальным хирургическим вмешательством является декомпрессивная трепанация черепа с удалением гематом.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Алматов Б. А.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Цель исследования. Изучение частоты развития бронхолегочных осложнений у больных, оперированных по поводу ГИ.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 25 больных, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) Республиканского научного центра нейрохирургии в 2010–2011 гг. В качестве активных методов лечения у больных применялась искусственная вентиляция легких, из них у 3 (12%) – на догоспитальном этапе, у 22 (88%) – с момента госпитализации. Для объективной диагностики патологии бронхолегочной системы выполняли рентгенографию грудной клетки, бронхоскопию, микробиологические исследования мокроты, клинические и биохимические анализы крови. Исходные хронические бронхолегочные заболевания имелись у 10 (40%) больных.

Результаты. У 18 (72%) больных в послеоперационном периоде отмечались бронхолегочные осложнения: трахеиты – у 12 (48%) больных, бронхиты – у 15 (60%), пневмонии – у 8 (32%). Отмечена прямая зависимость частоты развития БЛО от наличия степени дыхательной недостаточности (ДН) и сроков проведения ИВЛ. Все больные без БЛО поступили в ОРИТ со спонтанным адекватным дыханием, а ИВЛ проводилось в послеоперационном периоде в течение первых 1–2 суток. У всех больных с исходной ДН и ИВЛ, превышавшей более 2 суток, в последующем развивалось БЛО.

При длительности ИВЛ более 2 дней БЛО развились у 80% больных, а при ИВЛ более 4 дней БЛО – у всех больных. При этом замечено, что ИВЛ, проводимая через трахеостому, накладываемую, как правило, на 5–6 день, вызывала БЛО в три раза реже, чем ИВЛ, проводимая через интубационную трубку.

Выводы. Инфекционные бронхолегочные осложнения развиваются в послеоперационном периоде у 18 (72%) больных с ГИ. Исходные нарушения дыхания и ДН, требующие ИВЛ в течение более чем двое суток, заканчивались БЛО у 80% больных, при ИВЛ более 4 дней приводила к развитию пневмонии в 100% случаев. Снижение уровня развития инфекционных БЛО в 3раза при ИВЛ через трахеостому свидетельствует о необходимости более ранних сроков наложения трахеостомы на (1–2 сут.)

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТ-ГЕМАТОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Агзамов М.К., Тошпулатов Ш.П., Агзамов К.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Геморрагический инсульт, сопровождающийся образованием инсульт-гематом, одна из самых распространенных форм сосудистой патологии головного мозга. настоящее время лечение больных с инсульт-гематомами приобрело особую актуальность в связи с ростом заболеваемости, высокой летальностью, значительным числом осложнений.

Основной задачей хирургического лечения является уменьшение травматичности и инвазивности оперативного вмешательства при сохранении его радикальности. Несомненно, в этом огромная роль принадлежит малоинвазивным методам удаления гематом, позволяющих наряду со спасением жизни больного добиваться улучшения функционального исхода кровоизлияния с сокращением сроков реабилитации пациентов.

Цель исследования. Оценка роли различных видов хирургических вмешательств у больных с инсульт-гематомами головного мозга.

Материал и методы. Обследованы 192 больных с внутримозговыми гематомами в возрасте 34-74 года, из них 103 мужчин и 88 женщин. В зависимости от метода оперативного вмешательства больные были разделены на три группы.

В 1-ю группу вошли 90 больных наблюдений, где проводилось открытое удаление гематом при помощи костно-пластических и резекционных трепанаций. Во 2-ю группу включены больные, у которых осуществлено пункционное удаление гематом с применением локального фибринолиза. 3-ю группу составили больные, у которых удаление гематом проводилось разработанным новым минимально инвазивным способом с применением оригинального устройства – воронкообразной канюли.

Результаты лечения оценивались по показателю послеоперационной летальности и типам функциональных исходов, для чего использовали шкалу исходов Глазго.

Результаты и обсуждение. Результаты хирургического лечения зависели от многих факторов, характеризующих тяжесть состояния пациентов с внутримозговыми кровоизлияниями. Наиболее важными факторами, влияющими на исход заболевания, были тяжесть состояния и глубина нарушения сознания. Так, среди больных, поступивших в ясном сознании, летальность в 1-й группе составила 27,3%, во 2-й – 6,8%, в 3-й группе летальных исходов не было; в оглушении – соответственно 36,4%, 14,3%, 19,1%, в сопоре – 64,3%, 43,5%, 31,8%, в коме - 55,6%, 64% и 44,5%.

В 1-й группе хорошее восстановление было у 4 (8,9%) больных, умеренная инвалидизация – у 22 (24,4%) , глубокая инвалидизация – у 17 (18,9%), умерли 43 (47,8%).

Во 2-й группе хорошее восстановление было у 11 (28,9%)больных, умеренная инвалидизация – у 6 (15,8%) , глубокая инвалидизация – у 8 (21,1%), смертельный исход наступил у 13 (34,2%).

В 3-й группе хорошее восстановление было у 9 (14,1%) больных, умеренная инвалидизация – у 17 (26,5%), глубокая инвалидизация – у 19 (29,7%), умерли 19 (29,7%).

Выводы. Открытая краниотомия при инсульт-гематомах необходима в случаях нарастания дислокационного синдрома, когда требуется экстренная декомпрессия как элемент реанимационного пособия. Пункционное удаление гематом с применением локального фибринолиза оказалось эффективным у больных с гематомами медиальной, лобарной и латеральной локализации объемом до 40-50 см³. Метод с использованием канюли позволил отказаться от открытых операций у большинства больных с латеральными и смешанными гематомами с минимальным риском нарастания отека и дислокации головного мозга в послеоперационном периоде.

ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Азимов А.А., Маликов Ю.Р., Сафаров Н.Н., Давронов А.У, Утаев Л.Х.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Проблема закрытых травм живота обусловлена трудностью диагностики и лечения, высокой летальностью, достигающей 20% при изолированных и 75% – при сочетанных и множественных повреждениях.

В хирургическом отделении Навоийского филиала РНЦЭМП в 2008-2012 гг. на лечении находились 120 больных с травмами живота в возрасте от 15 до 68 лет, из них 87 (72,5%) мужчин и33 (27,5%) женщины.В первые 6 часов обратились 90 больных, от 6 до 24 часов 30. Все больные поступили в экстренном порядке: самотёком 79 (65,8%), по линии скорой помощи – 41 (34,2%). У 74 больных имела место закрытая травма живота, у 46 – открытые повреждениживота, по поводу которых эти больные были оперированы.28 больным с закрытой травмой живота, у которых повреждение внутренних органов сомнений не вызвало,оперативные вмешательства также выполнены в первые часы после поступления. При закрытых травмах живота, когда клиническая картина скудна, определить показания к лапаротомии бывает сложно, а УЗИ и рентгенологические исследования имеют ограниченные возможности мы прибегали к диагностической лапароскопии (30 больных). У 8 из этих больных кровотечение при небольших краевых повреждениях печени, брыжейки тонкого кишечника было остановлено коагулированием, проведена санация брюшной полости. У 17 больных имелись повреждения внутренних органов,которые потребовали лапаротомии.Повреждение селезенки, по поводу которого выполнена спленэктомия, отмечалось у 4 из них, повреждение печени – у 7, повреждение поджелудочнй железы – у 1, повреждение тонкого кишечника – у 5, у 5 больныхповреждения внутренних органов былиисключены лапароскопически.Умер 1 больной с тяжелой сочетанной травмой грудной клетки и костей таза, ушибом обеих почек. Смерть наступила вследствие тяжелого комбинированного шока.

Таким образом, своевременная диагностика и оперативное лечение при повреждениях органов брюшной полости помогают спасти жизнь пострадавшим. Применение лапароскопической диагностики облегчает выбор хирургической тактики,позволяет определить источник кровотечения, иногда избежать ненужных широких лапаротомий.

КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ

Азимов О.Х., Хашимов У.Т., Боймурадов Н.У.
Навоийский филиал РНЦЭМП

Наиболее частым и грозным осложнением послеоперационного периода является кровотечение из ложа предстательной железы. Оно проявляется внезапно прогрессирующейслабостью, болью над лобком и в животе. Кожные покровыбледные. На повязке или из дренажной трубки появляется алая кровь. При осмотре выявляется частый пульс слабого наполнения, низкое артериальное давление, пальпируется увеличенный мочевой пузырь, переполненный кровяными сгустками. При исследовании крови обнаруживаются выраженные признаки анемизации.

Наиболее частая причина смерти больных после аденомэктомии: другое не менее грозноеосложнение – тромбоэмболические осложнения. Самое грозное из них – тромбоэмболия легочной артерии, проявляющаяся внезапно расстройством дыхания, сердечной деятельности и в считанные минуты приводящая к летальному исходу.

В урологическом отделении Навоийского филиала РНЦЭМП в 2009–2013 гг. операция аденомэктомии произведена 181 больному в возрасте от 56 до 85 лет.

Кровотечение из ложа предстательной железы наблюдалось у 10 (5,5%) из них. У 3больных принеэффективности консервативной терапии были выполнены экстренные хирургические вмешательства в виде операции рецистостомии, тампонады и ушивания ложа предстательной железы. 7 больным проведено консервативное лечение, направленное на остановку кровотечения (гемостатики, ангиопротекторы, плазмотрансфузия).

Тромбоэмболическое осложнение в виде тромбоэмболии легочной артерии, которые закончились летальным исходом, наблюдалось у 2 (1,1%) больных.

Таким образом, для профилактики этого грозного осложнения, необходима отработанная техника оперативных вмешательств и постоянный мониторинг для своевременной диагностики возникшего кровотечения. С целью предупреждения ТЭЛА всем больным следует проводить лечение НМГ, а у больных группы риска (варикозное расширение вен нижних конечностей) – бинтование эластичным бинтом нижних конечностей и ранняя активация.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА И ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ЭНДОТОКСИКОЗАМИ

Акалаев Р.Н., Хайдарова С.Э., Стопницкий А.А., Хожиев Х.Ш.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Основным методом детоксикации при развитии эндогенной интоксикации на фоне острой почечной недостаточности является гемодиализ, который удаляет пул уремических токсинов (мочевину, креатинин), электролиты и нормализует КЩС. Но циркулирующие в плазме среднемолекулярные пептиды (СМП) можно полноценно удалить только с помощью плазмафереза. Клиническая практика показала, что ни один метод эферентной терапии не способен полностью справиться с эндотоксикозом на фоне почечной недостаточности, поэтомудля достижения полноценной детоксикации необходима комплексная интенсивная терапия с применением нескольких взаимодополняющих методов лечения экстракорпоральной детоксикации.

Цель работы. Оценка эффективности комплексного применения экстракорпоральных методов детоксикации (гемодиализа, плазмафереза) убольных эндотоксикозами тяжелой степени

Материал и методы. Под нашим наблюдением в 2002-2012 гг. находились 97 пациентов в возрасте от 17 до 68 лет с острыми экзогенными отравлениями, сепсисом на фоне перитонита хирургической и акушерской этиологии, ожоговой болезнью, осложненными синдромом эндогенной интоксикации и ОПН. Больные были сопоставимы по возрасту и полу. Критерием включения в исследование было наличие синдрома эндогенной интоксикации Ш степени по классификации Н.М. Федоровского, (1993).

Больные были разделены на 2 группы. 1-я группа (основная) – 38 пациентов, получавших сеансы мембранного плазмафереза и гемодиализа. 2-я группа – 59 пациентов, получавших только сеансы гемодиализа. Гемодиализ проводился на аппаратах Fresenius 4008B. Пациентам основной группы сеансы гемодиализа дополнялись сеансами мембранного плазмафереза, который проводился непрерывным методом с использованием аппарата Hemofenix и фильтра ПФМ-01-ТТи 100% замещением донорской плазмой. Число сеансов плазмафереза варьировало в зависимости от динамики состояния больного и составило от 3 до 6 (в среднем – 4,4). Всего проведено 172 процедуры. До и после инфузии проводился контроль ЦВД, глюкозы и общего белка крови, коагулограммы. Уровень эндотоксикозаоценивался нами по содержанию в крови средних молекул (СММ), гематологическим индексам интоксикации- лейкоцитарного (ЛИИ) (Я.Я.Кальф-Калиф) и индексу сдвига нейтрофилов (ИСН). Для оценки степени гепатопатии и нефропатии исследовали уровень мочевины, креатинина, билирубина, АЛТ, АСТ в сыворотке крови.

Результаты.Исходные показатели у всех обследованных больных свидетельствуют о серьезных нарушениях системы гомеостаза. Содержание СММ в крови превышала норму в 3,7 раза, а ЛИИ, ИСН – соответственно в 4,3 и 3,5 раза.У всех обследованных отмечалось также развитие гепатопатии и нефропатии средней степени тяжести, что подтверждалось повышением уровня АЛТ в 2,7 раза, АСТ в 2,2 раза, били-

рубина в 2,1, мочевины и креатинина соответственно в 4,3 и 4,2 раза.

После включения сеансов плазмафереза уже на 5 сутки наблюдалось значительное снижение (на 53,6%) уровня СММ в крови (фракция E_{254}), а через 7 суток заметно снижснижался уровня СМ – почти на 125%, или в 2,3 раза, на 9 сутки – в 2,6 раза. Надо отметить, что в контрольной группе уровень СМ в крови на 5 сутки снижался незначительно (в среднем на 16,3%), что связано с повторным насыщение крови СММ из интерстициального пространства, а динамика элиминации на 5 и 7 сутки значительно отставала от таковой в испытуемой группе (в 1,2 и 1,3 раза соответственно), что отчетливо свидетельствует об эффективности сочетанного применения гемодиализа и мембранного плазмафереза.

Гематологически показатели интоксикации на 5, 7 и 9 сутки после применения данной методики детоксикации устойчиво снижались: ЛИИ в 1,1–1,3–1,4 раза, ИСН – в 0,8–1,2–1,4 раза. В контрольной группе динамика ЛИИ и ИСН была выражена в меньшей степени.

Детоксикационный эффект комплексного применения методов ЭКД подтвержден динамикой показателей внутриклеточных ферментов печени на 7 сутки – снижением уровня АЛТ в 1,6, АСТ в 1,5 раза, а также билирубина в 1,4 раза, мочевины в 3,3 и креатинина в 3,4 раза, что фактически привело к их нормализации. В контрольной группе, несмотря на удаление патогенной плазмы, на 7 день сохраняется некоторое повышение уровня мочевины, АЛТ и АСТ.

В результате применения комплексной экстракорпоральной позволил убольных испытуемой группы число сеансов гемодиализа уменьшилось в среднем до 5,2, в то время как у пациентов контрольной группы для нормализации маркеров эндотоксикоза приходилось проводить в среднем 8,8 сеанса.

Вывод. Комплексное применение гемодиализа и мембранного плазмафереза в интенсивной терапии заболеваний, сопровождающихся синдромом эндогенной интоксикации на фоне острой почечной недостаточности, достоверно улучшает результаты лечения, позволяет быстро снизить уровень эндотоксикоза.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ

Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Акалаева А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

В последние годы в Узбекистане в домашних аптечках многих семей все чаще появляются психофармакологические средства (ПФС). Это связано с расширением показаний к применению этих препарата со стороны невропатологов, психиатров, а также с расширением безрецептурной продажи ряда ПФС в аптеках, которые зачастую продают их как «снотворное средство». Данная ситуация привела к значительному росту числа острых отравлений ПФС, в том числе и среди пациентов детского возраста.

Цель исследования. Мониторинг токсикологической ситуации по острым отравлениям психофармакологическими средствами.

Материал и методы. В качестве объекта мониторинга были выбраны пациенты, поступившие в 2006–2012 гг. в отдел токсикологии РНЦЭМП и его филиалы с острыми отравлениями ПФС. Все больные были разделены по полу и возрасту. Изучался нозологический состав, средний койко-день, летальность.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют о значительном увеличении числа пациентов с отравлениями ПФС: Так, в 2012 г. их было 3014, что на 47,5% больше, чем в 2006 г. Всего за 7 лет поступили 15512 пациентов, что составило в среднем 28,7% от общего числа больных с острыми химическими отравлениями. Женщин было 10384 (66,9%), мужчин 5128 (33,1%), 3378 (21,7%) поступивших были в возрасте до 14 лет. В 82,6% случаев причиной отравлений являлись суицидальные попытки. Лидировали отравления такими медикаментами как димедрол, амитриптиллин, карбамазепин, нейролептики, барбитураты (бензонал). Состав острых отравлений ПФС полностью соответствовал списку препаратов, разрешенных для продажи без рецепта с 2005 г. Наибольший прирост отмечается среди больных с острыми отравлениями амитриптиллином – на 222%, карбамазепином – на 62,9%, димедролом – на 12,6%. Следует отметить, что практически все эти пациенты – 10632 (92,3%) – поступали в тяжелом состоянии и были госпитализированы в реанимационные отделения. Количество койко-дней варьировало от 2,1±0,3 при отравлениях амитриптилином до 4,5±1,3 при отравлениях барбитуратами. Несмотря на существенный рост поступлений больных с ПФС, за прошедшие годы наблюдается значительное снижение летальности – с 0,85 в 2005 г. до 0,32 в 2012 г.

Мониторинг токсикологической ситуации показал, что в последние годы отмечается резкий рост острых отравлений ПФС. Одной из основных причин такого роста считаем свободную продажу ряда препаратов в аптеках, что особенно заметно на примере амитриптиллина. С целью улучшения эпидемиологической ситуации необходим комплексный ряд мер, направленных на ограничение бесконтрольного потребления населением ПФС, а также на предупреждение суицидальных попыток путем создания эффективных центров психологической реабилитации.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ, СВЯЗАННЫЕ С ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Акопджанов Н.С., Кузибоева М.М., Тажидинова К.А., Олимова Х.О.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В отделение экстренной гинекологии ФФРНЦЭМП за период 2010-2012 гг. находились на лечении 4110 женщин, из них 353 (8.5%) женщин с клиникой ЭБ. Все женщины обратились в сроке от нескольких часов с момента приступа до 14-15дней. Как правило, в первые часы с момента приступа поступали женщины с выраженным болевым синдромом в нижних отделах живота с признаками геморрагического шока с нестабильной гемодинамикой у которых интраоперационно диагностирована нарушенная трубная беременность по типу разрыва трубы с массивным внутрибрюшным кровотечением. Поздняя обращаемость женщин с ЭП обусловлена или не выраженным болевым синдромом в нижних отделах живота, отсутствием признаков геморрагического шока, или признаками прогрессирующей трубной беременностью, а также желание самой женщины «подождать, а вдруг спустится в матку». У этих женщин интраоперационно диагностирована либо ненарушенная трубная беременность, либо нарушенная по типу трубного аборта.

Женщины были разделены на две группы: 1 группа составила 137 (38.8%) женщин, которым оперативное вмешательство проводили лапароскопическим способом, а 2 группу – 216 (61.2%) женщин, которым проведено традиционное лапаротомное вмешательство.

Интраоперационно оценивалось состояние матки, маточных труб, наличие спаечного процесса малого таза, наличие сопутствующей абдоминальной патологии (как интраоперационная находка), степень кровопотери. В 1 группу вошли 120 (87.6%) женщин, которые обратились к нам с признаками умеренного внутрибрюшного кровотечения или без него, без признаков геморрагического шока со стабильной гемодинамикой. Всем им проводилась диагностическая лапароскопия, во время которой расценивались состояние матки, маточных труб, яичников, наличие спаечного процесса, локализация плодного яйца. Так как женщины данной группы обратились к нам на поздних сроках, т.е с момента первого приступа прошло более 12-15дней, то во время проведения сальпинготомии за частую мы сталкивались либо с плотным приращением плодного яйца к стенке матки с признаками трубного кровотечения, либо с локализацией плодного яйца в интерстициальном слое маточной трубы, при которых приходилось заканчивать операцию сальпингэктомией. Также в 1 группу вошли 17 (12.4%) женщин, которым на высоте кровотечения и с признаками геморрагического шока произведена лапароскопия с удалением маточной трубы, а вся коррекция гемодинамических нарушений корригировалась с участием анестезиолога и трансфузиолога на операционном столе согласно всем стандартам реанимации.

В итоге 137 женщинам выполнена лапароскопия, при которых лапароскопическая сальпингэктомия произведена в 127 случаях, а органосохраняющая (сальпинготомия) в 7 случаях. Конверсия произведена в 3 случаях, при которой имел место массивный спаечный процесс малого таза из-за ранее проведенной операции на брюшной полости. В 20 случаях проведена попытка проведения органосохраняющей операции, но из-за плотного приращения к стенке маточной трубы плодного яйца и трубного кровотечения, а также локализации плодного яйца в интерстициальном или истмическом отделе маточной трубы операции заканчивались сальпингэктомией. Кровопотеря интраоперационно составляло от 150 до 400мл. Длительность операций у данной группы составляло 40±10 мин, послеоперационных осложнений не было.

Женщины 2 группы как правило обращались с клиникой нарушенной эктопической беременности с признаками геморрагического шока и массивным внутрибрюшным кровотечением. Во время лапаротомии выявлен разрыв с полной деструкцией стенки маточной трубы, при котором нет возможности проведения органосохраняющей операции. Кровопотеря интраоперационно составляла от 800 до 2000 мл. Интраоперационно проводилась реинфузия крови в 70% случаях. У женщин 2 группы продолжительность операций составило в среднем 70±10минут. Осложнений в послеоперационном периоде у данной группы 5, из которых 4 составляли инфильтраты послеоперационной раны, в 1 случае релапаротомия по поводу несостоятельности швов культи маточной трубы (локализация плодного яйца в трубно-маточном углу). Сроки госпитализации у женщин 1 группы в среднем составило 4 дня, а у женщин 2 группы – 6-7 дней.

Выводы. 1. Своевременная диагностика эктопической беременности позволяет в кратчайшие сроки провести операцию лапароскопическим доступом. 2. Применение лапароскопии имеет высокую и лечебную ценность, приводит к значительному снижению количества интра- и послеоперационных осложнений, облегчает состояние больных в послеоперационном периоде, существенно снижает сроки реабилитации. 3. Применение лапароскопии оправдано даже у женщин с нарушенной эктопической беременностью, сопровождающееся клиникой геморрагического шока и признаками внутрибрюшного кровотечения при полной готовности операционной бригады. 4. Применение лапароскопии приводит к минимизации образования спаечного процесса и развитию трубного фактора бесплодия, что играет большую роль у женщин репродуктивного периода с целью сохранения репродуктивной функции.

ПРОТОКОЛ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВПС

Алимджанова Н.Ю., Ибадов Р.А., Абралов Х.К.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Цель исследования. Оценка эффективности интенсивной терапии острой сердечно – сосудистой недостаточности (гипертензионный криз) при различных сочетаниях фармакологических препаратов у больных с ВПС, осложненными высокой ЛГ после хирургической коррекции.

Материал и методы. Обследованы больные с ВПС, характеризующими лево – правым шунтом, находившиеся на лечении в отделении хирургии врожденных пороков сердца РСЦХ им. акад. В.Вахидова в 2008-2012 гг. Всем больным проводилась эхокардиографические и ангиографические исследования. Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) с высокой ЛГ (IIIа, IIIб) наблюдался у 15 больных, дефект составлял 3,2±0,7. Систолическое давление в легочной артерии было равно 83,0±12,5 мм рт.ст, при системном артериальном давлении – 92,5±7,5 мм рт.ст. Оперированы 5 больных. Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) с ЛГ (IIIа, IIIб) наблюдался у 62 больных, дефект составлял 1,8±0,6, систолическое давление в ЛА 85,5±15,3, при системном систолическом АД 95,2±4,1 мм рт.ст. Оперированы 14 больных. Открытый артериальный проток (ОАП) с ЛГ (IIIа, IIIб) отмечался у 12 больных, дефект составлял 1,1±0,34, систолическое давление ЛА 76,4±16,4, при системном систолическом давлении 94,1±4,9 мм рт.ст. Оперированы 5 больных.

У всех больных в послеоперационном периоде отмечалась картина сердечно-сосудистой недостаточности различной степени тяжести в зависимости от показателей систолического давления в ЛА. Все эти больные в предоперационном периоде получали 2-компонентную терапию: 1) ингибиторы фосфодиэстеразы-5: силденафилы Revatio-Viagra (Pfaizer), _Sila-Maks (Pharmed sanoat), Sinegra (Nobel) из расчета 2,5–3,5 мг/кг/сут.)(Класс I, уровень доказательности А); 2) ингибиторы АПФ: каптоприл в дозе 5-10 мг 2 раза в сутки.

В послеоперационном периоде все больные в реанимационном отделении получали 6 или 7компонентную терапию: ингибиторы фосфодиэстеразы-5: Revatio 2,5–3 мг/кг/сут. Нитраты: нитроглицерин (перлинганит) 0,1–1 мкг/ кг/мин; моносан 20 мг 2 раза в день. Антикоагулянты: гепарин в соответствующих дозировках. Ингибиторы АПФ: каптоприл 2,5–5 мг 2 раза в сутки Кардиотоники: добутамин 5–7 мкг/кг/мин (или допамин). Ингибиторы фосфодиэстеразы: милренон или эноксимон 0,25–0,5 мкг/кг/мин. 7 – компонентная терапия + простагландин Е1: вазопростан 1–6 нг/кг/мин. У 4 больных в послеоперационном периоде отмечалась картина седечно-сосудистой недостаточности тяжелой степени (гипертензионный криз). Состояние купировано сочетанием перечисленных препаратов в различных дозировках. Умер 1 больной вследствие ОССН, кардиогенного шока.

Протокол послеоперационного ведения

Гемодинамика. Проводился постоянный мониторинг и контроль АД:

1) АД – 110 – 120/70 мм рт.ст – допамин 5–7 мкг/кг/мин, нитроглицерин от 0,1 до 3 мкг/кг/мин, Revatio 2,5–3 мл/кг/сут., кантоприл 5–10 мл/сут.

2) пульс – 80–90 уд. в мин., профилактика аритмии (кордарон, лидокаин,при брадикардии <70 – подключение ЭКС); 3) ЦВД – 100–120 мм водн.ст (инфузия коллоидов, рефортан, стабизол, альбумин, кристаллоиды и физиологическая потребность); 4) температура тела – нормотермия 36-37°С. Гомеостаз. 1) Hb – 100–120 г/л (при необходимости гемотрансфузия – отмытые эритроциты, реинфузия аутокрови); 2) Ht + ≥ 30 < 40% 3) Kn – 4,5–5,0 ммоль/л 4) ВСК – 3^{30}–5^{00} – гепаринизация – возрастные дозы гепарина под контролем ВСК каждые 4–6 часов.

Результаты. У больных с ДМПП в послеоперационном периоде в 1 сутки систолическое давление в ЛА снизилось до 62,5±3,3, у больных с ДМЖП – до 58±9,2, у больных с ОАП – до 56,3±3,7. Следует отметить, что к моменту выписки во всех группах исследования отмечено снижение систолического давления в ЛА еще на 6 – 8% от исходного.

Вывод. Комплексная интенсивная терапия в послеоперационном периоде перечисленными препаратами способствует купированию острой сердечно - сосудистой недостаточности и дальнейшему снижению резидуальной легочной гипертензии.

ВЫЯВЛЕНИЕ И УСТРАНЕНИЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРОСТАТЫ

Аллазов С.А., Ахмедов Ю.М., Бобокулов Н.А., Хамроев Б.О., Аллазов Х.С., Гафаров Р.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Изучение характера хирургических осложнений в интра- и послеоперационном периодах и прогнозирование конечных результатов операций в отдаленные сроки при открытой аденомэктомии простаты.

Согласно видоизмененной классификации Clavien-Dindo (2004), I степень – любые отклонения от нормы в послеоперационном периоде, не требующие фармакологической терапии или хирургического эндоскопического и радиологического вмешательства; II степень – осложнения, требующие проведения лекарственной терапии с другими препаратами, а не теми, которые перечислены при I степени. III степень – требует хирургического, эндоскопического или радиологического вмешательства. IV степень – опасные для жизни осложнения (включая осложненные со стороны центральной нервной

системы), требующие пребывания пациента в отделении интенсивной терапии; V степень – смерть пациента.

Распределение хирургических осложнений при различных способах гемостаза после аденомэктомии дало следующий результат: I степень – 54 (54,5%), II степень – 43 (43,4%), III степень – 18 (18,1%), III а степень – 12 (12,1%), III б степень – 6 (6,1%), IV степень – 6 (6,1%), V степень – 4 (4,0%).

Хирургические осложнения при аденомэктомии с ушиванием ложа аденомы (n=12): I степень – 48 (64,9%), II степень – 40 (54,0%), III степень – 22 (29,7%), III а степень – 10 (13,5%), III б степень – 12 (16,2%), IV степень – 8 (10,8%), V степень – 1 (1,3%)

Хирургические осложнения при аденомэктомии с низведением шейки мочевого пузыря (n=26). I степень – 44 (51,2%), II степень – 18 (21,0%), II а степень – 8 (9,3%), II б степень – 8 (9,3%), III степень – 8 (9,3%), IIIа степень – 0, IV степень – 4 (4,6%), IVа степень – 6 (7,0%), IVб степень – 4 (4,6%), V степень – 2 (2,3%).

Хирургические осложнения после аденомэктомии с местным применением лагохилуса с целью гемостаза. (n=20): I степень – 6 (5,4%), II степень – 8 (7,3%), III степень – 3 (2,7%), IV степень – 4 (3,6%), IVа степень- 1 (0,9%), IVб степень – 2 (1,8%), V степень – 0.

Таким образом, больше всего осложнений после открытой аденомэктомии наблюдается при тампонировании и ушивании ложа аденомы, меньше – при наложении съемных швов. Возникновение интра- и постоперационных осложнений сводится к минимуму при обработке ложа 10% настоем лагохилуса опьяняющего, что позволяет рекомендовать её для использования в урологической практике.

ЭКСТРЕННАЯ ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛИГАТУРНЫХ КАМНЯХ («ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ») МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Аллазов С.А., Ахмедов Ю.М., Ишанкулов А.М., Абдуллаев Б.А., Уринов Я.Р., Кодиров С.К.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

В структуре причин ятрогенных повреждений мочевых путей гинекологические операции и манипуляции составляют 82%, хирургические и урологические операции – 4%, акушерские вмешательства – 8%, лучевая терапия – 6% (Лоран О.Б. и др., 2000; Переверзев А.С., 2000). При сохранности целостности мочевых путей и охвате лишь их стенки нерассасывающимся шовным материалом из-за постоянного сокращения и расслабления стенки этих органов их шовный узел начинает выползать (мигрировать) в сторону полости мочевого пузыря, и только после образования лигатурного камня и нарушения уродинамики клиническая картина становится острой и требует экстренной помощи.

В связи с редкостью подобных осложнений и недостаточным освещением их в научной литературе, а также малой осведомленностью практических врачей зачастую они обнаруживаются как находки. Иногда же больные обращаются к врачам с нарушением мочеиспускания (Отажонов О.Р. и др., 2011).

В течение последних 3 лет (2010–2012 гг.) в отделении экстренной урогинекологии СФ РНЦЭМП мы наблюдали 19 женщин, у которых после акушерско-гинекологических операций возникли лигатурные камни мочевого пузыря, осложненные симптомами нижних мочевых путей (СНМП). Последние наблюдались в разные сроки от момента проведения операции: у 3 – через 1 месяц, у 5 – через 6 месяцев, у 4 – через 1 год и у 7 – через 2года.

При тщательном сборе анамнеза обнаружены следующие этиологические причины: у 3 женщин произведена ампутация матки, у 8 – экстирпация матки с придатками.

Больные предъявляли жалобы на выраженную дизурию (19), гематурию (12), гнойные выделения из влагалища (4), острая задержка мочеиспускания (8), парадоксальная ишурия (3). Лигатурные камни мочевого пузыря, осложненные СНМП, установлены с помощью УЗИ, обзорной уроскопии (-графии) и цистоскопии.

Было предпринято экстренное эндоурологическое удаление лигатурного камня путем механической цистолитотрипсии после рассечения лигатуры. Лишь у 1 больной из-за больших размеров камня, фиксированного к стенке мочевого пузыря, короткой лигатуры пришлось перейти к открытой операции: эпицистолитотомии с удалением лигатуры.

Во время и после эндоурологических и открытой операций по поводу лигатурных камней мочевого пузыря осложнений не наблюдалось.

Следует отметить, что 2 больные обратились повторно через 3 и 7 месяцев с явлениями СНМП. При обследовании у них были обнаружены «рецидивы» лигатурных камней. Этим больным выполнено эндоурологическое удаление лигатуры и дробление камня.

Последнее диктует необходимость тщательной эндоскопической ревизии стенки мочевого пузыря при эндоурологическом мероприятии для обнаружения дополнительных лигатур, которые в поздних послеоперационных сроках могут оказаться причиной так называемого «рецидива» лигатурных камней.

В заключение следует указать на усиление внимания для предупреждения охвата стенки мочевого пузыря в шовный узел с одной стороны и внимательного осмотра стенки мочевого пузыря при эндоурологическом удалении лигатурного камня с целью выявления других подобных лигатур.

ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аллазов С.А., Шодмонова З.Р., Ишанкулов А.М., Гафаров Р.Р., Дарханов Ж.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) — широко распространенное заболевание. По литературным данным, симптомы ГАМП имеются почти у 17 % населения страны. Это заболевание по своей распространенности сопоставимо с такими часто встречающимися болезнями, как гипертония, заболевания сердца, асма, хронический бронхит.

Основным симптомом ГАМП является ургентность, сопровождающаяся непроизвольным выделением мочи или без нее, которая может сочетаться с учащенным мочеиспусканием и никтурией. Лишь небольшая часть таких больных обращаются за медицинской помощью. Неспособность контролировать свое мочеиспускание настолько угнетает пациентов, что они часто скрывают свое состояние даже от своих близких и членов семьи. Социальный характер проблемы очевиден. Некоторые соматические болезни могут проявляться гиперактивностью мочевого пузыря. К ним относятся латентный диабет, рассеянный склероз, паркинсонизм, обструкция нижних мочевых путей, деменция и др. При этом больной может чувствовать неудобство, изолироваться от общества, ограничить свою работу и общественную жизнь. С возрастом вероятность развития ГАМП возрастает. К таким заболеваниям и относится увеличение предстательной железы.

С целью выявления причины частоты возникновения синдрома ГАМП у больных с заболеваниями простаты нами обследованы 32 пациента, в возрасте 18-82 лет. Изучение жалоб больного, анамнеза заболевания, ректальное исследование, проведение специфических урологических исследований давали возможность оценить функцию мочевого пузыря и его способность к наполнению и опорожнению. Причинами недержания мочи у 7 больных являлся простатит, у 17-аденома простаты, у 3-камень простаты, у 5-рак простаты.

Анализ результатов анкетирования IPSS и дневника мочеиспускания показал, что у всех обследованных имело место дизурия в виде недержания мочи. У 30% выявлено ургентное недержание мочи, у 27% – стрессовое, у 43% – смешанная форма. Всем больным проводилось трансректальное УЗИ простаты, измерение объема остаточной мочи, урофлоуметрия, цистометрия и исследование давления-потока и скорости потока мочи. Эти исследования позволили выявить самопроизвольные сокращения мочевого пузыря, определить уровень давления, при котором возникает недержание, давление, при котором освобождается мочевой пузырь. Всем больным проводилось соответствующее комплесное лечение в сочетании с ГАМП и монотерапей спазмексом. Частота мочеиспусканий уменьшилась на 63%, ёмкость мочевого пузыря увеличилась на 81%, число ургентных позывов сократилось в два раза.

Таким образом, несмотря на то, что гиперактивный мочевой пузырь и недержание часто встречаются у пожилых людей, их нельзя считать неотъемлемой частью старения. Этот синдром может встречаться как в пожилом,так и в молодом возрасте. Позитивным моментом является то, что после краткой оценки и проведения диагностических процедур больной может получить соответствующее лечение, которое значительно облегчит проявления гиперактивности мочевого пузыря и улучшит условия ежедневной жизни.

ВНУТРИБРЮШНОЕ ДАВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Алтиев Б.К., Асомов Х.Х., Янгиев Б.А., Жаббаров Ж.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения распространенного перитонита различной этиологии путем изучения внутрибрюшного давление

Материал и методы. Изучены результаты лечения 120 больных (70 мужчин, 50 женщин) с распространенным перитонитом, оперированных в 2001 - 2010 гг. в отделе экстренной хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи**.** Возраст больных от 17 до 68 лет (средний возраст 41,1±1,65 года).

Этиологическим фактором распространенного перитонита у 35 (29,1%) больных явилась перфоративная язва ДПК, у 43 (36%) – панкреатит, у 16 (13, 4%) – перфорация опухоли тонкой и толстой кишки, у 14 (12,5%) – аппендикулярный перитонит, у 13 (11,6%) – деструктивные формы острого калькулезного холецистита.

Больные были разделены на 2 группы. В 1-ю (контрольную) группу вошли 56 пациентов, которые в послеоперационном периоде получали общепринятую терапию.

2-ю группу (основную) составили 64 больных, у которых в комплекс интенсивной терапии были включены, назогастроинтестинальная интубация кишечника, гастроинтестинальный лаваж и гастроэнтеросорбция с активированным углем, перидуральная аналгезия, антигипоксанты (натрия оксибутират, актовегин). У больных основной группы также оставлены лапаропорты для проведения санационной лапароскопии.

Внутрибрюшное давление измерялось способом оценки давления в мочевом пузыре.

Результаты и обсуждение. При поступлении у 78 больных (40 основной и 38 – контрольной группы) было оценено как тяжёлое (16-24 баллов SAPS), у 20 больных 1-й и 22 – 2-й группы – как средней тяжести (15 баллов).

В первые сутки после операции внутрибрюшное давление у больных составляло 15,2±0,9 мм рт. ст. (15,7±0,46 в основной и 14,3±0,87 в контрольной

группе) что соответствовало I степени внутрибрюшной гипертензии. На 3 сутки у больных основной группы наблюдалось достоверное (t=2,61, p<0,05) улучшение показателей внутрибрюшного давления до 12,2±0,2 мм рт. ст. У 50 пациентов этой группы удалось предупредить начинающийся парез ЖКТ и разрешить его в течение 18 часов. У больных контрольной группы парез был ликвидирован не менее чем в течение 48 часов. У 16 (26,7%) больных основной группы в послеоперационном периоде по поводу дыхательной недостаточности проводилась респираторная поддержка – продлённая ИВЛ, длительность которой составила 4,1±0,54 ч, а в контрольной группе 24 (46,2%) больных находились на продленной ИВЛ в течение 9,2±0,41 ч (t=7,52, p<0,05).

В основной группе пневмония развилась у 5 (7.8%) больных, в контрольной у 18 (32,8%) (χ^2=5,52, p<0,05).

В основной группе практически не было специфических осложнений. Лишь у 4 (6,7%) больных было нагноение лапаротомной раны. В контрольной группе осложнения отмечались у 22 (42,3%) больных (χ^2=9,93, p<0,05): нагноение послеоперационной раны у 7 пациентов, эвентрация – у 3, абсцесс брюшной полости – у 3, продолжающий перитонит – у 5, несостоятельность меж кишечного анастомоза – у 4.

Полиорганные нарушения (гепатонефропатия, энцефалопатия, синдром эндогенной интоксикации) развились у 6 (9,3%) больных основной группы после операции по поводу распространенного перитонита опухолевой этиологии. В контрольной группе полиорганные нарушения наблюдались у 14 (25,0%) пациентов (χ^2=2,72, p<0,05). Летальные исходы в основной группе наблюдались у 4 (6,3%) пациентов, в контрольной группе – у 14 (25,0%) (χ^2=4.24, p<0,05). Сроки пребывания в стационаре больных основной группы – 10,2±0,61 дня, контрольной – 14,7±0,75 дня (t=4,65, p<0,05).

Таким образом, своевременное измерение ВБД в послеоперационном периоде у больных с распространенным перитонитом различной этиологии позволили предупредить развитие органных нарушений, уменьшить развитие гнойно-септических осложнений и количество послеоперационных летальных исходов.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДИАФРАГМЫ

Алтиев Б.К., Гулямов Б.Т., Шукуров Б.И., Кучкаров О.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В данном сообщении систематизируются наши подходы к ведению больных с посттравматическими диафрагмальными грыжами.

В период с 2001 по 2012 гг. в РНЦЭМП оперированы 12 больных в возрасте от 29 до 61 года с диагнозом «посттравматические грыжи диафрагмы». Мужчин было 9, женщин – 3. Посттравматические грыжи диафрагмы слева диагностированы у 11, справа – у 1 травмированного.

Основной причиной повреждения (9 человек – 75,0%) явилась автодорожная травма, 2 человека пострадали при падении с высоты, у одной женщины в анамнезе было колото-резаное ранение левой половины грудной клетки.

Пострадавшим при поступлении осуществлялось инструментальное обследование: динамическая рентгенография органов грудной клетки (12), ультрасонография органов брюшной полости (12), мультиспиральная компьютерная томография груди и живота (2), а также в 5 случаях была выполнена диагностическая торакоскопия.

Сложность проблемы диагностики разрывов диафрагмы в остром периоде травматической болезни заключается в том, что патогномоничные симптомы развиваются только после дислокации органов брюшной полости в плевральную полость. Такое перемещение обычно возникает в ближайшие часы или дни после травмы при обширных разрывах диафрагмы, что и наблюдалось у 8 наших больных, остальные 4 пациента поступили в отдаленные периоды после травмы с клиникой ущемленной диафрагмальной грыжи.

Из 8 травмированных разрывы диафрагмы длиной от 3 до 5 см обнаружены у 5, у остальных 3 пострадавших были обширные поперечные линейные разрывы длиной от 15 до 20 см, проходившие через сухожильный центр.

Хирургическим доступом выбора при посттравматических диафрагмальных грыжах является верхнесрединная лапаротомия. В двух случаях операция была начата левосторонней торакотомией, но из-за сложности вправления содержимого грыжи в брюшную полость и невозможности полноценной оценки жизнеспособности ущемленного органа через этот доступ нам пришлось прибегнуть к дополнительной лапаротомии.

При наличии посттравматического дефекта диафрагмы во всех случаях мы наблюдали перемещению в плевральную полость пряди большого сальника, часто – желудка (7), нередко – ободочной кишки (4) и селезенки (2), в одном случае – тонкой кишки.

После низведения органов брюшной полости резекция сальника выполнена 4 больным, спленэктомия – 1, клиновидная резекция желудка – 1, резекция ½ желудка – 1, резекция поперечно-ободочной кишки с наложением трансверзостомы – 1 пациенту. Пластику диафрагмы выполняли узловыми П-образными швами.

В раннем послеоперационном периоде умерли 2 (16,7%) больных: в одном случае причиной летального исхода был сепсис на фоне вялотекущего перитонита и эмпиемы плевры; в другом – ТЭЛА.

Таким образом, результаты хирургического лечения больных с посттравматическими диафрагмальными грыжами в настоящее время не могут считаться удовлетворительными. Поэтому вопросы профилактики, ранней дифференциальной диагностики и своевременного оперативного лечения этой категории пациентов сохраняют свою актуальность.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Аметов С.Н., Артыкниязов М.Р., Сайфуллаев Р.Н.
Нукусский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. В отделение детской хирургии Нукусского филиала РНЦЭМП в 2010–2012 гг. госпитализированы 48 детей с инородными телами дыхательных путей. До 1 года было 8 (16,6%) детей, 1–3 лет – 23 (47,9%), 3–5 лет – 14 (29,1%), 5–15 лет – 3 (6,3%). Мальчиков был – 31 (64,6%), девочек – 17 (65,4%). В течение 6 часов доставлены 13 (27,1%), до 24 ч – 40 (83,3%), спустя 72 ч и более – 5 (10,4%) больных. Бронхоскопия проведена 35 (72,0%)больным. У 13 (27,1%) больных в ходе наблюдения наличие инородного тела было исключено или проведено соматическое лечение. Умерли (забраны в тяжелом состоянии) 3 (6,3%) ребенка.

18 (51,4%) больных поступили в тяжелом состоянии с клиникой ДН II - III ст, ССН - II - III ст, 17 (48,6%) – в среднетяжелом или в относительно удовлетворительном состоянии. Родители 6 (17,2%) детей отрицали либо не могли точно указать на наличие инородного тела в дыхательных путях . 2 из этих больных умерли.

Результаты и обсуждение. Инородные тела органического происхождения (арахис, морковь, косточки урюка, семечки и т.д.) были у 21 (60%) ребенка, неорганического (детали от механизмов, колпачки от авторучек, аксессуары одежды, детали игрушек, шурупы) – у 14 (40%). Диагностика инородного тела дыхательных путей основывалась на жалобах родителей, клинических проявлениях, данных рентгенологического исследования в различных проекциях и лечебно-диагностической бронхоскопии.

При длительном нахождении инородного тела в трахеобронхиальном дереве могут возникнуть тяжелые осложнения. Так, у 14 (40%) наших пациентов наблюдались трахеобронхиты, у 10 (28,1%) ателектаз, у 1 (2,85%) пневмоторакс.

У всех пациентов инородные тела были удалены бронхоскопически с последующей санацией трахеобронхиального дерева. Бронхоскопия проводилась жестким бронхоскопом Фриделя. При бронхоскопии у 21 (60%) ребенка инородное тело обнаружено в дыхательных путях правого легкого, у 14 (40%) - слева. После удаления инородных тел дети получали стационарное лечение, им назначали антибактериальную, противовоспалительную и физиотерапию с последующим переводом для дальнейшего лечения и наблюдения по месту жительства.

Заключение. Для предупреждения развития критических состояний и осложнений необходимо повысить бдительность родителей в отношении детей, которые должны своевременное обращаться к специалистам для проведение ранней диагностики и лечебно-диагностической бронхоскопии.

КАТТА ТЕРИ ОСТИ ВЕНАСИНИНГ КЎТАРИЛУВЧИ ТРОМБОФЛЕБИТЛАРИДА ЎПКА АРТЕРИЯСИ ТРОМБОЭМБОЛИЯСИНИНГ ЖАРРОХЛИК ПРОФИЛАКТИКАСИ

Амонкулов З.К., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.
РШТЁИМ Фарғона филиали

Тадқиқиқот мақсади – катта тери ости кўтарилувчи тромбофлебитларида кроссэктомия операцияси бажарилишига кўрсатмани клиник-инструментал текширув натижаларини ва операция вақтида кўрилган холатларни таққослаш асосида аниқлаштириш.

Катта тери ости венасининг кўтарилувчи тромбофлебитларида хирургик даво чоралари натижаларини тахлил килиш максадида 1430 беморлар тиббий баёнлари кўриб чиқилди. Беморлар ўртача ёши 34,7 ёшни ташкил қилди. Кўпроқ аёллар – 752 та (52,6%), эркаклар эса – 678 (47,4%) ни ташкил қилди.

Чап оёқ ката тери ости венасини кўтарилувчи тромбофлебити 748 (52,3%) беморларда, ўнг оёқда эса – 682 (47,7%) беморларда кузатилди.

Диагностик таккослаш, яъни диагноз куйиш максадида тери ости ва тери ости ёғ тўқималари яллигланиш касалликлари: лимфангаит, сарамас касаллиги, дерматит, айрим холатларда миозит билан таққосланди.

Варикоз касаллигини асорати сифатида тромбофлебит ривожланиб катта тери ости венаси ўзанига тарқалиши сон сохасида 1172 (81,2%) беморларда кузатилди. Бу беморлар жаррохлик давога мухтож бўлиб, бунда катта тери ости венасидан тромбозни чукур веналарда сафено-феморал ўзанига ўтиши ва ўпка артерияси тромбоэмболияси (ТЭЛА) ривожланишини тўхтатишга йўналтирилади. Беморларга махаллий оғриқсизлантириш остида Черняков бўйича узунасига кесма қилиб кроссэктомия операцияси бажарилди. 105 (9%) беморларда ката тери ости венаси тромбофлебити операция ичи тафтишида остиал клапанга етиб борилди. Бу беморларда катта тери ости венаси венотомия амалиёти ва Валсалва синамаси ёрдамида тромбэктомия бажарилиб, сон веналарида қониқарли ретроград қон айланиши тикланди. Ёнбош венасига тромб усиб кирган холатлар 55 (4,7%) беморларда умумий сон венасини мобилизацияси амалиёти ва шу умумий сон венаси ёки ёндош веналардан катетер Фогарти ёрдамида сафена-феморал узан орқали тромбэктомия амалиёти бажарилди. Операция махалида тромбоэмболик асоратлар кузатилмади.

Операциядан сўнги даврда беморларга яллиғланишга қарши антиагрегант, антикоагулянт, флеболитик дори-дармонлар, кўрсатма бўйича антибактериал терапия, махаллий гепарин сақловчи ва яллиғланишга қарши даво комплекслари ва эластик бинт боғланди.

Шундай қилиб, оёқ катта тери ости венасининг ўткир тромбофлебитларида беморларни зудлик билан ихтисослашган қон томир хирургияси бўлимларига ётқизиш ва патологик жараён соннинг ўрта 1/3 қисмига кўтарилганда кроссэктомия бажариш зарур. Бундай муолажалар тромбоэмболик асоратларини олдини олишига ва даво натижаларини яхшилашга олиб келади.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Арипов У.Р., Эргашев Д.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Острый аппендицит (ОА) – самое распространенное хирургическое заболевание органов брюшной полости. По мнению большинства авторов, наиболее эффективным методом дифференциальной диагностики ОА является лапароскопия, а особая значимость метода заключается в возможности сочетания диагностических и лечебных манипуляций, в том числе при выявлении других заболеваний.

Цель работы. Оценка накопленного опыта и результатов применения видеоэндохиругии в диагностике и лечении различных форм острого аппендицита.

Материал и методы. В 2007–2012 гг. лапароскопия для диагностики и лечения ОА использована у 1101 пациента. Диагноз ОА был подтвержден у 725 (65,8%) больных, отвергнут - у 376 (34,2%). У 545 (49,5%) больных выполнена лапароскопическая аппендэктомия (ЛА). Мужчин было 205 (37,6%), женщин – 340 (62,4%). У 74 (13,6%) больных был катаральный, у 424 (77,8%) – флегмонозный, у 47 (8,6%) — гангренозный аппендицит. Среди оперированных лапароскопическим способом у 49 (9%) больных при поступлении отмечались признаки исходно осложненного течения ОА: локальный или разлитый перитонизм, высокая температура тела, длительность анамнеза заболевания более 24 часов, высокий лейкоцитоз и ЛИИ.

Результаты. По результатам лапароскопической ревизии органов брюшной полости у 131 (18%) больного выявлены различные варианты атипичного расположения червеобразного отростка (ЧО): подпеченочное (основание и купол слепой кишки расположен высоко, достигая подпеченочного пространства) у 17 (2,3%); тазовое (основание и купол слепой кишки расположен в полости малого таза) у 56 (7,7%); ретроцекальное (отросток расположен позади слепой кишки) у 53 (7,3%), забрюшинное (позади париетальной брюшины) у 5 (0,6%). При атипичном расположении червеобразного отростка ЛА выполнена у 68 (9,4%) пациентов. Конверсия с переходом на открытый традиционный доступ в связи с техническими трудностями имела место у 63 (8,6%) пациентов.

Методика ЛА стандартная из 3 портов (два – рабочих и один – для лапароскопа). Брыжейка ЧО во всех случаях обрабатывалась монополярной коагуляцией. При обработке культи основания ЧО использовали 2 основных способа: лигирование викриловой нитью и с вариантом дополнительного клипирования титановыми клипсами – у 251 (46%); обработка культи ЧО по методике клиники РНЦЭМП – у 294 (54%) больных. Отличием техники лигатурного способа обработки культи ЧО является обязательное удаление слизистой оболочки с культи ЧО с использованием монополярной электрокоагуляции. Обработка культи по методике РНЦЭМП исключает такую необходимость. Продолжительность ЛА при использовании лигатурного способа с монополярной коагуляции слизистой культи ЧО составила 51,6±0,9 мин, при использовании методики РНЦЭМП она увеличивалась до 60,5±1,9 мин, что обусловлено техническими особенностями операции.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 26 (4,8%). Интраоперационные осложнения (возникшие во время операции) наблюдались у 10 (38,5%) больных, ранние послеоперационные осложнения (до выписки из стационара) – у 12 (46,2%), поздние (развившиеся после выписки из клиники) – у 4 (15,3%).

Из числа интраоперационных осложнений у 1 (10%) поциента отмечалось кровотечение из аппендикулярной артерии, которое окончательно удалось остановить дополнительной коагуляцией. У 9 (90%) больных имело место вскрытие просвета аппендикса при мобилизации ЧО.

В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 12 (46,2%) больных: нагноение троакарной раны, через которую удалялся ЧО, – у 2 (16,7%); абсцессы брюшной полости - у 2 (16,7%); инфильтраты брюшной полости - у 8(66,6%).

В отдаленном периоде после выписки из стационара у 4 (15,3%) больных после ЛА сформировался небольшой инфильтрат в зоне послеоперационного рубца в области правой подвздошной области.

Пациентам с послеоперационными абсцессами брюшной полости выполнено их традиционное вскрытие и санация. В послеоперационном периоде проводилась консервативная терапия с учетом полученного при бак посеве гнойного экссудата микроорганизма и его чувствительности к антибиотикам. Наиболее частым возбудителем явилась клебсиелла, чувствительная к антибиотиком цефалоспоринового ряда III поколения.

У всех пациентов с внутрибрюшными инфильтратами проводилась комплексная консервативная терапия с физиотерапией, которая привела к рассасыванию инфильтратов к 10–14 дню лечения.

Анализ причин осложнений показал, что у 22 из 26 больных операции были выполнены по поводу острого гангренозного или флегмонозного аппендицита с местным серозно-фибринозным перитонитом и наличием перехода инфильтративно-воспалительного процесса на стенку купола слепой кишки.

Таким образом, лапароскопическая аппендэктомия может быть произведена при любой форме воспаления червеобразного отростка в случае его доступности для манипулирования, при условии строгого соблюдения показаний, противопоказаний и скрупулезном выполнении всех этапов операции. Критериями отказа от лапароскопической аппендэктомии являются: наличие тифлита, выраженные деструктивные изменения в области основании отростка, невозможность адекватной санации брюшной полости вследствие распространенного аппендикулярного перитонита. Лапароскопическая аппендэктомия отличается минимальным количеством интраоперационных и послеоперационных осложнений, быстрым восстановлением трудоспособности и хорошим косметическим эффектом.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ

Артиков Д.Н., Умаров А.Р., Исаков Х.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Острая задержка мочи является одной из актуальных проблем неотложной урологии. Причины её могут быть весьма различны. В урологическое отделение ФФРНЦЭМП в 2012 г. поступили 124 больных в возрасте от 40 до 93 лет (68,7 года) с острой задержкой мочи. Эти больные составили 12,1 % от всех поступивших в клинику в экстренном порядке.

Самая большая группа – 102 (82,3%) больных, у которых острая задержка мочи была вызвана доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Рак предстательной железы явился причиной задержки мочи у 7 (5,7 %) больных, лейкоплакия уретры – у 2 (1,6%), нейрогенный мочевой пузырь – у 4 (3,2%), воспалительная стриктура уретры – у 6 (4,8%), травма уретры – у 3 (2,4%).

Длительность задержки мочи у больных с ДГПЖ до поступления в клинику варьировала от 1 до 3 дней. Всем больным при поступлении проводили общий анализ мочи и крови, определение мочевины, сахара и крови, ЭКГ.

93,2% поступивших были лица пожилого и старческого возраста которые имели целый ряд сопутствующих заболеваний. У большинства из них (87,5%) острая задержка мочи появилась впервые и возникла на фоне уже имевшихся симптомов аденомы в течение ряда лет. Из осложнений основного заболевания, помимо острой задержки мочи, у 28 был хронический пиелонефрит, у 18 – ХПН, у 7– кровотечение. Большинство из перечисленных осложнений находится в прямой зависимости от длительности острой задержки мочи. У 54 больных, поступивших с ДГПЖ, была обнаружена инфекция мочевых путей. У 22 больных высеяна E.coli, у 16 – Proteus, у 8 – Pseudomonas aeruginosa, у 6 – Klebsiella. Объем предстательной железы в среднем составил 52,1 х 4,6 мм. У 102 больных с ДГПЖ было выполнено 85 операций, что составляет 83,3%. Причем у 66 (64,7%) поступивших произведена троакарная цистостомия, у 19 (22,3%) – эпицистостомия. Послеоперационный период у 17 больных осложнился атаками пиелонефрита, у 6 больных – гематурией, но все больные выведены из этого состояния.

17 больных получали консервативное лечение:

α-адреноблокаторы (минипресс, празозин, кардура, хитрин), блокаторы 5-а-редуктазы (проскар, пермиксон), трианол. На фоне задержки мочи производилась перемежающаяся катетеризация мочевого пузыря или устанавливали катетеры A'demeure. После этих мероприятий у 11 больных восстанавливался самостоятельный акт мочеиспускания, и они были выписаны на амбулаторное лечение. У 5 пациентов мочеиспускание не восстановилось, оперативным путём им произведена троакарная цистостомия.

3 (2,3%) больным с ДГПЖ, поступившим с гематурией и тампонадой мочевого пузыря, была проведена экстренная аденомэктомия. 2 больных с травмой уретры подверглись троакарной цистостомии. 2 больным с лейкоплакией уретры выполнено бужирование. 3 больных с раком предстательной железы были подвергнуты операции троакарной цистостомии.

Таким образом, больные с острой задержкой мочи занимают большой удельный вес среди ургентных больных (12,1%). 68,6% больных с острой задержкой мочи различной этиологии нуждаются в оперативном лечении.

ПРОБЛЕМА ОСТРЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЭПИДИДИМИТОВ В ЭСТРЕННОЙ УРОЛОГИИ

Артиков Д.Н., Бозоров Ш.Т., Дадажонов Ф.А., Хайдаров А.Х.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Острый эпидидимит встречается у 4–5% урологических больных. Эта патология требует активного и своевременного лечения, так как заканчивается рубцеванием и приводит к обтурации семявыводящих путей, а исходом может явиться абсцедирование придатка (Лопаткин Н.А., 1998; Мухтаров А.Г., 1987). Мы придерживаемся принципа оперативного лечения этой группы больных.

В 2001–2012 г.г. были госпитализированы 411 больных острым эпидидимитом, или 7,4% от всех урологических больных. У 113 больных процесс локализовался справа, у 295 – слева, у 3 эпидидимит был двусторонним.

У 117 (28,4%) больных с эпидидимитом в моче высеяны бактерии, у 34 (8,2%) - был посттравматический эпидидимит. У остальных моча оставалась стерильной в силу бесконтрольного приема антибиотиков до поступления в отделение экстренной урологии или имела конгестивный характер. У 5 (1,2%) больных процесс был рецидивирующим. У 11 (2,7%) больных состояние было отягощено сопутствующим сахарным диабетом. Ведущим в клинической картине заболевания являлся болевой симптом, который выявлен у всех больных. Купирование болевого симптома достигалось блокадой семенного канатика. Повышение температуры тела отмечалось у 402 (97,8%) больных, пиурия выявлена у 378 (92%) необходимо отметить, что клиникой острого эпидидимита может маскироваться и такая патология, как перекрут яичка и перекрут гидатиды. Таких больных было 26 (6,3%). Окончательный диагноз был установлен на операционном столе.

346 больным было произведено оперативное, 65-консерватиное лечение. У 72 (20,8%) больных обнаружены множественные апостемы , у 22 (6,3%) абсцедирование, у 7 (2%) некроз придатка. Операция завершена эпидидимэктомией. Необходимо отметить, что эти пациенты обратились очень поздно – в среднем на 10 сутки от начала заболевания. Количество койкодней при обоих методах лечения составил 4,3 дня.

Анализ полученных результатов показывает, что методом выбора является раннее оперативное лечение наряду с антибактериальной терапией. После операции сразу уменьшаются боли в яичке и воспалительно-инфильтративные изменения в придатке, спадает отек, улучшается микроциркуляция.

Таким образом, опыт нашей клиники показывает, что, наряду с консервативной терапией, у больных неспецифическим острым эпидидимитом, необходимо проводить как можно более раннее оперативное лечение с использованием антибиотиков широкого спектра действия. Раннее оперативное вмешательство, как правило, приводит к декомпрессии, уменьшению воспалительно-инфильтративных изменений, улучшению микроциркуляции в яичке, снижает количество диагностических ошибок и осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПА В ЛЕЧЕНИИ ОККЛЮЗИОНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ СИСТЕМЫ

Асадуллаев У.М., Алтыбаев У.У., Хошимов У.У., Тухтамуродов Ж.А.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Своевременная диагностика и лечение новообразований пинеальной области и III–IV желудочка головного мозга является одной из актуальных проблем современной неврологии и нейрохирургии. Это обусловлено значительной частотой подобных опухолей, разнообразием клинической картины, объясняющей трудности диагностики, а также исключительной сложностью хирургического лечения. Новообразования этой локализации сопровождаются расстройствами ликворообращения, микроциркуляции и гомеостатических механизмов, зрительными нарушениями. Современные возможности нейровизуализации, достижения анестезиологии и реаниматологии, применение микрохирургиической техники и увеличительной оптики при нейрохирургических операциях позволили пересмотреть границы физиологической дозволенности, значительно расширить показания к операциям и улучшить результаты хирургического лечения у столь тяжелой категории больных. Однако, несмотря на очевидные успехи, достигнутые в лечении опухолей пинеальной области и желудочковой системы на протяжении последнего двадцатилетия, остаются дискуссионными вопросы выбора лечебной, и в частности, хирургической тактики. Окончательно не определены показания к использованию различных хирургических доступов с учетом особенностей локализации и размеров опухолей пинеальной области и желудочковой системы, специалисты продолжают спорить об оптимальном объеме удаляемой опухоли. Не определены сроки и целесообразность проведения ликворошунтирующих операций в комплексе хирургического лечения данной патологии. Таким образом, проблема диагностики и микрохирургии опухолей III–IV желудочка является актуальной, и К настоящему времени назрела практическая необходимость ретроспективной оценки особенностей клинического проявления заболевания и результатов применения различных хирургических подходов в лечении опухолей III–IV желудочка.

Цель. Разработка и внедрение малоинвазивной дифференцированной эндонейрохирургической коррекции ликвороциркуляционных расстройств при опухолях задней черепной ямки, пинеальной области и задних отделов III желудочка.

Материал и методы. В 2007–2012 гг. в РНЦНХ оперированы 82 больных, из них с целью устранения гипертензионно-гидроцефального синдрома путём эндоскопической вентрикулоцистерностомии дна III желудочка (ЭВЦС- III) (1-я гр.) – 41, ВЦС по Торкильдсену (2-я гр.) – 41.

Больным 1-й группы первым этапом проводилась эндоскопическая фенестрация дна III желудочка, с последующим вскрытием ЗЧЯ и удалением опухоли. У 7 больных из-за исходного тяжелого состояния произведено только ЭВЦС-III, а опухоль удалена в сроки от 7 дней до 1 месяца после стабилизации общего состояния вследствие регресса окклюзионной симптоматики. У пациентов 2-й группы опухоли удаляли с последующим традиционным установлением вентрикулоцистерностомия по Торкильдсену. У всех больных присутствовали симптомы повышения внутричерепного давления – головные боли, тошнота с рвотой, зрительные нарушения.

Результаты. 12 больным 1-й группы операции производились одномоментно с эндоскопической фенестрацией дна III желудочка с последующим удалением опухоли. 15 больным проведена фенестрация без удаления опухоли. 14 больным произведена эндоскопическая вентрикулоцистерностомия с последующим удалением опухоли в сроки от 7 дней до 1 месяца. Осложнения после поэтапных операций отмечались у 7 больных. Они выражались в нарастании общемозговой симптоматики и прогрессировании гипертензионно-гидроцефального синдрома. Эти больные в дальнейшем подверглись шунтирующим операциям. Судя по результатам, исходы лечения у больных, оперированных одномоментно, были хуже, чем у больных, которым второй этап операции производился через определенное время после стабилизации общего состояния и регресса общемозговой симптоматики. Несомненно, удовлетворительное состояние больных, достигнутые после проведения эндоскопической фенестрации, оказало положительное влияние на исход последующего этапа операции, т.е. удаления опухоли.

В 1-й группе умерли 3 больных. Остальные выписаны из стационара с регрессом гипертензионной симптоматики под дальнейшее наблюдение по месту жительства.

Из 41 больного 2-й группы после операции умерли 13,7 – в различные сроки от развившихся осложнений (ликворея, менингоэнцефалит). У 21 больного после проведенного лечения наступило улучшение состояния. Они также были выписаны из стационара в различные сроки под наблюдение по месту жительства.

Выводы. 1. Предварительная эндоскопическая фенестрация дна III желудочка при опухолях задней черепной ямки, осложненных окклюзионной гидроцефалией, является эффективным методом и может применяться как первый этап операции для ликвидации внутричерепной гипертензии. **2.** Микрохирургическое удаление опухоли при отсутствии гипертензионного синдрома не способствует развитию резкой дислокации мозга, которая является наиболее грозным фактором, отягчающим исход лечения больных.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕПЛАНТАЦИЕЙ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Асамов Р.Э., Юлдашев А.А., Йулдашев М.Ж.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В послеоперационном периоде больной находится под пристальным вниманием как оператора, так и врача-реаниматолога: корригируются анемия, проявления реперфузионного синдрома, сдвиги кислотно-основного состояния, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, состояние свертывающей системы крови, контролируется деятельность жизненно важных органов, и в первую очередь легких, почек и печени. Постоянно осуществляется мониторирование кровотока в реплантированной конечности. Под особым контролем - количество выделяемой мочи и анализ ее состава на наличие белка, миоглобина, эритроцитов. Тяжелое и средней тяжести состояние обследованных нами больных в послеоперационном периоде усугубляется длительностью микрохирургической операции, нарушением метаболизма вследствие ишемии (аноксии), реперфузионного синдрома. Поэтому состояние восстанавливаемых функционально значимых структур конечности, а также органов и систем будет определяться коррекцией в послеоперационном периоде гипоксии, интоксикации, сдвигов pH и т.д., уровня ферментов, мочевины, креатинина.

Клинико-экспериментальные исследования отечественного полиионного раствора сукцинасола показали, что как антигипоксант, антиоксидант, корректор pH он уменьшает интоксикацию, восстанавливает метаболические сдвиги. Сукцинасол применен нами у 21 больного с реплантацией сегмента конечности. Сукцинасол вводился до 400,0 мл ежедневно 5 раз, медленно. Эффективность корригирующей традиционной терапии с сукцинасолом (n=21) и без него (n=48) оценивали по уровню креатинина, мочевины, активности АСТ, АЛТ, pH крови, частоте послеоперационных осложнений, температуре.

Нами изучена динамика 10 важнейших параметров периферической крови (количество эритроцитов, лейкоцитов, лейкоцитарная формула, цветовой показатель, СОЭ) на протяжении 1 месяца после получения травмы и реплантации.

Количество эритроцитов достоверно на 123,5% становится меньше, чем в контроле уже через 1 сутки после операции. Максимально, до 2,91± 0,19 (на 135,3% в среднем меньше чем в контроле) его количество снижается к 7 дню после операции. Лишь к 30 дню после операции его количество становится достоверно больше, чем через 7 дней после операции.

Уровень гемоглобина из-за кровопотери уже через 1 сутки снижается в среднем на 119%, и в дальнейшем, несмотря на проводимую инфузионную терапию, продолжает снижаться до 90 мг/л (7 сутки после травмы), что на 33% меньше, чем у практически здоровых людей. Этот уровень сохраняется в течение 2 недель после травмы и перенесенного шока. Лишь к 30 суткам появляется тенденция к его увеличению.

Число лейкоцитов увеличивается уже через 1 сутки после операции, достигая максимума на 7 сутки после травмы и операции (в среднем в 2 раза больше, чем у практически здоровых контрольных обследуемых). В последующие сроки (14, 21 и 30 сутки после травмы и операции) количество лейкоцитов не уменьшается до его уровня у контрольной группы.

СОЭ увеличивается с 1 дня после травмы и операции, достигая максимума на 7 день. В дальнейшем стабилизируется на этом уровне до конца 3 недели после травмы и операции, несколько снижаясь к концу 1 месяца после воздействия. Как универсальная реакция организма на повреждение, СОЭ характеризует активное течение воспалительной реакции, участие структур внутренней среды в воспалительном процессе.

Таким образом, состояние периферической крови при травматической болезни и реплантации крупного сегмента конечности свидетельствует о том, что адаптивные сдвиги ее параметров максимально выражены к 7 дню; в последующем они имеют положительную динамику, однако даже через месяц большинство параметров отличается от контроля.

Через 1 сутки после операции уровень мочевины в 1-й и 2-й группах оперированных равен 6,62±0,15 и 7,29±0,19. В последующие сроки (3, 5, 7 сутки после операции) уровень мочевины в обеих группах различается недостоверно. Если сравнить концентрацию креатинина в сыворотке крови, то при инфузии сукцинасола он в динамике послеоперационного периода (1, 3, 5, 7 сутки) достоверно ниже, чем при традиционной терапии. Если сравнить уровень активности АЛТ и АСТ, то при инфузии сукцинасола они меняются неоднозначно: АЛТ начинает достоверно снижаться с 3 суток после восстановления сегмента конечности; АСТ – достоверно лишь с 5 суток после операции. На 7 день восстановления сегмента конечности АЛТ у больных, находящихся на традиционной терапии, больше, чем в сравниваемой группе с сукцинасолом в 1,3 раза. АСТ в 1-й и 2-й группах в послеоперационном периоде составляет соответственно 14,1+0,5 и 18,9+0,8 ммоль/л. Таким образом, ежедневные инфузии сукцинасола больным с реплантацией, наряду с общепринятой традиционной терапией, уменьшают в послеоперационном периоде выраженность метаболических нарушений, что выражается в снижении концентрации мочевины, креатинина, АЛТ и АСТ.

Через сутки общее состояние оперированных больных тяжелое, средняя температура тела колебалась от 37,5 до 38,5^{o}C. Однако через 2 суток у больных, которые наряду с общепринятой терапией получают по 400,0 мл сукцинасола, температура начинает постепенно снижаться, общее самочувствие становится заметно лучше, боли в конечности ослабевают, появляется аппетит. Ежедневная инфузия сукцинасола в объеме до 400,0 мл приводит к тому, что на 6–7 дни после реплантации конечности температура тела почти всех больных нормализуется, в среднем у 40% из них общее состояние улучшается. При традиционной терапии к этому же сроку после операции температура тела остается высокой – 37,5–38,0 ^{o}C; общее состояние

заметно улучшается лишь у 25% пациентов.

Сравнительный анализ осложнений в послеоперационном периоде показал, что из 15 пациентов с краевым некрозом 10 сукцинасол, не получали. У 6 больных некроз реплантата также отмечался при традиционной корригирующей терапии. Таким образом, положительная динамика клинико-биохимических параметров крови свидетельствует о патогенетической обоснованности инфузии сукцинасола в послеоперационном периоде для коррекции метаболических сдвигов, уменьшения последствий реперфузионного синдрома. Послеоперационное ведение больных является сложным и очень ответственным этапом. Постоянный мониторинг общего состояния больного, а также течения раневого процесса и состояния кровообращения в реплантированном сегменте являются естественным и неотъемлемым продолжением самого оперативного вмешательства. Только при строгом соблюдении всех правил и норм можно добиться не просто приживления конечности, но и получить в отдаленном периоде хорошие функциональные результаты.

АНАЛИЗ МУТАЦИИ АКТИВАТОРА ПЛАЗМИНОГЕНА ГЕНА PAI I У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ

[1]Асамов Р.Э., [1]Муминов Ш.М., [1]Йулдошев А.Х., [1]Абдуллаев Ш.М., [2] Содикова Ш.Э., [2]Шамсутдинова Д.Б., [2]Бобоев К.Т.
[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, [2] НИИ гематологии и переливания крови

В настоящее время варианты полиморфизмов гена PAI-1 связывают с повышением концентрации PAI-1 в плазме. Белок PAI-1 ингибирует активность тканевого активатора плазминогена, отвечающего за образование плазмина, и подавляет фибринолиз кровяных сгустков. Описан ряд полиморфных маркеров гена *PAI-1,* ассоциированных с тромбофилией. Наиболее часто в исследованиях встречается, полиморфизм, расположенный в промоторной области гена *PAI-1* в положении 675 (*4G/5G)*. У носителей аллеля *4G,* как в гетеро-, так и в гомозиготном состоянии отмечается и более высокий уровень PAI-1 в плазме и больший риск развития тромбоэмболических осложнений.

Цель исследования. Анализ корреляционной связи различных генотипов полиморфизма 4G/5G гена PAI-1 с различными тромботическими осложнениями у больных тромбозом глубоких вен нижней конечности.

Материал и методы. Материалом для исследования явились образцы ДНК 71 пациента, у которых в анамнезе имелись различные тромбоэмболические осложнения. Контрольную группу составили 65 добровольцев (условно здоровые доноры) без каких-либо признаков тромбоза.

Образцы геномной ДНК выделяли из лейкоцитарной фракции в соответствии со стандартной методикой. Тестирование полиморфизма 4G/5G гена PA1-1 проводили методом стандартной ПЦР с помощью программируемого термоциклера фирмы Applied Biosistems-2720 (США). Визуализацию фрагментов ДНК проводили в проходящем ультрафиолетовом свете после окрашивания геля бромистым этидием.

Результаты. В изученных группах данный маркер оказался полиморфным с высоким уровнем гетерозиготности 5G/4G. В обеих группах отмечалось увеличение частоты встречаемости дикого аллеля 5G и благоприятного генотипа 5G/5G с одновременным незначительным снижением частоты встречаемости мутантного аллеля 4G.

Среди пациентов с венозными тромбозами статистически значимым оказалось преобладание носителей гомозиготного генотипа 4G/4G. В основной группе у 8 (11,3)% пациентов был обнаружен гомозиготный генотип данного полиморфизма, тогда как в контрольной группе данный генотип встречался лишь у 1 (4,6 %) донора. При наличии у пациентов данного варианта генотипа шанс развития болезни более чем в 8,1 раз достоверно выше, чем у пациентов без него (X^2=5,2; P=0,02; **OR=8,1; 95%CI 0,9876, 66,87). При этом гетеро**зиготные носители генотипа 4G/5G гена PA1-1 в группе больных встречались в 2,1 раза чаще, чем в контрольной. Однако такие различия были статистически недостоверными (X^2=2,5; P=0,09; OR=2,1; 95%CI 0,606-4,345). Вероятнее всего это связано с небольшим числом обследованных.

Таким образом, проведённое нами исследование подтвердило ассоциативную связь только гомозиготного генотипа 4G/4G гена *PAI-1* с дисфункцией плазменного звена гемостаза.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ФИБРИНОГЕНА В ПЛАЗМЕ ЗДОРОВЫХ ДОНОРОВ, ДИЛЮТИРОВАННОЙ РАСТВОРАМИ СИНТЕТИЧЕСКИХ КОЛЛОИДНЫХ ПЛАЗМОЗАМЕНИТЕЛЕЙ (IN VITRO ИССЛЕДОВАНИЕ)

Афончиков В.С., Каськов А.Ю., Афанасьев А.А., Девотченко А.В.
ГБУ Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Широкое внедрение в клиническую практику синтетических коллоидных плазмозаменителей значительно расширило возможности интенсивной терапии шока и кровопотери. В то же время использование этой группы препаратов сопряжено с риском развития ряда побочных эффектов, наиболее опасными из которых являются изменения гемокоагуляционного потенциала. Существует большое количество исследований, посвященных влиянию синтетических коллоидных плазмозаменителей на тромбоцитарное звено гемостаза и на ряд гуморальных факторов свертывания, в частности – на VIII фактор и фактор Виллебранда. В то же время до настоящего момента не исследовалось влияние этого класса плазмозаменителей на посткоагуляционную фазу свертывания крови, в частности, на процесс полимеризации фибриногена. В силу того, что сам фибриноген также является биологическим коллоидом со структурой и размерами молекулы, сопо-

ставимыми с синтетическими коллоидными плазмозаменителями, мы предположили, что такое влияние может оказаться значительным.

Материал и методы. Обедненная тромбоцитами донорская плазма, полученная от 30 здоровых доноров-добровольцев, была дилютирована на 50% одним из используемых в клинической практике синтетических коллоидных плазмозаменителей; в качестве контроля в каждой серии разведений использовалась цельная обедненная тромбоцитами плазма того же донора и проба с 50% дилюцией 0,9% раствором NaCl. Во всех приготовленных пробах проводилось сравнение содержания фибриногена по методам Рутберга и Klauss. Выбор данных методов обусловлен тем, что методом Рутберга оценивается масса образовавшегося в результате свертывания фибрина, а методом Klauss– фактическое количество растворенного в плазме фибриногена.

Результаты. Содержание фибриногена в цельной плазме – 2,76±1,6 г/л; при 50% дилюции 0,9% раствором NaCl – 1,55±0,74 г/л; декстраном-40 – 1,69±0,59 г/л; декстраном-70 – 1,51±0,59 г/л; ГЭК 130/0,4 – 1,59±0,71 г/л; ГЭК 200/0.5 – 1,52±0,63 г/л; ГЭК 450/0,7 – 1, 46±0.47 г/л; сукцинилированный желатин – 1,29±0,44 г/л. Разница результатов в пробах с 50% дилюцией недостоверна (p>0,05).

При определении содержания фибриногена по методу Рутберга получены следующие данные: содержание фибриногена в цельной плазме – 3.39±0,93 г/л; при 50% дилюции 0,9% раствором NaCl – 1,83±0,56 г/л; декстраном-40 – 1,06±0,33 г/л; декстраном-70 – 1,15±0,43 г/л; ГЭК 130/0,4 – 1,33±0,40 г/л; ГЭК 200/0.5 – 1,25±0,31 г/л; ГЭК 450/0.7 – 1,22±0,37 г/л; сукцинилированный желатин – 1,48±0,34 г/л. Разница результатов в пробах с 50% дилюцией достоверна (p<0,05).

Таким образом, при определении фактического содержания фибриногена в плазме обследованных добровольцев (по Klauss) полученные результаты достоверно не различались и соответствовали степени разведения (50%). С другой стороны, определение содержания фибриногена, основанное на измерении массы образующегося фибрина (метод Рутберга) выявило достоверные различия, зависящие от разновидности плазмозаменителя. Можно предположить, что синтетические коллоидные плазмозаменители участвуют в процессе полимеризации и образования молекулярных комплексов фибрин - вода (формирование геля), влияя на конечную массу образующегося сгустка.

Выводы. 1. Растворы синтетических коллоидных плазмозаменителей in vitro влияют на количественные и качественные характеристики фибринового сгустка. 2. Исследование концентрации фибриногена в плазме по методу Klauss не отражает влияния синтетических коллоидных плазмозаменителей на плазменные факторы гемокоагуляции. 3. Наибольшим влиянием на процесс полимеризации и желирования фибриногена обладают растворы декстранов, наименьшим – растворы сукцинилированного желатина. 4. У пациентов, которым проводится инфузионная терапия с применением растворов синтетических коллоидных плазмозаменителей, помимо определения концентрации фибриногена в плазме по Klauss, рекомендуется параллельно определять его концентрацию по Рутбергу.

РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Ахмаджонов О.Н.

Республиканский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

Одним из ранних трагических осложнений у пострадавших с тяжелой сочетанной и множественной травмой является жировая эмболия. По разным данным, жировая эмболия сопровождает 60–90% скелетных травм, но синдром жировой эмболии с выраженной клинической симптоматикой развивается у 27,8% пострадавших с тяжелой сочетанной и множественной травмой и у 3–6% – с изолированной травмой. Она возникает, как правило, на фоне тяжелого шока, обусловленного кровопотерей, снижением объема циркулирующей крови, нарушением микроциркуляции и гипоксией. Часто она является причиной смерти, но редко распознается при жизни, особенно у пострадавших с политравмой. Среди умерших с диагнозом шок частота жировой эмболии в зависимости от тяжести травмы колеблется от 28 до 44%. В последние годы установлено, что изолированных форм (мозговой или легочной) жировой эмболии не существует — имеет место генерализованный процесс.

Несмотря на успехи в лечении множественных и сочетанных повреждений, ранняя диагностика данного синдрома далека от совершенства, особенно на стадии доклинических проявлений.

Наилучшим способом предупреждения жировой эмболии является своевременная профилактика и раннее качественное лечение травматического шока. Вместе с тем следует признать, что в случае осложнения шока жировой эмболией противошоковой терапии явно бывает недостаточной. Она может быть действенной только тогда, когда в схему лечения пострадавшего будет введен ряд препаратов, эффективных при травматической жировой эмболии: низкомолекулярные декстраны, гепарин, липостабил, эссенциале, свежезамороженная плазма, контрикал (трасилол), гидрокортизон.

Нами изучены результаты лечения 60 больных с множественной или сочетанной травмой, получивших лечение в отделение анестезиологии и реанимации в 2011–2012 гг. Возраст больных – от 20 до 60 лет.

Больные разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 32 больных, у которых медикаментозную профилактику жировой эмболии проводили сразу с момента поступления. Во 2-ю группу включены 28 больных, которые медикаментозную профилактику жировой эмболии получали со 2 суток после травмы.

У 5 больных 1-й группы отмечалась субклиническая, у 1 – клиническая форма жировой эмболии. Во

2-й группе субклиническая форма развивалась у 3 пациентов, клиническая форма – у 3.

Основными направлениями медикаментозной профилактики являлись инфузионная терапия, которая включала растворы низкомолекулярных декстранов – рефортан или реосорбилакт (400-500 мл/сут.) с пентоксифиллином, глюкозо – новокаиновую смесь (до 1000 мл/сут.); для ликвидации анемии проводили гемотрансфузии; с целью дегидратационной терапии использовали лазикс и 25% раствор магния сульфата; для обезболивания назначили опиаты (промедол до 200 мг/сут.) и препараты НПВС; из ингибиторов протеолитических ферментов использовали контрикал (20000–40000 ед/сут.); с целью коррекции системы коагуляции и фибринолиза применяли гепарин (10000 ед/сутки) или фраксипарин (0,3 мл/сут.); с целью восстановления физиологического растворения дезэмульгированного жира в крови применяли эссенциале (40-80 мл/сутки), 30% раствор этилового спирта (200 мл/сут.); антибактериальная терапия проводилась антибиотиками широкого спектра действия.

Таким образом, своевременная комплексная профилактика жировой эмболии является залогом успешного лечения.

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОВЫМИ КИСТАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Ахмедиев М.М., Мухамедов А.З., Ахмедиев Т.М.

Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкентская медицинская академия

Проанализированы 34 истории болезни больных с эхинококковыми кистами (ЭК) больших размеров (6 - 9 см), имевших псевдотуморозное клиническое течение. В определении размеров кистозного образования использована Классификация эхинококкоза головного мозга» (Ахмедиев М.М., Голеусов С.В. 2009). Возраст больных варьировал от 6 до 54 лет. Дооперационная верификация ЭК проводилась комплексным протоколом обследования, включая МРТ/КТ. Всем пациентам выполнены операции: одномоментное удаление ЭК с послеоперационным контролем КТ или МРТ.

Результаты и обсуждение. Единственным радикальным методом лечения является хирургическое удаление ЭК головного мозга. Поздняя обращаемость, связанная с несвоевременной диагностикой, значительно ухудшает прогноз и исход хирургического лечения, а также темпы и полноту регресса неврологической симптоматики. Наши пациенты обращались за медицинской помощью в стадии суб- или декомпенсации патологического процесса. Причиной этого является постепенное появление и нарастание клинических симптомов. Эхинококкозу головного мозга свойственно псевдоопухолевое течение с явлениями застоя на глазном дне и нарушениями мозгового кровообращения в результате механического давления паразитарной кисты. Дополнительные сложности создавала схожесть клинической картины эхинококкоза головного мозга с некоторыми другими объемными внутричерепными процессами.

Хирургические доступы и методика удаления ЭК планировались с учетом результатов КТ и/или МРТ и были выполнены с использованием микрохирургической техники и интраоперационной ультразвуковой навигации. У больных с ЭК головного мозга с нарастанием общемозговой и стволовой симптоматики проведены экстренные вмешательства. Радикальность операции и снижение степени хирургического травматического воздействия на функционально важные участки коры достигались использованием метода гидравлического выталкивания ЭК. Ранее проведение оперативного вмешательства (до 1 суток) до развития дислокационного синдрома с витальными нарушениями, направленное на удаление ЭК, имело положительный результат во всех случаях. Летальных исходов не наблюдалось.

Выводы. 1. Применение комплексных диагностических и хирургических методик при супратенториальных внутримозговых ЭК, поражающих функционально важных зоны, позволяет повысить радикальность оперативного вмешательства, снижает его травматичность, обеспечивает высокое качество жизни больных. **2.** Неотложное нейрохирургическое оперативное вмешательство при ЭК, проведенное до появления грубых стволовых, в том числе витальных расстройств, способствует благоприятному послеоперационному течению.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ

Ахмедов А.И., Фаязов А.Д.

Самаркандский областной ожоговой центр, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования. Использование новых методов хирургического лечения и снижение уровня ожоговой аутоинтоксикации при проведении аутодермопластики.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 47 больных с термическими ожогами, которые лечились в ожоговом отделении Самаркандского городского медицинского объединения в 2007–2012 гг. 20 пострадавших составили группу сравнения, 27 включены в основную группу. Пациентам основной группы проводились волнообразная и контурная некротомия, некрэктомия и аутодермопластика расщепленными лоскутами с использованием новых способов. Пациенты группы сравнения получали традиционное лечение.

В группе сравнения мужчин было 16 (59,3 %), женщин 11 (40,7%), в основной группе соответственно 11 (55%) и 9 (45 %). Возраст больных – от 14 до 68 лет. У больных обеих групп выполнено комплексное клиническое и лабораторное исследование, включающее анализы крови в предоперационном и послеоперационном периоде.Площадь ожога оценивалась в процентах поверхности тела. Тяжесть состояния вычисляли по

индексу тяжести поражения в единицах (ЕД), площадь донорских ран измерялась в см^2. В число прооперированных входили больные с площадью ожога 9-60 % поверхности тела, площадь глубокого ожога находилась в диапазоне 9-40% поверхности тела. Индекс тяжести поражения в пределах 27–140 ЕД. Степень приживления аутодермотрансплантата оценивали визуально в процентах от площади пересажанной кожи.

Результаты и обсуждение. Больным обеих групп проводились операции некротомии в 1–2 сутки, ранняя некрэктомия в 3–7 сутки, этапные и химические некрэктомии, в последующем аутодермопластики. Время до первой операции увеличивалось, если имела место поздняя госпитализация или больной находился на лечении в других лечебно-профилактических учреждениях и в последующем был переведен для оказания специализированной медицинской помощи в ожоговое отделение, где проводилась предоперационная подготовка. Первое оперативное вмешательство лицам группы сравнения проводилось в среднем через 11,20±6,35 дня с момента получения травмы. Пациентам основной группы первое оперативное вмешательство проводилось в среднем через 11,47±7,3 дня с момента получения травмы. Площадь забора аутодермотрансплатата у пострадавших в группе сравнения составляла от 250 до 1200 см^2, в среднем 774,09 ± 261,84 см^2, у больных основной группы – от 50 до 1200 см^2, в среднем – 782,35±269,22 см^2.

Результаты аутодермопластик оценивали по площади приживления аутодермотрансплантата. Минимальный процент приживления в группе сравнения составлял 30 %, максимальный – 100%, в среднем этот показатель был равен 92,84±7,82 %. В основной группе минимальный процент приживления составил 50%, а максимальный процент 100%. В среднем показатель приживления в основной группе оказался несколько выше – 97,11 ±8,7 %.

Выполнение волнообразной и контурной некротомии позволяет увеличить длину, глубину и площадь разрезов, вследствие чего увеличивается выход токсических продуктов через раневую поверхность в повязки. Традиционная некротомия не всегда позволяет предупредить инфицирование ран и уменьшить степень аутоинтоксикации.

Таким образом, для снижения степени аутоинтоксикации и сокращения сроков подготовки ожоговой раны к аутодермопластике при лечении глубоких и пограничных термических ожогах целесообразно проводить волнообразную и контурную некротомия. С целью увеличения площади закрытия ожоговых ран, экономии донорского ресурса при аутодермопластике необходимо использование послойных расщепленных перфорированных аутодермотрансплантатов.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Ахмедов Ю.М., Аминов У.Х., Хакимов Э.А., Шакиров Б.М., Тагаев К.Р., Некбаев Х.С.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Проведен пнализ результатов лечения 148 обожженных в острой стадии ожоговой болезни. Патогенетическое лечение данной категории больных предусматривало коррекцию гиповолемии, инотропную, респираторную и нутритивную поддержку. Применение кардиореспираторной поддержки позволило нам оптимизировать процесс транспорта кислорода, предупредить острое паренхиматозное повреждение легких, стабилизировать показатели центральной гемодинамики и прервать процесс развития синдрома полиорганной недостаточности.

Инотропная поддержка осуществляется всем обожженным с клиникой ожогового шока в связи с дисфункцией миокарда. Кардиотропная терапия проводилась дофамином в дозах 3–5 мкг/кг/мин, который вводится круглосуточно микроструйно. Для ранней респираторной поддержки осуществляли подачу увлажненного кислорода, по показаниям проводили искусственную вентиляцию легких у 47 обожженных с тяжелым ожоговым шоком.

Комплексное лечение пациентов с ожоговой болезнью невозможно без адекватной и ранней нутритивной поддержки, поскольку в патогенезе термической травмы важнейшую роль играет гиперметаболический синдром, который проявляется повышением уровня основного обмена до 180-200%, катаболизмом альбуминов и глобулинов сыворотки крови.

Нами изучена динамика клинико-лабораторных показателей крови у обожженных с ожоговой болезнью без и с применением энтерального питания. Установлено, что в период ожогового шока имеется задержка воды и натрия и увеличение массы тела, а увеличение массы тела более чем на 8-10% указывает на гипергидратацию. Масса тела возвращается к исходной, у больного с ожоговой поверхностью от 10 до 20%, к 4–5 суткам. После указанного периода отмечается прогрессивная потеря воды. Уменьшение массы тела в этом периоде связано с катаболизмом мягких тканей, в частности, жировой, мышечной и углеводных запасов. Нами установлено, что у обожженных резко, почти в 2 раза, увеличивается уровень основного обмена, катаболизм альбуминов на 30–45%.

Количество калорий, необходимое обожженному, определяли по формуле M.Hildreth и соавт. (1982): 1800 ккал/м^2 поверхности тела/сут. (физиологические потребности) + 2200 ккал/м^2 площадь ожога/сут (дополнительные калории, необходимые для восполнения затрат, возникающих в результате ожога). Нутритивную поддержку начинали в среднем через 12–24 часа с момента получения травмы. Учитывая неспособность большинства больных в состоянии тяжелого ожогового шока к энтеральному питанию в связи с парезом желудочно-кишечного тракта, обеднением кишечной стенки кровотоком, большая часть объема вводилась внутривенно. При парентеральном питании в качестве донаторов пластического материала наиболее эффективны растворы кристаллических аминокислот (левамин, вамин, инфезол, аминопед и др.), для калорической поддержки – концентрированные растворы глюкозы (20%), и жировые имульсии (интрали-

пид, липифизан, липофундин и др.).

У большинства обожженных со 2–3 суток становится возможным комбинированное (энтеральное+парентеральное) питание. Постепенно на долю энтерального питания приходится до 65-80% вводимого калоража и азота. В качестве средств для данного варианта искусственного питания наиболее эффективна энтеральная смесь – Зонд III, составленный в Самаркандском филиале РНЦЭМП.

Объем и скорость энтерального питания определяли индивидуально. Мы применяли периодическое (сеансовое) питание больных по 4–6 ч, с перерывами на 2–3 ч, от 450 до 850 мл ежедневно в течение 2–3 недель после ожога. Каких-либо осложнений энтерального питания не наблюдали. У обожженных энтеральное питание сочетались с применением витаминов Е, А, С – то есть витаминов-антиоксидантов.

Таким образом, при комплексном лечении ожоговой болезни предпочтение следует отдавать энтеральному питанию которое более физиологично, намного дешевле парентерального, не требует строгих стерильных условий и практически не вызывает опасных для жизни осложнений. Ранняя нутритивная поддержка при ожоговой болезни не только предупреждает развитие гипопротеинемии, но и анемию, которое является спутником термической травмы. Благодаря восстановлению некоторых показателей крови становится возможным проводить некрэктомии и раннюю аутодермопластику у обожженных с глубокими ожогами, что способствует улучшению качества жизни.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ

Ахраров Б.М., Сирожитдинов У.К., Расулов А.Ф., Ортиков А.Б.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Травматические повреждение селезенки составляют от 15 до 35 % всех повреждений органов брюшной полости. Лечение травмы селезенки остается актуальной проблемой еще и потому, что в последнее время доказана важная роль этого органа в иммунологической защите организма. Сообщают о тяжелых инфекционных заболеваниях, часто с молниеносным течением, у больных, перенесших ранее спленэктомию.

Наш опыт основан на лечении 24 больных, которые в течение последнихе двух лет находились во 2 хирургической отделении ФФРНЦЭМ. Мужчин было 15 (62,5 %), женщин 9 (37,5%). Возраст больных – от 17 до 65 лет, 85% больных были в возрасте от 30 до 50 лет.

Клиническая картина травмы селезенки, особенно при сочетанных повреждениях органов брюшной полости, часто была нечеткой. Все больные поступали в стационар с клиническими признаками внутреннего кровотечения разной степени выраженности. Болевой синдром в левом подреберье наблюдался у всех больных, боль часто отдавала в левое плечо. Всем больным при травме живота проводилось комплексное обследование (общий анализ крови и мочи, УЗИ селезенки, при необходимости обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости), при котором определялся характер и размеры повреждения, количество излившейся в брюшной полости крови. В неясных случаях для уточнения диагноза проводилась лапароскопия. В настоящее время мы придерживаемся принципов органосохраняющих операций при разрывах селезенки. В то же время выполнить органосохраняющие операции удается далеко не всегда, так как довольно высок удельный вес тяжелых повреждений.

Считаем, что абсолютными показаниями к спленэктомии являются повреждения сосудов ножки селезенки, размозжения селезенки, разрывы, в области ворот и профузные кровотечения, множественные повреждения органов и перитонит.

Спленэктомия выполнена у 22 больных. При объемных кровопотерях произведена реинфузия крови. При надрывах и небольших размерах раны у 2 больных проведено ушивание раны селезенки. Во избежание прорезывания швов на края разрыва в качестве прокладок применялся участок большого сальника на питающей ножке, у 2 больных использовалась электроагуляция раневой поверхности, у 1 – гемостатическая губка.

Таким образом, при подозрении на закрытую травму селезенки УЗИ и диагностическая лапароскопия должны быть стандартом диагностики. По возможности предпочтение следует отдавать органосохраняющим операциям.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЖИРОВАЯ ЭМБОЛИЯ. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Ачилов А.С., Шахзадаев Н.Ш., Пармонов Т.М., Шукуруллаев А.Р.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучение ранних симптомов жировой эмболии (ЖИ) и разработка методов снижения летальности.

Материал и методы. В Джизакском филиале РНЦЭМП изучено 8 историй болезни и протоколов лечения больных с сочетанной травмой, у которых были диагностированы различные формы жировой эмболии. 6 (75%) пострадавших были моложе 60 лет, 2 (25%) – старше 60 лет. Мужчин было 6 (75%), женщин – 2 (25%). Сочетанная травма живота отмечалось у – 1 (13%), сочетанная травма груди у – 3 (37%), сочетанная ЧМТ у – 4 (50%).

Результаты. В соответствии со схемой дыхательная недостаточность с тахипноэ, диспноэ и цианозом, а также снижением PaO_2, повышением PaO_2 выявлено у 7 (87,5%) пациентов с ЖЭ, нарушение сознания и неврологическая симптоматика наблюдались у 5 (62,5%) больных, петихиальная сыпь на слизистых оболочках и коже по передней поверхности груди и шеи – у 5 (62,5%), стойкая тахикардия – у 7 (87,5%), гипертермия – у 6 (66%), изменения на сетчатке – у 3 (37%), тромбоци-

топения – у 2 (25%). Жир в моче обнаружен у 7 (87,5%) обследованных. Клинические признаки у 3 (37%) пострадавших появились в течение 24 часов у 5 (62,5%) – в течение 48 часов. На обзорной рентгенографии грудной клетки изменения в виде характерных диффузных инфильтративных изменений лёгочной ткани, расширения правой границы сердца в течение 48–72 часов наблюдались у 6 (75%) пациентов с ЖЭ. Из этого можно сделать вывод, что легочные проявления с последующим развитием дыхательной недостаточности относятся к наиболее важным клиническим проявлениям ЖЭ.

Следует отметить, что одной из самых сложных задач лечения больных с ЖЭ является устранение гипоксемии и обеспечение адекватного газообмена. С этой целью традиционно используется интубация трахеи с последующей ИВЛ. Однако, на наш взгляд, перспективным является использование различных методик неинвазивной вентиляции лёгких (НВЛ) с положительным давлением в конце выдоха. Лечебное действие этого режима при ЖЭ малого круга обусловлено тем, что положительное давление в дыхательных путях увеличивает количество и размеры функционирующих альвеол, раскрывает коллабированные альвеолы, благодаря чему снижается альвеолярный шунт, улучшается вентиляционно-перфузионное соотношение и газообмен. Эту методику мы применили у 5 пациентов с выраженной одышкой с участием вспомогательной дыхательной мускулатуры. С целью улучшения прогноза заболевания традиционно использовали 33% раствор этилового спирта в/в капельно, эссенциале форте и фраксипарин в профилактической дозе.

Вывод. Своевременное распознавание ранних симптомов ЖЭ является очень важным в аспекте последующей срочной респираторной поддержке, что наряду с другими мерами интенсивной терапии, может предотвратить прогрессирование патологического процесса, снизить частоту клинических проявлений ЖЭ и летальность от этого осложнения.

ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Ашуров З.И., Шарифбаев С.А., Исмаилов О.А., Каримбаев Ш.Т., Исмаилов А.И., Эгамбердиев Р.Х.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Нами изучены ошибки и осложнения при выполнении ТПФ позвоночника. В нейрохирургическом отделении НФ РНЦЭМП в 2008–2012 гг. выполнено 96 операций с использованием систем транспедикулярная фиксации позвоночника на грудном и поясничном отделе позвоночника. Мужчин 64, женщин – 32. Возраст пациентов – от 15 до 45 лет.

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, что может быть обусловлено нарушенной целостностью корней дуг позвонков, ротационными смещениями позвонков на уровне стабилизации и др.

Травма дурального мешка отмечалась у 3 (3,1%) больных: в поясничном отделе – 2, в грудном – 1. Введение винта в межпозвонковый диск или с нарушением траектории имело место у 3 (3,1%) больных. Переломы винтов наблюдались у 2 (2,1%) пациентов, смещение опорных стержней у 5 (5,2%). Причинами переломов винтов чаще всего было изменение направления введения (углов наклона), что приводило к значительному усилению нагрузки на винт в месте его соединения с опорным стержнем. 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 2 (2,1%) больных. Инфекционныхе осложнения были у 4 (4,2%) больных. Радикулопатия чаще при ТПФ грудного отдела позвоночника отмечалась у 6 (6,25%) больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ГЕМАТОМ МОЗЖЕЧКА

Ашуров У.А., Шарифбаев С.А., Ашуров З.И.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В структуре острых нарушений мозгового кровообращения геморрагический инсульт составляет 8–15%. На долю гипертензивных гематом мозжечка приходится 5–10% всех внутримозговых кровоизлияний. Основной причиной нетравматических мозжечковых кровоизлияний является гипертоническая болезнь. Менее 40% кровоизлияний в мозжечок обусловлены разрывом сосудистых мальформаций, нарушениями свертываемости крови, амилоидной ангиопатией и более редкими причинами. Для инсульта мозжечка характерно развитие кровоизлияний по типу гематомы. В первые часы кровоизлияния не происходит значительного разрушения ткани мозга. Гематомы формируются преимущественно в бассейне ветвей верхней мозжечковой артерии (ВМА) и задней нижней мозжечковой артерии (ЗНМА), которые наиболее часто поражаются при гипертонической болезни и являются источником кровоизлияния. В отличие от геморрагических инсультов (ГИ) супратенториальной локализации, при которых повреждение мозга обусловлено рядом патологических процессов (снижением регионарного мозгового кровотока, церебротоксическим эффектом продуктов распада внутримозговой гематомы, апоптозом, воспалением и т.д.), при ГИ мозжечка основным фактором в патогенезе заболевания является масс-эффект и связанные с ним дислокация ствола мозга и окклюзионная гидроцефалия. Огра-

ниченный объем задней черепной ямки (93–154 см^3) и близость расположения ствола головного мозга являются причиной того, что при превышении критического объема гематомы (14 см^3), развивается дислокация ствола. Такое расположение гематомы обусловливает, как правило, бурное клиническое течение заболевания с развитием характерной неврологической симптоматики поражения мозжечка, ствола и острой окклюзионной гидроцефалии. (Но окклюзионная гидроцефалия может развиваться не только при сдавлении ствола и его ликворопроводящих путей).

Из 10 больных, оперированных по поводу геморрагического инсульта (ГИ) головного мозга в Наманганском филиале РНЦЭМП, у 2 были были ГИ мозжечка. У обоих была клиника окклюзионной гидроцефалия. При этом сдавление IV желудочка стало причиной развития гидроцефалии. У обоих больных гематомы располагались в полушариях мозжечка. Специфические клинические проявления поражения мозжечка и ствола головного мозга у пациентов с нарушением сознания наблюдали у обеих больных, что позволяет локализовать патологический процесс уже при первичном осмотре больного. Уровень сознание оценивалась по шкале Хант-Хесс.

Показание к операции – гематомы мозжечка объемом 14 см^3 и более или максимальный ее диаметр более 3 см, сдавление ствола мозга, развитие окклюзионной гидроцефалии. Абсолютными противопоказаниями к хирургическому лечению больных с ГИ мозжечка считают угнетение бодрствования до глубокой или запредельной комы, сопровождающееся нестабильной гемодинамикой, выраженное разрушение ствола головного мозга. Относительные противопоказания к хирургическому лечению такие же, как и при ГИ другой локализации: тяжелая коагулопатия, декомпенсированный сахарный диабет, сердечно-сосудистая, легочная, почечная недостаточность и другие тяжелые соматические заболевания, возраст старше 70–75 лет.

Наиболее распространенным методом хирургического лечения ГИ мозжечка является декомпрессивная трепанация задней черепной ямки и удаление гематомы. Обоим больным выполнено открытое удаление гематомы мозжечка. Такая операция позволяет быстро удалить кровоизлияние, снизить внутричерепное давление, выявить и удалить возможную сосудистую мальформацию. К недостаткам этого хирургического вмешательства можно отнести его относительную длительность и травматичность и, следовательно, более высокую частоту развития послеоперационных осложнений. Тем не менее у больных с развернутой картиной сдавления ствола, развитием острой окклюзионной гидроцефалии экстренная декомпрессия задней черепной ямки и удаление гематомы – операция выбора.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ С АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСНАЗАЛЬНОЕ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ

Бабаханов Б.Х., Кариев Г.М., Алтыбаев У.У., Асадуллаев У.М., Закиров К.С.

Республиканский научный центр нейрохирургии

При аденомах гипофиза одним из методов лечения является удаление их трансназальным транссфеноидальным доступом. Область носа богато иннервирована нервными окончаниями и хорошо кровоснабжается. При анестезии этих больных, помимо общего интубационного наркоза, применяется местная анестезия комбинированными анестетиками, содержащими эпинефрин. Эпинефрин не только полноценно обезболивает операционную область, но и благодаря сосудосуживающему эффекту уменьшает кровоточивость.

Цель исследования. Оценка действия комбинированной анестезии у больных с аденомами гипофиза, перенесших удаление трансназальным транссфеноидальным доступом.

Методы исследования. В 2012–2013 гг. в отделении миниинвазивной нейрохирургии Республиканского научного центра нейрохирургии проведено хирургическое лечение 32 больных с аденомами гипофиза транссфеноидальным доступом. Комбинированная анестезия, общий интубационный наркоз + подслизистая анестезия артикаином, содержащим эпинефрин 1:200000, изучена у 28 больных с аденомами гипофиза, перенесших удаление трансназальным транссфеноидальным доступом, и у 4 больных, которым был дан только общий интубационный наркоз.

Результаты. В группе больных, у которых проводился общий интубационный наркоз+подслизистая анестезия носа артикаином во время операции отмечалось значительно менее интенсивное кровотечение. Показатели гемодинамики оставались стабильными.

В послеоперационном периоде дополнительного обезболивания анальгетиками не потребовалось. У больных, которым проводился только общий интубационный наркоз, наблюдалось довольно интенсивное кровотечение во время операции, что вызывало большую трату времени на гемостаз коагулированием и использованием гемостатических средств. В этой группе больных нарушения гемодинамики не наблюдалось. В раннем послеоперационном периоде этим больным потребовалось введение анальгетиков.

Заключение. Таким образом, комбинированная анестезия у больных с аденомами гипофиза значительно облегчает выполнение операции и не требует дополнительно обезболивания анальгетиками в раннем послеоперационном периоде.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА ХЛОРИДА НАТРИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКОМ

Бегалиев С.М,, Айтеков Б.Ш., Тен Л.В., Матмуратова Г.К., Оллоберганов М.Й.
Нукусский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Оценка применения гипертонического раствора хлорида натрия у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой с травматическим шоком.

Материал и методы. Тяжелая сочетанная травма, как правило, сопровождается травматическим шоком различной степени тяжести, основным патогенетическим механизмом развития которого является гиповолемия.

Наряду с общепринятыми методами (своевременная коррекция ОЦК, адекватная гемо-, плазмотрансфузия) представляет интерес использование при шоке 5 % раствора натрия хлорида. При высокой осмолярности (1600 мосм/л) раствора, истинном дефиците натрия, развивающейся при кровопотере, гипертонический раствор способствует компенсаторной аутогемодилюции - перемещению межтканевой жидкости в русло крови. В литературе имеются также данные о сенсибилизирующем влиянии натрия на адренергические рецепторы по отношению к катехоламинам.

В НфРНЦЭМП в 2011–2012 гг гипертонический раствор натрия хлорида был использован у 21 больного с сочетанной ЧМТ, сопровождающейся травматическим шоком, в раннем посттравматическом периоде. Объем инфузии составил 4 мл/кг в течение 5 минут в сочетании с раствором стабизола. При этом достигалось быстрое повышение артериального давления, улучшение системного кровотока. Несмотря на кратковременность эффекта (не более 60 мин), была достигнута относительная стабилизация центральной гемодинамики на этапе исключения внутреннего кровотечения, о чем свидетельствовали показатели SpO_2, центрального венозного и артериального давления.

У 18 пациентов контрольной группы применялись обычные методики, при этом увеличивалось время периода гипотонии и запускались связанные с этим патологические реакции, ухудшающие в дальнейшем течение заболевания и прогноз.

Таким образом, использование гипертонического раствора натрия хлорида у больных с сочетанной ЧМТ, сопровождающейся тяжелым травматическим шоком, целесообразно в виду его эффективности, невысокой стоимости и простоты использования. Однако традиционные принципы инфузионной терапии остаются основополагающими.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Бердиев С.Х., Холлиев Ш.Б., Маматов М.М.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Проанализирован опыт хирургического лечения 28 пострадавших, поступивших на лечение в отделение нейрохирургии Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП в 2011 в 2012 гг. в различные сроки после травмы (от нескольких часов до двух недель), в лечении которых была использована дифференцированная тактика лечения переломов грудного и поясничного отделов позвоночника. У 18 больных имелись повреждения поясничного отдела позвоночника, у 7 – грудного отдела позвоночника, у 3 – сочетанные повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника. У 15 больных были сочетанные повреждения конечностей, таза, живота, грудной клетки и головы. Подход к лечению учитывал наличие признаков нестабильности позвоночника, неврологических нарушений и степень их выраженности, нарушение опороспособности тела поврежденного позвонка, степень посттравматического стеноза позвоночного канала. При наличии взрывных переломов тел позвонков со смещением осколков в позвоночный канал у 5 больных произведена передняя декомпрессия спинного мозга с удалением тел поврежденных позвонков, с последующим замещением тел позвонков аутокостью. Остальным больным выполнен задний транспедикулярный спондилодез металлоконструкциями. У 17 из них произведена ламинэктомия с ревизией и декомпрессией спинного мозга.

Выводы. 1. Оперативному лечению подлежат все нестабильные переломы позвонков. 2. Операцию на позвоночнике и костях нижних конечностей целесообразно проводить в возможно ранние сроки с учетом общего состояния пострадавшего. 3. Наиболее адекватным методом фиксации при нестабильных компрес-сионно-оскольчатых переломах тел грудного и поясничного отделов позвоночника является задний транспедикулярный спондилодез погружными металлоконструкциями.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМ АКСОНАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Бобоев Ж.И., Усмонов Л.А., Мирзабаев М.Д.
Республиканский научный центр нейрохирургии

В связи с успехами современной реаниматологии и нейрохирургии все большее число больных переживают кому, однако у некоторых из них восстановление сознания задерживается на длительный срок, а у части больных не восстанавливается вообще.

Цель исследования. Изучение сроков стабилизации состояния и оценка результатов лечения больных с диффузным аксональным повреждением (ДАП).

Материал и методы. Обследован 21 больной в возрасте от 6 до 40 лет с тяжелой черепно-мозговой травмой (мужчин – 6, женщин –15), находившихся в РНЦНХ в 2007 – 2012 гг.

Результаты и обсуждение. На момент первичного осмотра уровень сознания по шкале комы Глазго составлял от 4 до 8 баллов. Среди неврологических симптомов чаще выявлялся парез взора вверх, снижение или отсутствие корнеальных рефлексов, двустороннее угнетение или выпадение окулоцефалического рефлекса, вегетативные расстройства. При компьютерном томографическом исследовании визуализировались мелкоочаговые геморрагии в белом веществе головного мозга, подкорковых и стволовых структурах. Всем пострадавшим проводилась интенсивная терапия по принятым стандартам лечения комые.

Погибли 3 детей и 6 взрослых. Причиной летального исхода явился прогрессирующий отек и набухание головного мозга. У 12 пострадавших наступила стабилизация состояния жизненно важных органов. Уровень сознания у 3 на 28 сутки от момента травмы по шкале исходов Глазго оценен в 5 баллов (тяжелая несостоятельность: физический, познавательный или эмоциональный дефект, исключающий самообслуживание). У 4 больных состояние оценено в 4 балла (нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, глубокий двигательный дефицит). У 5 больных оценка по шкале составила 3 балла (апаллический синдром: функции глубокого нарушения, сохранены фазы сна и бодрствования, больные находятся в условиях специального ухода). В дальнейшем у 2 больных наблюдалась положительная динамика со стороны сознания. Отмечались периоды бодрствования – больные начали фиксировать взгляд, выполнять элементарные команды и узнавать близких.

Таким образом, одним из исходов ДАП мозга является вегетативное состояние – апаллический синдром. Вопрос стандартизации лечения больных с апаллическим синдромом требует дальнейшего изучения.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

В.В.Бойко, Ю.В.Иванова

Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины, Харьков

Цель. Оценка клинической эффективности меропенема (Мепенам фирмы ARTERIUM, Украина) в качестве эмпирической терапии тяжелых интраабдоминальных инфекций (ИАИ).

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 30 пациентов в возрасте от 38 до 77 лет с тяжелой нозокомиальной ИАИ в отделении хирургических инфекций. У 20 пациентов отмечен разлитой послеоперационный перитонит, причиной возникновения которого были несостоятельность швов дигестивных анастомозов (у 9), перфорация острых язв желудка и кишечника (у 5), послеоперационная спаечная непроходимость кишечника (у 3), продолжающийся перитонит (у 3). У 5 пациентов диагностирован резидуальный абсцесс брюшной полости, у 5 — инфицированный панкреонекроз. К группе высокого риска отнесены 11 (44%) пациентов. Все больные оперированы в неотложном порядке после предварительной (не менее 2 ч) предоперационной подготовки, под общим обезболиванием осуществляли устранение и/или ограничение очага инфекции, санацию и дренирование первичных очагов. У 5 пациентов выполнена программированная (от 2 до 4 раз) санация брюшной полости.

Комплекс обследования больных включал динамическую оценку тяжести физического состояния по шкале APACHE II перед операцией и на 5-6-е сутки после нее; контроль клинико-лабораторных и клинико-функциональных параметров, необходимых для наблюдения за больными с тяжелой ИАИ; микробиологические исследования, материалом для которых были перитонеальный экссудат и содержимое гнойных полостей. Материал забирали во время операции и после нее.

Тяжесть состояния больных по шкале APACHE II до операции составляла в среднем 16,3±1,4 балла.

Всем больным после операции, помимо АБТ, назначали инфузионно-детоксикационную, противовоспалительную, иммунотропную терапию, проводили органоспецифическую поддержку. В качестве эмпирической терапии назначали Мепенам по 1 г 3 раза в сутки внутривенно капельно. У 3 пациентов с выраженной почечной недостаточностью Мепенам вводили по 1 г 2 раза в сутки. У 4 пациентов с клиническими признаками сепсиса Мепенам вводили в сочетании с линезолидом. Продолжительность лечения – от 6 до 19 суток, в среднем 9,8±2,9 суток. Максимальная продолжительность терапии обусловлена необходимостью ее проведения у больных, которым осуществляли программированную релапаротомию.

Клинико-лабораторными критериями эффективности АБТ у больных при тяжелой ИАИ считали: снижение температуры тела, уменьшение количества лейкоцитов и выраженности палочкоядерного сдвига, регресс других симптомов системного воспалительного ответа, улучшение показателей газового состава крови, возможность прекращения искусственной вентиляции легких, регресс абдоминальных симптомов.

Клиническую эффективность оценивали по следующим критериям: выздоровление — полное устранение всех признаков заболевания; улучшение — улучшение состояния, но без полного исчезновения признаков и симптомов заболевания при отсутствии необходимости проведения дополнительной АБТ; отсутствие эффекта — отсутствие клинического улучшения или ухудшение состояния на фоне терапии, необходимость применения другой схемы АБТ; рецидив — выздоровление или улучшение состояния до завершения лечения с последующим ухудшением или повторным возникновением симптомов заболевания; невозможно оценить — при прекращении лечения по какой—либо причине менее чем через 48 ч после его начала в случае прогрессирования другого патологического процесса, который не устраняется при назначении исследуемых препаратов. Положительный клинический эффект включал выздоровление пациента и улучшение состояния; другие критерии свидетельствовали о

недостаточной эффективности терапии.

Бактериологическую эффективность оценивали в конце лечения по следующим критериям: элиминация возбудителя — исчезновение первичных возбудителей; вероятная элиминация — невозможность получить материал для микробиологического исследования при достижении положительного клинического эффекта; элиминация с суперинфекцией — выделение при повторных бактериологических исследованиях новых микроорганизмов из очага первичной локализации инфекционного процесса на фоне появления или прогрессирования клинических признаков инфекции; персистирование — сохранение первичного возбудителя; рецидив — элиминация с последующим появлением возбудителя во время лечения.

Элиминацию и вероятную элиминацию оценивали как положительный бактериологический эффект.

Результаты и обсуждение. Положительный клинический эффект отмечался у 22 пациентов (выздоровление — у 19, улучшение — у 3); неэффективность терапии — у 3 (отсутствие эффекта — у 1, рецидив — у 2). Терапия оказалась неэффективной у 2 больных при инфицированном панкреонекрозе и у 1 — при перфорации острых язв желудка и кишечника. 4 больных умерли от некорригированного СПОН. Таким образом, клиническая эффективность эмпирической АБТ с применением Мепенама достигнута у 88% пациентов. Такой результат достаточно значимый, учитывая, что прогнозированная летальность у исследуемого контингента больных превышала 50%.

По данным микробиологических исследований, проведенных у всех больных, выявлены 32 штамма возбудителей, в том числе 96% — грамотрицательных, 28% — грамположительных, 28% — полирезистентных.

Положительный бактериологический эффект достигнут у 23 (92%) больных. При этом, полная элиминация выявлена у 11 (44%), у 3 (12%) — из-за отсутствия дренажей клиническая эффективность результата лечения оценена как вероятная. Эрадикация Ps. aeruginosa достигнута у 83,3% больных, персистенция возбудителя — у одного (после программированной релапаротомии), рецидивы не отмечены.

Полученные результаты подтверждают высокую эффективность Мепенама в отношении синегнойной инфекции. Кроме того, широкий спектр антимикробной активности исследуемого препарата, сопоставимый с таковой по данным литературы об эффективности меропенема, дает возможность использовать его в качестве эмпирической терапии при тяжелых гнойно-воспалительных процессах в брюшной полости.

Побочные реакции в виде тошноты в первые сутки введения препарата возникли у одного пациента, что не потребовало отмены препарата.

Таким образом, результаты проведенного исследования доказывают высокую клиническую эффективность Мепенама (фирмы ARTERIUM, Украина) в качестве средства для эмпирической терапии тяжелых ИАИ, в том числе, вызванных P. aeruginosa, что позволяет рекомендовать его как препарат выбора в лечении данной категории пациентов.

АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ: ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Бурнашев М.И., Мирзабаев М.Д., Исакулов Ш.Р.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Проанализированы результаты лечения 12 больных с АВМ сосудов головного мозга, находившихся на лечении в отделении общей нейрохирургии Республиканского научного центра нейрохирургии. Всем больным произведено клинико-неврологическое обследование, МРТ с контрастированием, а затем операции прямого микрохирургического удаления. Возраст пациентов — от 19 до 47 лет, длительность клинических проявлений эписиндрома — от 3 недель до 36 лет.

У 3 (25%) больных АВМ клинически проявлялись симптомами внутричерепных кровоизлияний, у 7 (58,3%) – эписиндромом, у 2 (16,7%) — сочетанием эписиндрома и симптомов внутричерепных кровоизлияний. В неврологическом статусе очаговые двигательные и чувствительные нарушения отмечались у 5 (41,6%) больных. Все АВМ кровоснабжались из бассейнов основных ветвей внутренней сонной артерии, передней мозговой артерии, средней мозговой артерии, задней мозговой артерии. АВМ малых размеров имели место у 7 (58,3%) больных, средних — у 4 (33,3%), крупные —у 1 (8,4%).

Всем больным произведено открытое удаление АВМ. В послеоперационном периоде с целью профилактики неврологических осложнений назначали сосудистые препараты (кавинтон, трентал) парентерально в течение 5 дней. В случаях возникновения очаговой неврологической симптоматики эти же препараты назначали на более длительный срок и в больших дозах. Кроме того, при наличии неврологических осложнений мы применяли ноотропы (ноотропил, пирацетам), низкомолекулярные декстраны (реополиглюкин).

Из 3 пациентов с АВМ, страдающих судорожными припадками, полное прекращение приступов или инвертирование их структуры до степени лишь отдельных эпиэквивалентов отмечалось у 2 (16%%) больных. Из 12 больных с АВМ, клинически проявлявшихся эпиприпадками, у 3 (25%) в раннем послеоперационном периоде имели место гемипарезы различной степени выраженности (1), гемиплегия с элементами моторной афазии (1).

Выводы. 1. АВМ сосудов головного мозга у большинства больных проявляют себя эпилептическими припадками различных видов (по нашим данным, у 16,7% больных). 2. С учетом угрозы развития внутричерепных кровоизлияний при АВМ лечение больных должно быть только хирургическое.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ РАННЕГО ПЕРИОДА ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Валиев Э.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Успех лечения больных с тяжелой сочетанной травмой в значительной степени зависит от правильно поставленного диагноза, проведенного лечения и, если возможно, профилактики осложнений, которые возникают практически у всех пострадавших, начиная с этапа скорой помощи. Осложнения – это один из тех критериев, по которому можно судить о качестве лечения.

Нами проведен ретроспективный анализ осложнений раннего периода травматической болезни с сочетанной травмой, которые развивались у больных в процессе лечения.

В отделе травматологии РНЦЭМП на лечении находился 5951 пациент с сочетанными повреждениями. Преобладали лица мужского пола (68,8%) молодого трудоспособного возраста 21–50 лет – (67,4 %). В результате ДТП травму получили 67,4% пострадавших, при кататравма падении с высоты – 19,7%.

В зависимости от доминирующей патологии больные были разделены на три группы: 68,2% – с сочетанными повреждениями черепа и ОДА; 19,2% – с сочетанными повреждениями внутренних органов и ОДА, 12,6% – с множественными повреждениями ОДА. У 35,8% пострадавших были выявлены различные осложнения течения травматической болезни, объединены в группы на основании сходства причин и механизма развития.

Гнойно-септические осложнения, развивающиеся как в зоне повреждения (нагноение ран, ушибов, переломов, флебит, перитонит, эвентрация, вторичные кровотечения), так и вне этой зоны (пневмония, плеврит, трахеит, бронхит, цистит, пиелит, перитонит, сепсис).

Нарушения реологических свойств крови в сочетании с микроциркуляторными и трофическими расстройствами (постгеморрагическая анемия, жировая эмболия, тромбоэмболия, флеботромбозы, отек легкого, головного мозга, пролежни).

Токсические осложнения (острая почечная недостаточность, энцефалопатия, интоксикационные психозы).

Прочие осложнения (обострение сопутствующих хронических заболеваний и др.).

Технические осложнения (неудовлетворительное стояние отломков поврежденных сегментов после операции, повторные их смещения), т.е. те, которые требовали повторных манипуляций.

Анализ показал, что ведущее место занимают гнойно-септические местные и общие осложнения, которые отмечались у 53,1% больных. У тяжелопострадавших с сочетанными травмами в основном наблюдались легочные осложнения: пневмонии – у 20,2%, трахеобронхит – у 7,2%. Инфекции мочевых путей в виде цистита и пиелита отмечено у 28,7 % пострадавших. Менингит, менингоэнцефалит наблюдался у 7,8% больных. Сепсис при сочетанной травме наблюдался в пять раз чаще, чем при изолированных повреждениях. У 9,3% больных на основании клинико-лабораторных данных был диагностирован сепсис.

Поскольку большинство пострадавших с сочетанной травмой подвергались экстренным оперативным вмешательствам, у них развивались различные послеоперационные осложнения. В зависимости от локализации оперативного вмешательства эти осложнения подразделяли на абдоминальные (4,3 %), торакальные (8,9%), нейрохирургические (7,8%), урологические (28,7%) и прочие (16,3%). К собственно травматологическим осложнениям мы отнесли нагноение ран мягких тканей при открытых переломах, которые наблюдались у 7,6% пострадавших.

Большую группу составили пострадавшие с нарушением реологических свойств крови в сочетании с микроциркуляторными и трофическими расстройствами (35,8%). Сюда включены постгеморрагическая анемия, жировая эмболия, тромбоэмболия, флеботромбозы, отек легкого и головного мозга, пролежни.

Частым осложнением течения травматической болезни является гипохромная анемия, которая отмечалась у 60,3% пострадавших. Одним из грозных осложнений течения травматической болезни является жировая эмболия, которая наблюдалась у 10,0% больных. Клиническая картина синдрома жировой эмболии развивалась после «светлого промежутка» в сроки от 12 до 72 часов после госпитализации.

Тромбозы и флеботромбозы редко являются прямым результатом травмы. Обычно они возникали во втором периоде травматической болезни после более или менее длительного пребывания больных в постели. Илиофеморальный тромбоз с типичной клинической картиной наблюдался у 6,3% больных. Клиническая картина тромбоэмболии легочной артерии развилась у 4,1% больных. Пролежни имели место у 9,4% пациентов.

Таким образом, развитие всевозможных осложнений не следует рассматривать как неизбежное течение тяжелой сочетанной травме. В профилактике возможных осложнений при сочетанных травмах первостепенную роль играют сроки, полнота лечебных мероприятий, адекватная хирургическая тактика и грамотное ведение больных на всех этапах с учетом динамики течения травматической болезни.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ТЯЖЕЛЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПОЛУСИНТЕТИЧЕСКИМИ И СИНТЕТИЧЕСКИМИ ОПИАТНЫМИ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Васильев С.А., Ливанов Г.А., Батоцыренов Б.В.

ГБУ СПб НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Цель исследования. Совершенствование интенсивной терапии острых отравлений наркотиками опиатного ряда.

Материал и методы. 450 больных с острыми тяжёлыми отравлениями опиатными наркотиками. Исследовалась динамика клинического состояния; проводились электроэнцефалографическое исследование, ультразвуковая допплерография сосудов головного мозга, психофизиологические тесты.

Результаты и обсуждение. В стационаре в случае острых тяжёлых отравлений опиатами клиническая картина манифестирует тремя основными признаками: острая дыхательная недостаточность (преимущественно центрального генеза, но может встречаться и смешанный вариант), острая церебральная недостаточность, миоз с отсутствием фотореакции.

Использование антидота налоксона, согласно нашему опыту, имеет ряд ограничений: налоксон является препаратом короткого действия, поэтому его однократного введения при острых отравлениях метадоном недостаточно; требуются многократные повторные введения; в случаях длительной экспозиции опиатного наркотика на догоспитальном этапе и выраженных признаков гипоксии применение налоксона, как и дыхательных аналептиков, может спровоцировать отёк головного мозга и отёк лёгких, справиться с которыми удаётся далеко не всегда.

Нами была предложена и активно используется в клинике острых отравлений концепция этапной нейрометаболической терапии. В данной концепции реализовано своевременное применение нейротропных лекарственных препаратов с учётом периода течения острой церебральной недостаточности. Применяемые дозы близки к максимально разрешённым.

Данная концепция прошла апробацию в реанимационном отделении в процессе клинического обследования и лечения 450 больных с острыми тяжёлыми отравлениями опиатными наркотиками. Получены следующие клинические критерии эффективности нейрометаболической терапии (НМТ):

	Стандартная терапия	Этапная НМТ
Длительность комы, ч	23,5±3,1	15,1±3,0*
Длительность психотических расстройств, ч	15,5±4,2	8,3±2,5*
Выраженность астении, отн. ед.	64,1±3,3	23,0±4,9*
Психоорганический синдром, абс.	54	7

* p<0,05.

Выводы. 1. В структуре острых отравлений опиатными наркотиками с нарастающими темпами преобладают острые отравления метадоном (соотношение героин/метадон составило 3/1 в 2011 г., 1/3 – в 2012 г. и 1/5 в первые шесть месяцев текущего года). 2. Ввиду большого количества осложнённых форм острых отравлений, а также растущего числа отравлений метадоном использование антидотной терапии ограничено, так как может повлечь за собой возникновение тяжёлых осложнений. 3. Проведение нейрометаболической терапии должно быть ранжировано с учётом периода течения острой церебральной недостаточности и начинаться только после восстановления адекватной доставки кислорода к тканям.

ПРОФИЛАКТИКА ИНДУКЦИОННЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭКСТРЕННОЙ ВЕРТЕБРОЛОГИИ

Гафуров Б.З., Пахмурин И.Р., Дусматов А.Ю., Ташланов М.М.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Постуральная гипотензия в условиях анестезии при вертебрологических операциях развивается вследствие недостаточности компенсаторных симпатических реакций и нарушения венозного возврата. Выбор анестезиологического обеспечения больных с острой вертебрологической патологией определяют показания к экстренному или отсроченному оперативному вмешательству, которые, в свою очередь, зависят от степени выраженности или возможности развития постишемических изменений в спинном мозге.

К факторам, определяющим выбор тактики анестезиологического обеспечения, относят также и невыгодные физиологические положения на операционном столе, так как положение на животе, при котором выполняется основная масса вертебрологических операций ведет к сдавлению органов брюшной полости и повышению внутрибрюшного давления, что вызывает повышение сопротивления дыханию на вдохе с нарушением вентиляционно-перфузионных соотношений, гипертензии в нижней полой вене и усилению кровоточивости.

С целью выбора оптимального варианта введения в анестезию для обеспечения стабильной гемодинамики при экстренных вертебрологических операциях изучены результаты 34 анестезий, проведенных в 2011-2012 гг. при экстренных операциях на позвоночнике, выполненных в положении больного на животе. Пациенты 1-2 класса ASA (мужчин 22, женщин 12; возраст 35,5±7,5 года) распределились следующим образом: в 1-й группе у 17 пациентов для индукции анестезии использовали 1% раствор тиопентал-натрия 6-8 мг/кг; во 2-й также у 17 больных применяли – комбинированное введение кетамина 2-3 мг/кг и пропофола в той же расчетной дозе. В период индукции проводили инфузионную нагрузку кристаллоидными растворами 10 мл/кг.

Интубацию трахеи в группах выполняли после введения фентанила 2-3 мкг/кг и пипекурония 0,1 мг/кг. Изучение постуральные реакции системы кровообращения (АДс, АДд, ЧСС) и регистрацию эпизодов гипотензии (снижение АД менее 90 мм рт. ст.) осуществляли на этапах: после индукции, в положении на спине, в положении на животе.

Гемодинамику исследовали неинвазивным способом с помощью кардиомонитора Митар (Россия).

Вывод. Независимо от использованных для индукции анестезии препаратов перемещение пациентов в ПЖ сопровождалось постуральными реакциями гемодинамики, которые не носили критического характера (таб.), но методика анестезии на основе кетофола 1:1 по сравнению с барбитуровой индукцией тиопенталом натрия характеризовалась более стабильными показателями гемодинамики.

Изменения гемодинамики и частота гипотензии в 1-й и 2-й группах, M±m

Группа	Показатель	Индукция	На спине	ПЖ
1 2	АДс,мм рт.ст.	115,5+3,5 105,5+2,5	110,5+2,5 115,5+4,5	105,5+3,5 110,5+4,5
1 2	АДд,мм рт. ст.	75,5+2,5 65,5+2,5	70,5+2,5 75,5+4,5	65,5+2,5 75,5+4,5
1 2	ЧСС,уд/мин	85,5+5,5 67,5+3,5	80,5+1,5 82,5+2,5	75,5+4,5 80,5+4,5
1 2	Эпизоды гипотензии, абс. (%)	5 (14,7) 2 (5,9)	3 (8,8) 1 (2,9)	5 (14,7) 1 (2,9)

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Гофуров А.Н., Юлдашев М.Х., Холмурзаев Б.Ф.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Нами изучены результаты лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений у 703 больных в возрасте от 18 до 93 лет (средний возраст – 48,0±0,67 года). Больных старше 60 лет было 218 (31,0%) человек, т.е. почти каждый третий пациент. Мужчин было почти в два раза больше, чем женщин – соответственно 464 (66,0%) и 239 (34,0%).

Основным методом диагностики гастродуоденальных кровотечений остается ЭГДФС. Так, по результатам эндоскопии было выявлено, что хроническая язва желудка была источником кровотечения у 41 (5,8%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – у 581 (82,6%). В последние годы на фоны увеличения контингента лиц, принимающих аспирина и нестероидные противовоспалительные препараты, все чаще поступают больные с острой язвой желудка и двенадцатиперстной кишки – таковых в наших наблюдениях было 78 (11,1%). 3 (0,4%) больных поступили с кровотечениями из пептических язв культи желудка. Преобладали больные с тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей – 295 (42,0%).

Хронические сопутствующие заболевания выявлены у 464 (66,0%) больных. Одно сопутствующее заболевание было у 141 (20,1%) пациента, два – у 120 (17,1%), три и более – у 203 (28,9%). Наиболее распространенными заболеваниями были ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и их сочетание.

Этап эндоскопической диагностики завершался методами эндоскопического гемостаза, наилучшие результаты которого наблюдались при сочетании инъекционного метода и диатермокоагуляции. При успешном эндоскопическом гемостазе контрольная ЭГДФС должна быть проведена в срок 6-12 часов (в зависимости от метода лечебной эндоскопии) после первого исследования. При необходимости контрольная ЭГДФС может быть переведена в лечебную эндоскопию, однако неоднократные попытки остановки кровотечения, особенно артериального из хронических каллезных язв, расположенных в кардиальном отделе и теле желудка, а также на задней стенке двенадцатиперстной кишки, нецелесообразны, так как ведут к задержке оперативного вмешательства.

Результаты эндоскопического гемостаза свидетельствуют, что при сомнительном гемостазе или невыявленном источнике рецидив кровотечения развился в 50% случаев, что указывает на необходимость обязательной визуализации кровоточащей язвы и степени надежности эндоскопической остановки кровотечения. Также опасным в плане возникновения рецидива кровотечения является наличие рыхлого сгустка (частота рецидива составляет 37%) или крупного тромбированного сосуда (27,9%) в язвенном кратере. При выполнении успешного эндоскопического гемостаза на фоне продолжающегося кровотечения рецидив кровотечения составляет 29,7%.

Важным и обязательным компонентом профилактики рецидива гастродуоденального язвенного кровотечения является консервативная терапия с применением Н2-блокаторов и/или блокаторов протонной помпы, а также эрадикация Helicobacter pylori.

В наших наблюдениях общая летальность при язвенных гастродуоденальных кровотечениях составила 1,3% (умерли 9 человек). Преобладающее количество летальных исходов наблюдалось при тяжелой (летальность 3,8%) и крайне тяжелой (летальность – 6,9%) кровопотере. Возникновение рецидива кровотечения в стационаре после эндоскопического гемостаза резко ухудшало результаты лечения, приводя к увеличению летальности до 5,8%. На этом фоне мы были вынуждены прибегнуть к неотложному (6) и срочному (9) оперативному вмешательству, послеоперационная летальность при котором в наших наблюдениях составила 6,7%. Неотложные операции выполнены 6 (0,9%) больным на фоне продолжающегося кровотечения при технической невозможности проведения лечебной эндоскопии, неэффективности эндоскопического гемостаза и рецидиве кровотечения в стационаре. Отсроченной операции выполнены 9 (1,3%) пациентам с высоким риском рецидива кровотечения без положительной динамики по данным эндоскопического исследования.

Заключение. Противорецидивная терапия и лечебная эндоскопия значительно уменьшают частоту рецидивов кровотечения и улучшают результаты лечения ЯГДК. Высоким риском рецидива кровотечения обладают хронические язвы с гемостазом Forrest Ia-Ib – после успешной эндоскопии и Forrest IIa-IIb, а низким риском – язвы с гемостазом Forrest IIc-III. Хронические язвы с эндоскопическими признаками высокого риска рецидива кровотечения подлежат немедленному эндоскопическому гемостазу. Основная задача оперативного вмешательства при ЯГДК состоит в спасении жизни пациента путем выполнения адекватного его состоянию объема операции, позволяющего надежно устранить источник кровотечения и по возможности излечить от язвенной болезни. Паллиативные операции в виде одного только прошивания или иссечения язвы допустимы у больных, находящихся по разным причинам в крайне тяжелом состоянии.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Дадаев Х.Х., Юлдашев Ф.А., Сапаров М.Э., Красненкова М.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентсукий институт усовершенствования врачей

Отделение нейрореанимации РНЦЭМП на 9 коек организованна в 2008 году для интенсивной терапии больных с церебральной недостаточностью различного генеза (травмы, сосудистая патология, механическая асфиксия и др.)

За последние 4 года в отделении введены протоколы обследования, мониторинга и интенсивной терапии больных с тяжёлой ЧМТ:

I . Мониторинг:

– исследование церебральных функций по данным КТ, мониторинга ВЧД, церебрального перфузионного давления, линейной скорости мозгового кровотока (методом транскраниальной допплерографии), определение разницыц по кислороду и лактату в артериальной и венозной крови из яремной вены.

– мониторинг жизненно важных функций (с помощью системы прикроватных мониторов) и внутреннего гомеостаза (методом биохимической экспресс-диагностики, КЩС).

II. Стандарт интенсивной терапии включал:

– респираторная терапия: показанием интубации и проведение ИВЛ являлось угнетение сознания до сопора и комы I (7-9 баллов по шкале ком Глазго), ИВЛ проводилась в режиме нормо- и гипервинтиляции по показаниям:

– ранняя трахеостомия при предполагаемой длительной ИВЛ (с 3-4 суток);

– контроль и коррекция церебрального перфузионного давления и ВЧД – поднятие головного конца на 30^0, применение гиперосмолярных растворов (3% раствора натрия хлорида, маннитола) под контролем уровня натрия и осмолярности венозной крови;

– коррекция водно-электролитных нарушений;

– инфузионная терапия с использованием растворов кристалоидов и коллоидов на основе гидросиэтилкрахмала (из расчёта 30–50 мл/кг под контролем ЦВД)

– охранительный режим – аналгоседация в целях снижения метаболизма и потребления кислорода головным мозгом, а также профилактики эпизодов повышения ВЧД (наркотические анальгетики, седативные препараты, миорелаксанты по показаниям);

– локальная краниофариниальная гипотермия

– профилактика и терапия нозокомиальной инфекции с применением антибиотиков широкого спектра действия согласно микробиологическому пейзажу отделения;

– профилактика стресс-язв и ранняя нутритивная поддержка (назначение Н2-блокаторов и раннее энтеральное питание с применением высококалорийной диеты).

Проведенна сравнительная оценка показателей работы отделения нейрореанимации РНЦЭМП за 4 года самостоятельного функционираваний (2008–2012 гг.) и за период с 2001 по 2007 гг., когда лечение вышеперечисленных больных производилось в условиях отделения хирургической реанимации.

Отмеченно снижение летальности пайциентов с тяжёлой ЧМТ на 9,6%, снижение длительности проведения ИВЛ на 3±0.6 суток, уменьшение выхода больных в вегетативное состояние на 18,4%.

Вывод. Организация отделения нейрохирургической реанимации и стандартизация интенсивной терапии позволила уменьшить летальность и увеличить число благоприятных исходов тяжёлой черепно-мозговой травмы.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКОМ

Даминова М.У.

Республиканский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

Инфузионная терапия, направленная на восполнение кровопотери, — важнейший компонент противошоковых мероприятий, но трактовка ее качественного состава и объема остается неоднозначной. Подбор оптимального объёма и состава проводимой инфузионно-трансфузионной терапии является необходимым условием адекватного и безопасного лечения данной патологии.

Цель работы. Сравнение гемодинамической эффективности коллоидных растворов у пострадавших с травматическим шоком.

Материал и методы. Обследованы 54 пациента в возрасте от 22 до 67 лет (средний возраст 44,3года), поступивших в отделение анестезии и реанимации УзНИИТО. Шок I степени был диагностирован у 24(44%) пострадавших, II степени — у 13 (24%), III степени — у

17 (32%). В основную группу вошли 28 пострадавших, получавших инфузионную терапию солевых и коллоидных препаратов (растворами стабизол и рефортан). 26 пострадавших, получавших в составе инфузионной терапии полиглюкин составили контрольную группу. Объем инфузионной терапии составил 1600-2250, соотношение солевых и коллоидных растворов 3:1. Пациенты двух групп были сопоставлены по возрасту, степени тяжести состояния, кровопотере и ее объемной коррекции с медикаментозной поддержкой.

Определяли артериальное давление, частоту пульса и насыщение кислородом артериальной крови (SpO2), степень угнетения сознания оценивали по шкале Глазго, расчетным методом определяли шоковый индекс Альговера — Грубера. Эффективность инфузионной терапии оценивалась по достижению значений, предложенных для целенаправленной терапии травмы: ЦВД 8 мм рт.ст., среднего АД 65 мм рт.ст., диуреза 0,5 мл/кг/ч.

Результаты. После проведенной комплексной терапии, включающей препараты ГЭК, при шоке I и II степени удалось практически полностью стабилизировать гемодинамику с удовлетворительными показателями артериального давления и пульса. У пострадавших с шоком III степени была выявлена значительная положительная динамика. Уровень артериального давления был значительно выше критического (среднее артериальное давление 80,25 мм рт. ст.).

При анализе данных гемодинамики лучшие показатели наблюдались при использовании растворов ГЭК. АД было выше на 5-10 мм рт. ст., ЧСС — на 4-5 уд./мин меньше. Сатурация кислорода оставалась стабильно больше 97% и снижалась только при тяжелом шоке IIIстепени до 88% без статистически значимых изменений в основной и контрольных группах.

Важно отметить, что интенсивная терапия была достаточно эффективной в восстановлении АДср. и ЧСС, которые к 6 часам терапии достигали своих целевых значений у 98,7% больных. К концу этого периода восстанавливался до целевых значений и диурез. При сравнении динамики целевых показателей у больных контрольной и основной групп видно, что инфузия раствора ГЭК привела к более быстрому подъему АДср. выше 65 мм рт.ст. уже через 1 час у подавляющего большинства больных (87,5% против 52,1%). Это сопровождалось значительным ростом диуреза, достоверно превышающего показатели в контрольной группе до конца суток.

Выводы. Для адекватного восстановления ОЦК и ликвидации системной гипоперфузии у пациентов, находящихся в состоянии шока, важен не только количественный, но и качественный состав инфузионной поддержки. Включение в комплексную терапию растворов ГЭК на ранних этапах лечения позволяет ускорить выведение пациентов из состояния шока, улучшает исходы и уменьшает количество осложнений.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ

Даминова М.У, Буранов Ф.Ё., Уразимбетов И.Р.

Республиканский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

Проведение массивной инфузионной терапии — один из основных компонентов интенсивной терапии пациентов с сочетанными травмами. Своевременное улучшение тканевой перфузии позволяет снизить риск развития осложнений и уменьшить длительность лечения.

Цель исследования. Оценка влияния инфузионной терапии на частоту и объём вазопрессорной поддержки у пациентов с сочетанными травмами.

Материал и методы. В исследование включены 72 пациента с сочетанной травмой. Основную группу составили 35 больных (11 женщин и 24 мужчины) в возрасте от 18 до 63 лет (средний возраст 34,5 ± 15,8 года), которым проводили инфузионную терапию кристаллоидными растворами (раствор Рингера лактата, 0,9% раствор натрия хлорида, трисоль) и препаратами гидроксиэтилкрахмала (6% ГЭК 200) в соотношении 2:1 до достижения среднего АД не менее 70 мм рт. ст, ЧСС менее 100 в мин, ЦВД 8–12 мм рт. ст., темпа диуреза более 1 мл/кг/ч инфузией кристаллоидов и ранним введением растворов ГЭК (рефортан 6%, стабизол). В контрольную группу вошли 37 пациентов (12 женщин и 25 мужчин) в возрасте 18 до 65 лет (средний возраст 35,2 ± 13,4 года), у которых волемический статус корригировали кристаллоидными растворами и декстранами (полиглюкин). Больные обеих групп были сопоставимы по конституционному складу, тяжести состояния, характеру травмы, показателям гемодинамики. Волемический статус у пациентов обеих групп оценивали по состоянию кожных покровов, уровню АД, ЦВД, темпу диуреза.

При недостаточной эффективности инфузионной терапии начинали инотропную и/или вазопрессорную поддержку допамином и/или мезатоном. После достижения целевых уровней показателей гемодинамики проводили инфузию кристаллоидов (раствор Рингера лактата, трисоль, 0,9% раствор натрия хлорида) со скоростью 1,5 мл/кг/мин. При необходимости выполняли гемотрансфузию с целью поддержания уровня гемоглобина не менее 80 г/л.

Всем пациентам проводили респираторную поддержку, непрерывный мониторинг артериального давления, ЭКГ, сатурации артериальной крови кислородом. В каждой группе оценивали частоту назначения и скорость инфузии вазопрессорных и инотропных препаратов.

Результаты. В течение первых 12 ч объём инфузии кристаллоидных растворов составил 1360±280 мл в основной и 1608±435 мл в контрольной группе. В то же время объём инфузии ГЭК у больных основной группы за первые 12 ч составил в среднем 1030±504 мл.

Частота использования вазоактивных препаратов для поддержания целевого артериального давления у пациентов контрольной группы была статистически значимо выше, чем у пациентов основной группы. Так, в первые 12 ч после поступления инфузию допамина в основной группе проводили 11 из (31,4%) 35 пациентов, в контрольной группе — 20 (54,1%) из 37 па-

циентов. В первые 12 ч после поступления в основной группе инфузию мезатона применяли у 7 (20%) из 35 пациентов, а в контрольной — у 20 (54,1%) из 37.

Помимо частоты применения инфузионных препаратов у пациентов двух групп выявлены статистически значимые различия в скорости инфузии допамина и мезатона: в первые 12 ч после поступления средняя скорость инфузии допамина в основной группе составила 8,4 ± 2,6 мкг/кг/мин, что статистически значимо меньше, чем в контроле — 14,2 ± 4,9 мкг/кг/мин. Средняя скорость инфузии мезатона также была меньше в основной группе — 0,4±0,2 мкг/кг/мин против 1,0±0,3 мкг/кг/мин в контрольной.

Во вторые 12 ч после поступления у пациентов контрольной группы сохранялась более высокая частота применения инотропной и вазопрессорной поддержки. Допамин во вторые 12 ч инфузировали 8 (22,8%) из 35 пациентов основной и 17(45,9%) из 37 –контрольной группы. Мезатон во вторые 12 ч после поступления инфузировали в основной группе 7 (20%) из 35 пациентов, в контрольной – 13 (35,4%) из 37. Средняя скорость инфузии вазоактивных препаратов во вторые 12 ч после поступления также различалась между группами, составляя для допамина соответственно 7,6 ± 1,8 и 13,4±3,6 мкг/кг/мин. Для мезатона средняя скорость инфузии во вторые 12 ч после поступления в основной группе составила 0,2 ± 0,05 мкг/кг/мин, в контрольной — 0,4±0,1 мкг/кг/мин.

Таким образом, раннее включение в состав инфузионной терапии растворов ГЭК у пациентов с сочетанными травмами позволяет снизить частоту применения и дозы вазопрессорных препаратов.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Дехканов К.М., Мухамадиев А., Омонов Н.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В 2009-2012 гг. в травматологическом отделении ФФРНЦЭМ на лечении находились 149 пострадавших с вертельными переломами бедренной кости в возрасте от 55 до 80 лет. Женщин было 94 (63,1%), мужчин 55 (36,9%). Правосторонние повреждения было у 101 (67,8%) больных, левосторонние – у 48 (32,2%).

Причиной сенильных переломов на фоне остеопороза в основном была бытовая травма незначительной силы. Среди сопутствующих заболеваний самыми распространёнными были гипертоническая болезнь, ИБС, сахарный диабет, болезни бронхолегочной системы и желудочно-кишечного тракта.

После выведения из шока и проведения обследования (рентгенография, ЭКГ, необходимые анализы крови и мочи, консультации специалистов) пострадавшим под местным обезболиванием произведена репозиция костных отломков и наложен гипсовый дератационный сапожок, что является щадящим методом для таких больных.

Консервативный метод применили у 59 (39,6%) больных, у 23 из которых были вертельные переломы бедренной кости без смещения костных отломков, 22 больных имели тяжелые соматические заболевания, которые явились противопоказанием к оперативному вмешательству, 14 пациентов от оперативных методов лечения категорически отказались.

Малоинвазивные вмешательства выполнены у 90 (60,4%) больных, 28 (18,8%) произведен остеосинтез двумя спонгиозными канюлированными винтами, у 121 (81,2%) пациента мы применили остеосинтез пучком спиц.

Операцию производили в операционной под контролем ЭОП. После премедикации наркотиками производили блокаду области перелома 30 мл 1% раствором новокаина, инфильтрировали 0,5% раствором новокаина область введения спиц. Производили репозицию костных отломков бедренной кости. После удовлетворительной репозиции костных отломков и визуализации их в двух проекциях, вводили ориентировочные спицы (Илизарова или Сиваша). Затем, выключив рентгеновские лучи, дополнительно вводили фиксирующие спицы в количестве 5-6 штук, часть из которых вводили перекрёстно предыдущим, или вводили два спонгиозных винта, добиваясь тем самым стабильной фиксации костных отломков. Выступающие из кожи концы спиц сгибали и скусывали, а затем погружали под кожу и накладывали асептическую повязку на 4-5 дней. Стопа фиксировалась гипсовым деротационным сапожком на 3-4 недели, затем начинали ходьбу на костылях с частичной нагрузкой на конечность. Полную нагрузку на конечность давали по мере консолидации костных отломков.

С целью антибиотикопрофилактики применяли в основном регинальное лимфотропное введение антибиотиков (амикацин, линкомицин, цефалоспорины) для лечения остеопароза назначали бифосфонаты: «Лориндромакс», остеомакс или осталон.

Хорошие результаты, т.е. восстановление способности к передвижению без дополнительной опоры, наблюдались у 47 (52,3%) больных, удовлетворительные – у 41 (45,5%), неудовлетворительные – у 2 (2,2%).

Таким образом, применение малоинвазивных методов фиксации костных отломков при ВПБК у пожилых людей является методом выбора и дает возможность проводить ранние реабилитационные мероприятия, что является основным фактором предупреждения гипостатических и нейротрофических осложнений.

МЕДИЦИНСКИЕ СПОСОБЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Дехканов С.А., Рахманов Р.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Нами проанализированы результаты обследования и лечения 704 больных с закрытой травмой груди, находившихся в отделениях экстренной хирургии РНЦЭМП в 2001–2012 гг. Все обследованные больные поступали в клинику со стабильной гемодинамикой. Больные с нестабильной гемодинамикой в исследование не включались. Мужчин было – 606 (86,1%), женщин – 98 (13,9%). Возраст больных – от 17 до 83 лет.

Основными клиническими проявлениями ЗТГ были боль в грудной клетке – у 681 (96,7%), одышка – у 493 (70%), общая слабость – у 633 (89,9%). У каждого четвертого пациента – 174 (24,7%) – отмечалось кровохарканье, которое является признаком поражения легкого.

Основным методом диагностики ЗТГ являлась рентгенологический с МСКТ грудной клетки. При обследовании у 510 (72,4%) больных были выявлены МПР. Гемоторакс определялся у 75 (10,6%) больных, пневмоторакс – у 143 (20,3%), гемопневмоторакс – у 486 (69,0%), пневмомедиастинума – у 50 (7,1%), подкожная эмфизема грудной клетки – у 417 (59,2%). У всех обследованных больных в ходе диагностики и хирургического лечения использовалась ВТС.

Результаты и обсуждение.У 562 (79,8%) пациентов необходимые хирургические вмешательства нам удалось произвести торакоскопически, операцию завершали дренированием плевральной полости. Хирургические вмешательства заключались в удалении фрагментов свернувшейся крови, коагуляции или ушивании ран легког, остановке кровотечения и аспирации излившейся в плевральную полость крови. У 13 (1,8%) больных произведено видеоторакоскопическое удаление костных отломков ребер.

У 104 (14,8%) больных в связи с технической невозможностью коррекции внутригрудных повреждений ВТС нами конверсировалась либо в видеоассистированные вмешательства через миниторакотомный доступ (67, 64,3%), либо в традиционную широкую торакотомию (37, 35,6%). При этом у 19 больных производилось ушивание разрывов легкого, у 6 ликвидация свернувшегося гемоторакса, у 4 эти манипуляции сочетались с резекцией костных отломков ребер, у 4 остановка массивного внутриплеврального кровотечения, у 2 эхинококкэктомия из легкого, у 2 ликвидация свернувшегося гемоторакса сочеталась с декортикацией легкого.

У данной категории больных благодаря применению ВТС нам удалось снизить число торакотомий до 5,2% (37 из 704 пациентов), что привело к значительному уменьшению травматизма оперативных вмешательств и сокращению числа послеоперационных осложнений.

В ходе лечения у 2 пациента для фиксации имеющегося у него ФПР была клинически успешно использована разработанная нами металлическая пластинка, отличающаяся от традиционных опорных надгрудных шин своей легкостью, физиологичностью и хорошей переносимостью.

Таким образом, применение ВТС у больных с ЗТГ позволяет проводить наиболее полноценную диагностику повреждений органов грудной полости, средостения.Неоспоримым преимуществом ВТС является то, что при этом одновременно с диагностикой создается возможность осуществления торакоскопической остановки кровотечения, устранения причины пневмоторакса, санации и дренирования плевральной полости.

Наряду с этим, применение ВТС в качестве видеоассистирования существенно уменьшает объем оперативных вмешательств путем использования миниторакотомных доступов. В конечном итоге это приводит к снижению числа традиционных торакотомий, частоты развития послеоперационных осложнений и уменьшению сроков лечения и реабилитации.

ВНЕШНИЙ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА КОМБИНИРОВАННЫМ СТЕРЖНЕВЫМ АППАРАТОМ

Дехканов К.М., Мухамадиев А., Омонов Н.Н.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В травматологическом отделении ФФРНЦЭМ с целью малоинвазивного внеочагового остеосинтеза открытых переломов бедренной кости разработан комбинированный стержневой аппарат внешней фиксации (Рац.предложение №34 Пат. Вед.РУз от 31.12.2009 г.), позволяющий осуществлять одномоментную закрытую управляемую репозицию отломков бедренной кости. В качестве внешних конструкций использовали набор деталей аппарата Илизарова.

Разработанный нами стержневой аппарат состоит из четырёх укороченных дуг или полуколец аппарата Илизарова, восьми фиксационных (диаметром от 4 до 6 мм) и девяти соединительных стержней. Соединяющим элементом между наружной опорой и фиксационным стержнем служит кронштейн с резьбовым хвостиком. Комбинирование деталей аппарата Илизарова и фиксирующих стержней в нашем аппарате позволяет проводить оперативные вмешательства на повреждённых конечностях без применения специальных наружных опор, а следовательно экономить средства для приобретения зарубежных стержневых аппаратов.

Проведение стержней через оба кортикального слоя костных отломков и крестообразное расположение стержней, фиксируемых в полукольцевых металлических опорах, обеспечивает одинаково стабильную фиксацию костных отломков в двух взаимно перпендикулярных плоскостях и обеспечивает оптимальные биомеханические условия для регенерации костной ткани в течение всего периода лечения.

При открытых переломах с тяжёлыми повреждениями мягких тканей одностороннее расположение аппарата на сегменте конечности вне очага повреждения даёт возможность производить одновременной оперативные вмешательства на мягких тканях и сосудисто

- нервных стволах повреждённой конечности нескольким операционным бригадам (травматологов, нейрохирургов, сосудистых хирургов). В послеоперационном периоде наш стержневой аппарат не затрудняет проведения лечебных манипуляций и перевязок.

Отсутствие дополнительной внешней (гипсовой) иммобилизации поврежденной конечности позволяет проводить раннее функциональное лечение травмированной конечности и создаёт условия для ранней активизации больного.

Операция проводится под общим спинномозговым обезболиванием. Грубые смещения костных отломков устраняем на репозиционной подставке в операционной до наложения аппарата и производим рентгенографию в двух проекциях.

Техника операции довольно проста и безопасна в том смысле, что практически исключен риск повреждений сосудисто-нервных стволов.

Определяем оптимальные зоны введения стержней в отломки. Производим сверление в каждый из отломков по передневнутренней поверхности большеберцовой кости с помощью электродрели сверлом диаметром 3 мм. Затем первая пара стержней ввинчивается в подготовленные отверстия. Аналогичным образом после просверливания костного канала в каждый из отломков бедренной кости по передненаружной поверхности вводится вторая пара стержней. Таким образом, каждый из отломков фиксирован двумя стержнями, введенными в разных плоскостях, расположенных под углом 70-90 градусов друг к другу. Монтируется аппарат из 4 укороченных дуг или полуколец. Фиксационные стержни фиксируются полукольцам с помощью кронштейнов с резьбовым хвостиком. Полукольца соединяются между собой посредством трёх соединительных стержней со сплошной нарезкой. Длина соединительных стержней зависит от расстояния между внутренними опорами, располагающимися на каждом отломке. Производят контрольную рентгенографию.Если репозиция отломков достигнута, вводится третья и четвёртая пара стержней в проксимальный и дистальный отломки бедренной кости, с ее передней поверхности, отступя на 7–8 см от линии перелома. Производим рентгеновский контроль положения отломков. Жёсткость фиксации достигается парностью полукольцевых опор, т. е. на каждом отломке должно быть смонтировано по 2 внешние опоры на оптимальном расстоянии между ними. Для достижения стабильной фиксации используется 8 стержней.

Результаты лечения изучены у 22 больных с открытыми переломами бедра, имевших обширные (более 5 см длиной) и размозженные раны мягких тканей, у которым применялась новая методика. Результаты хорошие. Внедрение методики дало возможность усовершенствовать технику операции чрескостного остеосинтеза, сократить время операции и свести до минимума травматизацию мягких тканей. Сочетая периоды полного анатомического и функционального восстановления конечности, наш аппарат позволяет добиваться сокращения сроков стационарного лечения, удобен для больного, обеспечивает комфорт при уходе за больным и позволяет проводить раннюю реабилитацию пострадавших.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Джаббаров Д.Д., Тожибоев Б.А.
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Основной морфологической особенностью открытых переломов костей, возникающих от воздействия травмирующих агентов с высокой энергией, является обширность повреждения мягких тканей, зона распространения которого значительно превышает область раны кожных покровов. Чем тяжелее открытые переломы, тем чаще возникают тяжелые гнойно-раневые осложнения. Раневые инфекционные процессы осложняют заживление 2,4–50% открытых переломов костей, являясь главной причиной как значительного удлинение сроков нетрудоспособности, так и плохих исходов.

Под нашим наблюдением находились 28 больных с открытыми переломами костей голени, в возрасте от 14 до 58 лет, из них 22 мужчины и 6 женщин. 17 больных поступили в первые 6 часов от получения травмы, 4 больные – в течение 24-48 часов, остальные 7 – в течение 72 часов.

Лечение начинали в экстренном порядке, как правило, с первичной хирургической обработки раны, которая включала обильное промывание раны, ревизию раны, иссечение нежизнеспособных тканей, восстановление поврежденных мягкотканных элементов и остеосинтез аппаратом Илизарова. Выбор антибиотика проводился с учетом чувствительности микрофлоры и после проверки на индивидуальную совместимость.

У 24 пострадавших переломы сочетались с обширными повреждениями мягких тканей, которые у 21 пациента потребовали в процессе лечения применения кожной пластики. При обширных кожных дефектах на 7–8 дни травмы применяли свободную кожную пластику.

Примененная нами тактика обеспечила заживление раны первичным натяжением у 19 больных. У5пациентов отмечалось нагноение раны с переходом в остеомиелит, эти больные поступили в нашу клинику спустя 48–47 часов с момента получения травмы. У23больного удалось добиться своевременной консолидации костных отломков и восстановления нормальной биомеханики поврежденной конечности.

Наш опыт лечения открытых переломов длинных трубчатых костей показал, что первичный стабильно-функциональный остеосинтез аппаратами внешней фиксации является важным этапом первичной хирургической обработки раны. Современные компрессионно-дистракционные аппараты позволяют производить репозицию, обеспечивают прочную фиксацию костных отломков и одновременно – возможность движений в суставах поврежденной конечности, поскольку опасность возникновения инфекции и нарушение кровообращения в зоне перелома при этом меньше, чем при остеосинтезе наружными металлическими конструкциями.

ЛИМФОТРОПНО-КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРЕТИЧНОГО ПЕРИТОНИТА

Джумабаев Э.С., Асронов Ш.Я., Пахмурин И.Р., Джалалов А.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Под термином «третичный перитонит» понимают воспалительный процесс в брюшной полости, развивающийся после эпизода «вторичного перитонита», имеющего свою, отличную от вторичного, микрофлору, характеризующегося неспособностью к локализации процесса и отсутствием непосредственного очага (Mehins G.L., 2002). Увеличение частоты третичного перитонита по нашему мнению, обусловлено следующими факторами: 1) необоснованным увеличением кратности програмных релапароатомий; 2) необходимостью применения каждый раз анестезиологического пособия; 3) длительностью пребывания больных в отделении интенсивной терапии (ОИТ); 4) необходимостью применения высоких доз антибиотиков широкого спектра действия. Весь этот комплекс интенсивных мер необходим для лечения тяжелых форм абдоминального сепсиса, сопровождающегося инфекционно-токсическим шоком (ИТШ) и полиорганной недостаточностью (ПОН). Но развитие «медиаторных бурь» при каждой релапаротомии, истощение ресурсов провоспалительных цитокинов, развитие абсолютной лимфопении, как явного признака системной иммунодепрессии и, наконец, манифестация оппортунистической антибиотико-резистентной микрофлоры ведет к развитию третичного перитонита, частота которого за последние годы выросла до 15%, а смертность достигает 71,1% (Ерюхин И.А., 2002). Доказательными с точки зрения эффективности в многоцентровых исследованиях высокого уровня являются методы селективной деконтаминации кишечника (СДК) и использование поливалентных иммуноглобулинов для заместительной терапии (Ерюхин И.А., 2002). Опираясь на опыт лимфатической терапии абдоминального сепсиса, мы разработали лимфотропный режим СДК при третичном перитоните и ведем экспериментальные исследования по лимфотропному введению активированных популяций макрофагов в большой сальник.

Материал и методы. Лимфотропная СДК осуществляется через микроирригатор, установленный в забрюшинной клетчатке. Капельное введение после предварительной лимфостимуляции теплым раствором новокаина 0,5% 100,0, гепарином в дозе 80 ед/кг, фуросемидом в объеме 1,0, антибиотика, чувствительного к высеваемой микрофлоре и флюконазола 100 мг/сут. Метод позволяет за счет ретроградного лимфотока в условиях воспаления сохранять в течение суток терапевтическую концентрацию препаратов в зоне эндогенного инфицирования - ЖКТ и брюшной полости.

Результаты. В течение 6 месяцев метод применен у 3 пациентов с диагнозом третичного перитонита. У всех пациентов был диагностирован вторичный перитонит. Основанием для диагностики третичного перитонита в соответствии с литературными данными считали отсутствие положительной динамики (прогрессирование воспалительного процесса в брюшной полости) через 48 часов после проведения адекватной операции и интенсивного послеоперационного лечения. 1 больная оперирована по поводу деструктивного калькулезного холецистита, 2 - по поводу подпеченочного аппендикулярного абцесса с разрывом в брюшную полость и проникающего ножевого ранения в брюшную полость с повреждением передней и задней стенки ретроперитонеальной части двенадцатиперстной кишки. Всем больным проведена релапаротомия, при которой выявлены скопления гноя по типу неограниченных абсцессов. Экссудат имел фибринозно-гнойный – ихорозный характер. Всем пациентам проводилась интенсивная комплексная терапия в условиях ОИТ и лимфотропный режим СДК через забрюшинную клетчатку цефипином и флюконазолом в среднетерапевтических дозах. В результате положительная динамика наблюдалась у 2 пациентов, которые были выписаны на 16 и 18 сутки. Пациенту с проникающим ножевым ранением понадобилась повторная операция – релапаротомия по поводу несостоятельности швов задней стенки двенадцатиперстной кишки. В дальнейшем симптомы ПОН усилились, и на 12 сутки наступил летальный исход.

Выводы. 1. При третичном перитоните наблюдается выраженное снижение чувствительности и повышения резистентности микрофлоры к антибиотикам. 2. Выделение абдоминального сепсиса в качестве классификационной категории высвечивает проблему третичного перитонита как особую тяжелую форму распространенного воспаления брюшины, который развивается вследствие неадекватного лечения тяжелых форм абдоминального сепсиса при вторичном перитоните. 3. Третичный перитонит является не только клиническим, патофизиологическим, но и микробиологическим феноменом, требующим углубленного изучения с привлечением к лечебному процессу новых методов лимфотропно-клеточных технологий.

НОВЫЙ МЕТОД ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРЕТИЧНОГО ПЕРИТОНИТА

Джумабаев Э.С., Асранов Ш.Я., Джалалов А.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Под термином третичный перитонит понимают те формы гнойного перитонита, которые протекают вяло на фоне угнетенного иммунитета и ослабленной реактивности организма. По сути третичный перитонит – это продолжающийся перитонит со слабо выраженными клиническими проявлениями в условиях выполнения всего комплекса лечебных процедур.

Наше решение проблемы третичного перитонита видеться в использовании патогенетически обоснованной и экспериментально испытанной методики региональной лимфатической терапии через большой сальник. Методика состоит в проведении лимфостимуляции с последующим введением антибиотика широкого спектра в однократной дозе и иммуномодулято-

ра (Патент №3318 29.12.1995 ГПВ РУз) В эксперименте о состоянии иммунитета брюшной полости судили по процентному составу макрофагов, лимфоцитов и нейтрофилов в перитонеальной жидкости, степени фагоцитоза и фагоцитарному индексу перитонеальных макрофагов. У животных 1-й группу (белые крысы линии вистар) эти показатели определялись в условиях экспериментального перитонита с применением традиционных методов введения антибиотиков и иммуностимулятора. Животным 2-й группы проводилась региональная лимфатическая терапия. В 1-й группе процентный состав макрофагов в среднем составил 45,55±2,3%, относительный объём нейтрофилов – 30,5±1,7%, лимфоцитов – 12,5±2,3%, процент фагоцитоза макрофагов – 12,0±0,44%, фагоцитарный индекс – 3,5±0,1 единиц, во 2-й группе – соответственно 56,0±1,04, 25,66±0,9%, 24,0±1,15%, 23,75±0.9% и 5,17±0,05 единиц, что свидетельствовало о положительном влиянии методики на иммунитет брюшной полости.

В клинике в основной группе из 286 наблюдаемых больных с разлитым гнойным перитонитом третичный перитонит имел место у 14 (5%). В контрольную группу вошли 248 больных, у 24 (10%) из которых был третичный перитонит. Больные двух групп были сопоставимы по полу, возрасту и диагностируемой патологии.

Больным основной группы проводилась лимфатическая терапия через микроирригатор, установленный в толще большого сальника в области его «фартука». Лимфостимуляция производилась капельном введением 0,5% раствора новокаина с добавлением гепарина в дозе 80 ед/кг, фуросемида в объёма 1 мл. Затем вводился гентамицин в дозе 1 мг/кг массы, капельно – 1% водный раствор 1% метилурацила в качестве иммуностимулятора в дозе 100 мг/кг. Симптомы третичного перитонита в основной группе развились только у 14 (5%) больных, в контрольной – у 24 (10%). В основной группе релапаротомия потребовалась 2 больным с третичный перитонитом, у 8 больных интенсивная комплексная терапия с включением лимфатической терапии определила успешный исход. Смертность составила 30,3%. В контрольной группе релапаратомии проведены 14 больным, смертность составила 60,6%.

Таким образом, в работе современного хирургического стационара третичный перитонит представляет весьма актуальную проблему. Регионарная лимфатическая терапия эффективна в профилактике и лечении третичного перитонита, так как обеспечивает адекватную работу клеточного и гуморального иммунитета брюшной полости, а также предупреждает образование L-форм антибиотико-резистентных штаммов микроорганизмов.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Джумабаев Э.С., Мирзаев К.К.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Профилактика и лечение гнойных осложнений после огнестрельных ранений конечностей является актуальной проблемой. Достаточно сказать, что у раненых с нарушением целости костей огнестрельный остеомиелит встречался в 21,9–60%.

Цель исследования. Изучение эффективности лимфотропной терапии (ЛТ) с региональной лимфостимуляцией (РЛС) в комплексе интенсивной терапии огнестрельных переломов костей конечностей. Под нашим наблюдением находились больные с огнестрельными переломами костей конечностей в возрасте от 15 до 52 лет. При поступлении всем раненым проводили лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимия крови, иммунологические, цитологические исследования, рентгенография поврежденной конечности. Экстрамедуллярный остеосинтез осуществлен у 42,5% раненых (1-я гр.), внеочаговый – у 57,5% (2-я гр.). У 34% больных огнестрельные переломы локализовались на верхней, у 66% – на нижней конечности. Контрольную группу составили 42,5% больных, основную– 57,5%. В контрольной группе в послеоперационном периоде антибактериальная терапия проводилась традиционным способом, в основной – ЛТ с РЛС. В основной группе предложенная методика позволила добиться заживления ран первичным натяжением у 93,8% больных. Длительность пребывания в стационаре составила 8,7 ± 0,3 дня, тогда как в контрольной группе эти сроки составили 31,5 ± 1,3 дня (p <0,01). У 6,2% больных воспалительный процесс ограничился мягкими тканями, огнестрельный остеомиелит имел место у 6,2%. Вконтрольной группе нагноение мягких тканей отмечалось у 20%, остеомиелит – у 13,3%.

У больных с обширными повреждениями мягких тканей основной группы предложенная нами методика позволила 30,7% из них наложить первично-отсроченные швы на 5,1±0,3 сутки. Длительность пребывания в стационаре составила 11,3±0,4 дня. Раны в целом зажили за 16,5±0,6 дня, тогда как в контрольной группе эти сроки составили 24,9±1,9 дня (p< 0,05). В основной группе осложнения в виде воспаления мягких тканей наблюдались у 7,7% больных, остеомиелита – у 3,8%. В контрольной группе – соответственно у 18,5 и 12,5%.

Таким образом, использование ЛА и РЛС в комплексе интенсивной терапии огнестрельных переломов конечностей позволило применить первичный экстрамедуллярный остеосинтез, а при обширных повреждениях мягких тканей – внеочаговый остеосинтез с минимальным количеством инфекционных осложнений.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Джураев З.А., Холбоев Ш.Х., Порманов С.Т., Хужакулов У.Б.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Изучение структуры сочетанных черепно-мозговых травм, причин их возникновения, принципов оказания своевременной и квалифицированной помощи и причин летальных исходов.

В 2010–2012 гг. в отделении реанимации и сочетанных травм РНЦЭМП НФ на стационарном лечении находились 6210 больных с различными множественными травмами, из них пострадавших с черепно-мозговыми травмами было 2116(34,6%), с тяжелыми сочетанными черепно-мозговыми травмами — 214 (10,1%).

156 (72,8%) пострадавших получили травму в результате дорожно-транспортного происшествия, высотная травма была у 23 (10,7%), бытовая – у 19(8,8%), производственная – у 11 (5,1%), спортивная – у 5(2,3%).

Среди пострадавших мужчин было 164 (75%), женщин – 53 (25%). В возрасте 15–18 лет было 34(15,9%) больных, 19–44 лет – 111 (51,8%), 45–59 лет – 52(24,5%), 60 лет и старше – 17 (7,9%).

ЧМТ в сочетании с травмами конечностей наблюдалась у 91 (42,5%) пациента, с одновременным повреждением грудной клетки – у 47 (22%), с повреждением позвоночника – у 21 (9,8%), с повреждением органов брюшной полости – у 14 (6,5%), с повреждением костей таза – у 16 (7,4%); у 25 (11,6%) человек ЧМТ встречались в различных сочетаниях с переломами костей конечностей и повреждениями внутренних органов.

Из числа 214 пострадавших с тяжелыми сочетанными ЧМТ у 124 (97,9%) первично диагностирован травматический шок, различной степени мозговая кома, по поводу которых они были госпитализированы в реанимационное отделение, 90 (42,1%) поступили в отделение сочетанных травм. Согласно стандартам экстренной медицинской помощи у всех пострадавших проводили клинико-инструментальные и клинико-лабораторные исследования, а также МСКТ головного мозга, их осматривали смежные специалисты. Лечение тяжелых сочетанных черепно-мозговых травм заключалось в коррекции нарушений функции дыхания, обезболивании, проведении инфузионной терапии, иммобилизации при переломах костей конечностей, коррекции нарушений водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса, внутричерепного давления, предупреждении и лечении вторичных осложнений. По жизненным показаниям выполнялись оперативные вмешательства.

82 (38,3%) больным по жизненным показаниям произведены различные оперативные вмешательства, в том числе лапаротомия по поводу травмы живота с признаками продолжающегося внутреннего кровотечения у 21 (25,6%), декомпрессионная трепанация черепа по поводу вдавленных переломов костей черепа и при наличие внутричерепных гематомы у 32 (39%), торакотомия и торакоцентез по поводу продолжающегося внутригрудного кровотечения у 6 (7,2%), первичная хирургическая обработка ран при открытых осложненных переломах конечностей у 11 (13,4%), различные симультанные операции у 6 (7,2%).

У 44 (20,6%) больных осуществлены различные отсроченные операции после улучшения общего состояние и полной стабилизации гемодинамики: удаление подострой внутричерепной гематомы у 3 (6,8%), остеосинтез трубчатых костей конечностей и костей таза у 36 (81,2%), стабилизирующие операции на позвоночнике у 5 (11,3%).

Легочные осложнения наблюдались у 97 (45,3%) больных. Летальный исход наступил у 57 (26,6%) пациентов, из них в первые три часа с момента поступления умерли 17, в 1–3 сутки – 29, спустя трое суток – 11. Причинами летальных исходов в первые три часа явились травмы, несовместимые с жизнью.

ВОЗМОЖНОСТИ КАРДИО-АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Жалилов А.О., Мирсайдуллаев М.М., Абдуллаев А.Х., Мирсайдуллаев М.М. (млад.)

Наманганский филиал РНЦЭМП

В Наманганском филиале РНЦЭМП с 2004 года успешно работает рентгеноангиографическая лаборатория. Одним из ее задач является своевременное выявление больных с ИБС, определение сроков и показаний к аортокоронарному шунтированию и транслюминальной баллонной ангиопластике со стентированием (ТЛБАП).

В 2007–2012 гг. диагностическое и лечебное ангиографическое исследование выполнено 1350 больным. 702 из них проведена коронарография, 25 – интракоронарный тромболизис. 105 больным с полной атриовентрикулярной блокадой с приступами Морганьи-Адамса-Стокса имплантированы электрокардиостимуляторы ЭКС-501М и ЭКС-511. Для топической диагностики врожденного порока сердца 14 больным произведена катетеризация полостей сердца с ангиокардиографией. 373 больным с неспецифическим аортоартеритом и синдромом Лериша выполнены аортография (53) и артериография (320 больных). 13 больным со стенозами периферических артерий произведена баллонная ангиопластика периферических артерий. 78 больным с маточным кровотечением в экстренном порядке выполнена эмболизация маточных артерий.

Летальных исходов не было. У 2 (0,2%) больных наблюдались осложнения в виде тромбоза бедренных артерии, по поводу чего произведена тромбэктомия.

Таким образом, широкое применение ангиографического исследования позволяет своевременно установке диагноз и оказать квалифицированную миниинвазиванную помощь больным с неотложной сердечной и сосудистой патологией.

ПСИХОТРОП ДОРИ ВОСИТАЛАРИДАН ЗАХАРЛАНИШЛАРДА ШОШИЛИНЧ РЕАНИМАЦИОН ЁРДАМНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Жураев И.Б., Жумаев Ф.Ф, Норкулов М.Я., Добилов А.Х.
РШТЁИМ Навоий филиали

2010–2012 йиллар мобайнида РШТЁИМНФ да психотроп дори воситаларидан захарланишлар 32 холатда кузатилган. Шулардан 25 таси (78%) суицид ва колган 7 холатда (22%) тасодифийдир. Психотроп дори воситаларидан захарланишларни ёш ва жинсга нисбатан оладиган бўлсак: 14-18 ёшгача 21 холат (65,6%), 18–25 ёшгача 6 холат (18,7%), 25 ва ундан юқори ёшгача 5 холат (15,7%). Улар ичида киз болалар – 23та (72%) ва ўғил болалар – 9 та (18%)ни ташкил қилди.

Психотроп дори воситалари билан захарланганда малакали тиббий ёрдам кўрсатиш уларнинг шифохонага қанчалик эрта мурожаат қилганлигига, ичилган дорининг миқдорига беморнинг ёши ва қўшимча соматик касалликлари борлигига боғлиқ. Ушбу беморларни шифохонага мурожаат қилиш вақти тахлил қилинганда 19 та бемор дастлабки 4 соат ичида олиб келинган ва 100% холатда соғайиш билан тугаган, шифохонада ётиш муддати эса 2 кунни ташкил қилди. 10 бемор 6 соат ичида олиб келинган ва буларда ҳам 100% соғайиш кузатилиб, бу беморларнинг шифохонада бўлиш муддати 3–4 кунни ташкил қилди. 3 холатда беморлар 6 соатдан кейин олиб келинган ва шундан 1 холати беморда оғир соматик касалликлар бўлганлиги сабабли ўлим билан тугади ва уларнинг шифохонада бўлиш муддати 5-7 кунни ташкил қилди.

Шифохонага мурожаат қилган барча беморлар турли лаборатор, инструментар текширишлардан ўтказилганда эс-хушининг бузилиши деярли барча холатда кузатилган, жумладан 3 холатда чуқур комагагача тушиш ва ЭКГ текширувида 26 холатда турли даражада юрак ритмининг турли типдаги бузилишлари аниқланди.

Даволаш тактикаси барча беморларда деярли бир хилда олиб борилди, яъни бемор ошқозонини ювиш, тозаловчи хўқна килиш, изчиллаштирилган диурез, кардио- ва церебропротекторларни қўллаш ва 4 холатда ЎСВни қўллашга тўғри келди.

Хулоса килиб шуни айтиш мумкинки, психотроп дорилар билан захарланганда беморларни қанчалик эрта шифохонага мурожаат қилишларига ва уларда кузатилиши мумкин бўлган асоратларни олдиндан кўра билиш ва шуларга қарши курашиш энг самарали усул хисобланади ва беморларнинг асоратсиз тез соғайишларига имкон яратади. Бу эса ўз навбатида дори моддаларидан захарланишларда ўлим кўрсаткичини камайтиради.

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОНТРАКТУРЫ ФОЛЬКМАНА

Заремба А.Е., Хошимов У.У.
Республиканский научный центр нейрохирургии

Контрактура Фолькмана — одно из наиболее тяжелых осложнений травмы верхней конечности, ведущее к инвалидности. Контрактура может наступить в результате различных повреждений верхней конечности на любом ее уровне, но из всего она осложняет надмыщелковые переломы плечевой кости и переломы костей предплечья. Причиной нарушения кровообращения в конечности является сдавление, травма или спазм магистральных сосудов и их коллатералей. Наложение тесных иммобилизирующих повязок и анатомо-физиологические особенности области предплечья способствуют возникновению ишемического синдрома.

В Республиканском научном центре нейрохирургии в последние 5 лет оперированы 35 больных с ишемической контрактурой Фолькмана, что составляет 11 % от общего числа больных с повреждениями периферических нервов. До операции большая часть больных длительно лечилась консервативно без видимой положительной динамики. В основном больные оперированы в реактивно-восстановительной стадии от 4- 6 месяцев до 1,5 года, когда в основном было сформировано вынужденное положение кисти и предплечья за счет рубцового перерождения мышц-сгибателей. У всех больных отмечалась атрофия мышц предплечья, а также симптом, заключающийся в том, что пассивное выведение кисти из положения сгибания в лучезапястном суставе приводило к непроизвольному сгибанию пальцев. Этот «двигательный феномен» объясняется нерастяжимостью, рубцеванием мышц-сгибателей пальцев. Кисть приобретает стойкую ладонную флексию, предплечье — положение пронации. При ЭНМГ-исследовании выявлены участки ишемии мышц и нервных стволов. Контрактуру Фолькмана можно разделить на три типа на основе клинических данных, связанных с давностью процесса. У 15 больных с лёгкой степенью мы ограничились оперативным вмешательством – невролизом нервов и тенолизом сгибателей кисти и пальцев. У 17 больных со средней степенью тяжести оперативное лечение заключалось в одномоментном невролизе нервов и Z-образном удлинении сгибателей кисти и пальцев. У 3 тяжелых больных произведена

пересадка поверхностных сгибателей на разгибатели по Эпштейну-Розову с иссечением рубцово-измененных мышц.

После проведенных операций при легкой степени положительная динамика наблюдалась у 62 % больных, при средней степени - у 40%. При тяжелой степени положительный результат выражался в корригирующем положении кисти.

Таким образом, процесс в основном протекает остро, картина ишемии развивается в течение нескольких часов и длится несколько суток. Основные профилактические мероприятия должны состоять в деликатных манипуляциях при сопоставлении отломков, гипотермии и правильной иммобилизации. Важно помнить, что хорошее сопоставление отломков улучшает условия для восстановления кровообраще-

ния, уменьшения отека тканей. Следует избегать фиксации верхней конечности под острым углом сгибания в локтевом суставе. При появлении первых признаков острого нарушения кровообращения гипсовую повязку следует разрезать и сделать ее свободной. Если конечность зафиксирована под острым углом, ее необходимо разогнуть до такого угла, при котором кровообращение восстановится. Если у больного уже имеется выраженная отечность тканей, гематома, то его следует лечить только стационарно, стремясь вместо гипсовой повязки применять постоянное вытяжение. Необходим постоянный контроль состояния пульса, который следует определять в области предплечья, локтевой ямки и плеча.

Если в течение 2-3 ч такой консервативной терапии улучшение не наступает, следует приступить к оперативному вмешательству- апоневротомии, ревизии нервно-сосудистого пучка, периартериальной симпатэктомии. Ранняя профилактика , диагностика и комплексное лечение способствуют более полному восстановлению функций поврежденной конечности, в то время как попытки длительного медикаментозного лечения, как правило, малоэффективны и приводят к грубой инвалидизации больных.

ЛЕЧЕНИЕ ДОНОРСКИХ РАН ПРИ ОЖОГАХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Зиновьев Е.В., Аллазов С.А., Османов К.Ф.

Военно-медицинская академия им. Кирова, СанктѓПетербург, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Улучшение результатов лечения донорских ран у обожженных путём воздействия на них электромагнитных волн с одномоментным использованием раневых покрытий.

Работа выполнена на 20 белых беспородных крысах-самцах массой от 150 до 200 г. Животным с помощью ножниц наносились округлые кожные раны с повреждением подлежащей фасции средней площадью 80 мм^2 в области спины после предварительной обработки операционного поля 5% спиртовым раствором йода и общей анестезии эфирным наркозом.

Для определения площади ран использовалась методика Л.Н.Поповой (1942), уменьшение площади ран определяли по формуле В.С. Песчанского (1976).

Дополнительно определялась скорость заживления ран в мм^2 в сутки по формуле А.Е.Троицы (1984).

Все животные были разделены на 2 группы по 10 особей в каждой. Животным 1-й группы раны обрабатывали биосовместимыми раневыми покрытиями типа гиалуроновой кислоты и коллагеновой пробки. Ежедневно на обработанные раны проводили дополнительные процедуры воздействия излучением от аппарата «МАС» по следующей схеме: в течение первых трех суток после операции животных облучали трижды в сутки по 10 мин, последующие 6 суток облучение проводили два раза в сутки по 10 мин (всего 9 суток), затем процедуры воздействия прекращали, продолжая наблюдение за животными в течение последующих 11 суток. Облучение проводили местно на область раневого дефекта. У животных 2-й группы применялись простые марлевые повязки без внешних воздействий физическими факторами. Для взятия биопсийного материала крыс контрольной и опытной групп забивали попарно (передозировкой эфиром) на 3, 7, 13, 19 и 22 сутки после нанесения раны. Оценивали состояние раны, забирали кожные регенераты для гистологических исследований. Качество заживления оценивали микроскопически.

Воздействие электромагнитным излучением от аппарата «МАС» с одномоментным использованием раневых покрытий приводило к ускорению процесса регенерации кожных ран. В первые 3 суток раневая поверхность подопытных животных была чистой, края ровные, а в контрольной группе – раны с грубыми корками, в большинстве случаев с сукровичным отделяемым. Эпителизация раневого дефекта, которая начиналась с 3-5 суток ростом эпидермиса с краев раны, в 1-й группе животных ускорялась. В среднем первичный струп в 1-й группе отпадал на 11,0±1,0 сутки с момента нанесения раны, а в контрольной группе на 14,1±1,6 суток. К 10 суткам раны практически эпителизированы (кроме центральных участков) и уменьшены в результате контракции, грануляционная ткань полностью замещена фиброзно-рубцовой. Через 15-18 суток рубец обычно полностью эпителизирован в отличие от контроля, где раневая поверхность и грануляционная ткань сохранялись и на 20 сутки. Разница в площадях раневого дефекта у облученных и контрольных животных становится заметной на 7-8 сутки, а к концу эксперимента площадь раневого дефекта у опытных животных в среднем в 5 раза меньше, чем у контрольных.

При гистологическом исследовании на ранних стадиях раневого процесса (3-5 сутки) у животных контрольной группы отмечалась более выраженная воспалительная реакция вокруг раны, выражающаяся в тромбозе и расширении сосудов, отеке и инфильтрации дермы лимфоцитами и макрофагами.

На 10 сутки эксперимента у крыс обеих групп в регенератах кожи отмечается формирование капиллярной сети. Но в опытной группе в отличие от с контроля заметен более ранний и активный рост сосудистых элементов. В опытных регенератах отечность и инфильтрация лимфоидными клетками менее выражены, эпителий выглядит полноценным. В контрольных регенератах кожи наблюдаются отечность и инфильтрация лимфоидными клетками.

Полученные данные свидетельствуют о том, что электромагнитное излучение, генерируемое терапевтическим аппаратом «МАС», с одномоментным использованием раневых покрытий позволяет стимулировать скорость контракции раневой поверхности, сокращает сроки отпадения первичного струпа и в целом ускоряет заживление полнослойной кожной раны с полноценным восстановлением эпителия.

ВЫБОР МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ ПРИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ГОЛОВНОМ МОЗГЕ

Зокиров К.С.

Республиканский научный центр нейрохирургии.

Основные принципы анестезиологического обеспечения нейрохирургических вмешательств предполагают достижение надежной и легкоуправляемой анестезии без отрицательного воздействия на внутричерепное давление (ВЧД), мозговой кровоток (МК) и системную гемодинамику, а также создание антигипоксической защиты мозга от локальной или общей ишемии. В этой связи формулируются основные требования к «идеальному» анестетику при нейрохирургических вмешательствах. Такой анестетик должен снижать ВЧД, объёмный МК и кислородную потребность мозга, поддерживая их соотношение на оптимальном уровне; минимально нарушать ауторегуляцию МК; позволять легко управлять степенью артериальной гипотензии на любом этапе оперативного вмешательства; обеспечивать быстрое пробуждение и восстановление функции ЦНС в конце операции.

Цель работы. Выбор оптимального метода анестезии отвечающего следующим требованиям: снижение явлений внутричерепной гипертензии; поддержание стабильных показателей системной гемодинамики; поддержание оптимальных показателей центрального перфузионного давления головного мозга; достаточная аналгезия; при необходимости быстрое пробуждение.

Материал и методы. В исследование включены 165 больных с опухолями головного мозга в возрасте от 43 до 80 лет, из них 96 (58,1%) женщин и 69 (41,9%) мужчин. Длительность оперативных вмешательств – от 2 часов 40 минут до 3 часов 50 минут. Премедикация осуществлялась по стандартной методике за 30–40 минут в палате (атропин 0,1% 0,01–0,02 мг/кг, димедрол 1% 0,5–1,0 мг/кг, сибазон 05% 2,0 мл, промедол 2%1,0). Для обьективной оценки адекватности разработанных вариантов общей анестезии использован комплекс клинических методов: АД, Ps, ЧСС, SAO2, ETCO2 на этапах анестезии и операции.Нами разработано 3 модификации общей анестезии:

1. ТВВА «калипсол +ГОМК + фентанил» с поддержанием ИВЛ ардуаном (0,6-0,7 мг/кг). Средние дозы калипсола 1,0–1,5 мг/кг, ГОМК 20–40 мг/кг каждые 40–60мин, фентанил 4,0–6,0мкг/кг каждые 15–20 мин.

2. ТВВА «тиопентал + ГОМК + фентанил» с поддержанием ИВЛ ардуаном (0,6–0,7 мг/кг). Тиопентал 1% 5,0–7,0 мг/кг каждые 15–20 мин, ГОМК 20–40 мг/кг каждые 40-60 мин, фентанил 4,0–6,0 мкг/кг каждые 15–20 мин.

3. ТВВА «пропофол + ГОМК + фентанил» с поддержанием ИВЛ ардуаном (0,6–0,7 мг/кг). Пропофол 3,0–6,0 мг/кг, ГОМК 20-40 мг/кг каждые 40–60 мин, фентанил 4,0–6,0 мкг/кг каждые 15–20 мин.

Результаты и обсуждение. Первая группа препаратов представлена кетамином и его аналогами (калипсол, кетанест). Для них характерен эффект церебральной вазодилатации с одновременным системным гипертензивным действием. Способность повышать ВЧД, обусловленная диссоциативной активизацией структур ЦНС, повышением кровенаполнения мозга, обусловила в свое время категорический запрет на его использование как средства моноанестезии, особенно у пациентов с ВЧГ. Вместе с тем, при отсутствии тотальных нарушений ауторегуляции МК и одновременном применении средств и методов, нивелирующих нежелательный церебральный вазодилататорный и системный гипертензивный эффект препарата (бензодиазепины, наркотические анальгетики, гипервентиляция).

Проведенные исследования доказали ее эффективность и показали отсутствие неблагоприятных изменений со стороны системного и мозгового кровотока, сохранность ауторегуляторных механизмов, особенно если она проводится после предварительного внутривенного введения бензодиазепинов (сибазон, седуксен) и на фоне умеренной гипервентиляции.

Вторая группа препаратов представлена тиопенталом. Внутричерепное давление при применении тиопентала снижается сильнее, чем артериальное, поэтому церебральное перфузионное давление обычно повышается. Препарат вызывает дозозависимое угнетение метаболизма мозга и мозгового кровотока вплоть до появления изолинии на электроэнцефалограмме. Этот уровень соответствует снижению метаболических потребностей мозга на 50%, и дальнейшее увеличение дозы не сопровождается дополнительным угнетением метаболизма. Тиопентал вызывает вазоконстрикцию только в хорошо снабжаемых кровью участках головного мозга, поскольку в очагах ишемии сосуды максимально расширены и находятся в состоянии вазомоторного паралича. Этим эффектом обусловлено увеличение регионарного мозгового кровотока в участках ишемии (феномен Робин Гуда, или обратного обкрадывания).

Третья группа препаратов представлена пропофолом. При тотальной внутривенной анестезии гипнотический компонент чаще обеспечивают анестетиками (пропофол). Пропофол является также одним из наиболее эффективных препаратов, снижающих ВЧД. С этой целью его вводят со скоростью 4–12 мкг/кг/ч. Имеет цереброваскулярный профиль, подобный барбитуратам. Однако не было продемонстрировано достоверно нейропротективных эффектов пропофола после ишемии мозга. Препарат снижает CMRO2, внутричерепное давление и мозговой кровоток. Депрессия гемодинамики снижает церебральное перфузионное давление в большей степени, чем барбитураты. Может уменьшать послеоперационную тошноту и рвоту.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Зохидова С.Х., Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Изучены результаты хирургического лечения 275 больных пожилого и старческого возраста с послеоперационными вентральными грыжами значительных размеров, которые оперированы в неотложном порядке по поводу осложненных грыж в 2000–2012 гг. У 48 (17,5%) больных продолжительность заболевания составляла 5–10 лет, у 227 (82,5%)– превышала 10 лет. По поводу послеоперационных грыж ранее оперированы 197 (71,6%) больных, их них 143 – 1 раз, 28 – 2, 14 – 3, 1 – 4, 1 – 5 раз. 194 (70,5%) пациента были оперированы в молодом и среднем возрасте. Наиболее частой локализацией у пожилых (169 больных) были срединные послеоперационные грыжи.

82 больных госпитализированы в первые сутки после возникновения осложнения, остальные 193 – через 2 суток и позже. Появление признаков осложнения самими больными, а иногда и врачами, расценивалось как «привычные» и ранее наблюдавшиеся и благополучно разрешившиеся беспокойства (боли, вздутие живота, запоры, тошнота и др.). Отсюда поздняя госпитализация.

Особое значение в комплексном лечении пожилых имела предоперационная подготовка, направленная на улучшение сердечно-легочной деятельности и уменьшение явлений интоксикации. У большинства больных непродолжительная (1–2 ч) интенсивная инфузионная терапия, сочетанная с форсированным диурезом, сердечными средствами и ингаляцией кислорода, позволила достичь лечебного эффекта.

Хирургические вмешательства у 221 (80,4%) пациента выполнены под эндотрахеальным наркозом. Наиболее целесообразным считали поперечные разрезы при срединных грыжах и косые – при подвздошных. Особое значение придавали выбору объема и характера операции с учетом общего состояния больного и степени операционного риска.

При тяжелом общем состоянии больных, при больших и гигантских грыжах, сочетанных с ожирением III-IV степени, выполнялись хирургические вмешательства, направленные лишь на устранение явлений ущемления и кишечной непроходимости без пластики передней брюшной стенки. Такие операции «отчаяния» выполнены у 39 больных, 11 из которых вскоре умерли от сердечно-легочной недостаточности. Среди последних у одного была произведена резекция тонкой кишки в связи с её некрозом.

При средней тяжести и удовлетворительном общем состоянии больных, при отсутствии опасности повышения внутрибрюшного давления операции включали в себя и ушивание мышечно-апоневротического дефекта передней брюшной стенки созданием дупликатуры местных тканей, а при невозможности последнего – наложение контактных швов на края дефекта. Из 205 больных этой группы 6 умерли от сердечно-легочных расстройств на 3-7 сутки после операции.

Интенсивная терапия больных в раннем послеоперационном периоде включала меры лечения и предупреждения сердечно-легочных расстройств и интоксикации, профилактики тромбоэмболических осложнений и пареза кишечника.

Курс лазерной терапии проведен у 73 пациентов с использованием ИК-лазеров («МИЛТА», «Узор»). В послеоперационном периоде (на 2 сутки) включили сеансы облучения передней брюшной стенки в области операционной раны. Сеансы проводили 1 раз в сутки в течение 300 с, всего 7 сеансов. Режим сканирующий, длина волны – 0,89 мкм, импульсная мощность – 3 Вт, частота импульсов – 5000 Гц. У этих больных нагноений послеоперационной раны не отмечалось.

Всего умерли 17 (6,18%) больных. Из них 12 пациентов поступили в сроки от 24 часов до 5 суток от момента ущемления. Основными причинами летальных исходов были перитонит (12), сердечно-сосудистая недостаточность (3), ТЭЛА (2).

Таким образом, строгий индивидуальный подход к выбору объема хирургического вмешательства с учетом общего состояния больного и степени операционного риска, использование направленных на спасение жизни больного паллиативных операций без ушивания грыжевых ворот позволяет достичь некоторого улучшения непосредственных результатов.

Выводы. Проведение комплексных мероприятий– диспансеризация населения, широкая санитарно-просветительная работа, грыжесечения в плановом порядке и включение ИК-лазеров в послеоперационном периоде – позволяет снизить частоту различных осложнений и летальность.

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Ибадов Р.А., Баженов Л.Г., Арифжанов А.Ш., Шаниева З.А., Стрижков Н.А.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Вопрос о рациональном применении антибиотиков в последние годы приобретает все большее значение. Применение современной интенсивной терапии позволило снизить летальность в острую фазу панкреатита, однако при этом возросла возможность формирования различных гнойно-септических постнекротических осложнений.

Цель исследования. Оптимизация методов профилактики и мониторинга эффективности антибиотикотерапии при остром деструктивном панкреатите.

В ОРИТ РСЦХ им. акад. В. Вахидова в 2009–2012 гг. под наблюдением находился 131 больной с острым деструктивным панкреатитом. Материалом для анализа служило отделяемое из дренажей. Использованы традиционные методы выделения и идентификации микроорганизмов, определения их чувствительности к антибиотикам и динамический контроль содержания С-реактивного белка.

Выделенная микрофлора была представлена грамотрицательными (77,2%) и грамположительными микроорганизмами (18,2%), грибами рода Candida (4,6%) Среди грамотрицательных микроорганизмов чаще всего были изолированы E.coli (46,4%), K.pneumoniae (21,3%); среди грамположительных: Staphylococcus spp. (11,3%), Enterococcus spp. (9,8%), Staphylococcus aureus (3,4%). Анализ антибиотикограмм показал, что грамотрицательная микрофлора была более резистентной, чем грамположительная. В ее отношении наиболее активными препаратами оказались имипенем (3,0% резистентных штаммов), меропенем (10,0%), полимиксин В (11,0%), цефоперазон/сульбактам (33,0%), амикацин (12,0%), офлоксацин (44,0%). Большинство грамположительных штаммов проявляли устойчивость к пенициллиновым антибиотикам. Наиболее активными против них препаратами оказались ванкомицин (0% резистентных штаммов), амикацин (9,0%), цефоперазон/сульбактам (17,0%), офлоксацин (21,0%), цефтриаксон (35,0%), цефотаксим (45,0%). При уровне СРБ свыше 70 мг/л проводилась деэскалационная антибактериальная терапия. Использование метода прогнозирования и определение исходной концентрации С-реактивного белка способствовало выделению группы риска и более целенаправленной антибиотикопрофилактики гнойно-септических осложнений, что позволило существенно снизить частоту последних.

Таким образом, антибиотикопрофилактика и рациональная антибиотикотерапия путем учета прогностических факторов и антибиотикочувствительности ведущих штаммов возбудителей при остром панкреатите позволяет существенно снизить частоту гнойно-септических осложнений.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМ — ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКА БРОНХОЛЁГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Ибадов Р.А., Арифжанов А.Ш., Мансуров З.Н., Стрижков Н.А.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Цель исследования. Разработка тактики респираторной и небулайзерной терапии в профилактике бронхолёгочных осложнений у больных, находящихся на ПИВЛ в ОРИТ хирургического стационара.

Материал и методы. Изучена тактика респираторной и небулайзерной терапии у 65 женщин в возрасте 48-63 года, находящихся на ПИВЛ после реконструкции передней брюшной стенки и аллогерниопластики по поводу вентральных грыж передней брюшной стенки в ОРИТ РСЦХ им. акад. В.Вахидова в 2008–2012гг. Индекс Кетле (ИМТ) у всех пациентов был выше 32,3; средняя масса тела 128,3±2,1 кг, при этом у всех больных показатели внутрибрюшного давления (ВБД) соответствовали II-III степени согласно рекомендациям Всемирного Общества по СИАГ (WSACS). У всех больных придавалось возвышенное (45–50°) положение головного конца кровати с подложенным под поясничную область валиком, проводилась ранняя медикаментозная стимуляция кишечника и эпидуральная аналгезия. Больные были разделены на 2 группы: у 43 больных 1-й группы осуществлялось традиционное постоперационное ведение: ПИВЛ в режимах «Volume control» с прямоугольным инспираторным потоком; у 22 пациенток 2-й группы – ПИВЛ в режимах «Pressure control» нисходящим инспираторным потоком.

Небулайзерная терапия в обеих группах проводилась в контуре аппаратов ИВЛ: 24% эуфиллином 1,0 мл и 1% фуросемидом 2,0 мл с последующем применением раствора беродуала 1,0 мл, растворённого в 3,0 мл физиологического раствора сеансами по 5–10 мин каждые 4 часа, ФарГАЛС в разведении дистиллированной водой 1:2.

Результаты. На 3 сутки после операции высокое ВБД (15–20 мм рт.ст.) сохранялось у всех пациенток, что связано с постоперационным парезом кишечника, у 37 (56,9%) и у 5 (7,7%) – с напряжением передней брюшной стенки из-за постоперационной боли. Кроме того в последующие 3-5 суток у 57 (87,6%) больных отмечается увеличение ВБД до 23,4±0,7 мм рт.ст.

Оптимизация положения больных, применение эпидуральной анестезии, появление перистальтики на фоне обезболивания способствовали уменьшению участия вспомогательных мышц в акте дыхания и стабилизации ВБД в пределах 9-13 мм рт.ст на 11- 16 сутки. При этом проведение ПИВЛ в режимах «Pressure control» с нисходящим инспираторным потоком было для данной категории больных оптимальным.

Четырёхкомпонентная схема небулайзерной терапии в группе с применением ФарГАЛСа оказывала лучший эффект, что проявлялось уменьшением отделяемого трахеобронхиального дерева, в том числе гнойно-геморрагических корок, лучшими показателями газового состава крови при меньшем сопротивлении потоку респиратора, что способствовало уменьшению количества санационных бронхофиброскопий.

Выводы. У больных с абдоминальным компартмент-синдромом, находящихся на пролонгированной искусственной вентиляции лёгких, оптимальным является проведение ПИВЛ в режимах ”Pressure control” нисходящим инспираторным потоком, возвышение (45–50°) головного конца кровати с подложенным под поясничную область валиком, ранняя медикаментозная стимуляция кишечника, применение эпидуральной анестезии в комплексе с сеансами четырёхкомпонентной небулайзерной терапией с использованием отечественного препарата ФарГАЛС.

СОЛЕВОЙ РАСТВОР СУКЦИНАСОЛ В КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ

Ибрагимов Д.Ф., Фаязов А.Д., Абдуллаев У.Х., Шамуталов М.Ш., Сабитов А.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

С целью определения клинической эффективности и переносимости различных схем коррекции водно-электролитных расстройств в реанимационном отделении комбустиологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи были изучены результаты применения сбалансированного полиионного раствора сукцинасола и раствора Рингера лактата у тяжелообожженных больных.

Под наблюдением находились 42 больных с тяжелой ожоговой травмой (ИТП 91±14 ед.). Средний возраст 55,1±1,4 года. При поступлении в отделение всем пациентам проводилась инфузионно-трансфузионная, респираторная, реологическая, антибактериальная терапия, инотропная поддержка и профилактика язв. В зависимости от препарата, используемого для регидратации, больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по сопутствующей патологии, 12 больных 1-й группы (ожоговый шок тяжелой степени тяжести) в составе комплексной терапии получали сбалансированный полиионный раствор сукцинасол в суточной дозе 800 мл на протяжении первых трех суток. 12 пациентов 2-й группы (тяжелый ожоговый шок) получали в составе комплексной терапии сбалансированный полиионный раствор рингера лактата в дозе 800 мл 2 раза сутки с 1 по 3 сутки ожогового шока.

У всех больных определяли глубину и площадь ожогового поражения, проводили динамический контроль показателей гемодинамики и почасового диуреза, SpO_2; динамический мониторинг Hb, Ht, электролитов, глюкозы и осмолярности сыворотки крови. Биохимическое обследование крови включало определение общего белка, альбумина, АСТ, АЛТ, остаточного азота и креатинина.

В динамике лечения у пациентов 1-й группы частота сердечных сокращений снизилась с 102±6 до 88±4 в 1 мин, 2-й – с 102±4 до 90±6 в 1 мин), нормализовалось систолическое артериальное давление, повышалось центральное венозное давление (ЦВД) с 20 до 65 мм водн.ст. Одновременно на 168 и 158% повышался диурез, что свидетельствовало о выходе пациентов из ожогового шока.

Анализ исходного состояния центральной гемодинамики выявил снижение ударного объема сердца (УОС) на 38,4 и 36,8% от нормы в 1 сутки ожоговой травмы. К 3суткам ожоговой болезни УОС увеличивался, но не достигал нормы. На фоне лечения наблюдалось снижение МОК на 25,6 и 23,8% с возвращением его к возрастным значениям на 3 сутки интенсивной терапии. Исходно у всех пострадавших отмечался гиподинамический тип кровообращения. Относительная нормализация сердечного выброса формировалась к моменту выхода пациентов из состояния ожогового шока. Так, сердечный индекс был на 4,4% ниже физиологических значений до 7 суток наблюдения. Реакция сосудистой системы на полученную ожоговую травму проявлялась сосудистым спазмом (увеличение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) на 36,4 и 31,4%) с первых часов ожоговой травмы.

Под влиянием проводимой интенсивной комплексной терапии сукцинасолом, начиная со 2 суток ОПСС снижалось до средних значений 955±14,2 дин/с х $см^{-5}$. Это обеспечивало снижение постнагрузки и улучшало эффективную работу сердца. Подобная тенденция показателей центральной гемодинамики была особенно выражена у всех пациентов, которые получали сукцинасол.

Выводы. 1. Применение раствора сукцинасола позволяет быстро и активно устранить дегидратацию и расстройства водно-электролитного обмена. 2. Применение сукцинасола в остром периоде ожоговой болезни позволяет не только эффективно и быстро устранить расстройства воды и электролитов, но и частично восполнить энергетические затраты, оптимизировать углеводный обмен, предупредить протеолиз скелетной мускулатуры, снизить выраженность катаболической реакции организма на стресс. 3.Изотонический сбалансированный солевой раствор сукцинасола у пациентов с ожоговой болезнью высокоэффективен для коррекции и стабилизации функций сердечно-сосудистой системы и улучшения гемореологических показателей крови.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СУКЦИНАСОЛА

Ибрагимов Д.Ф., Фаязов А.Д., Шукуров С.И., Убайдуллаев З.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа обожженных с комбинированными и сочетанными травмами. Прогресс в медицине, и в том числе, в комбустиологии, привел к улучшению показателей выживания этой категории пострадавших. Улучшение результатов стало возможным вследствие прогресса в реаниматологии, внедрения новых хирургических методов и технологий, использования современных антибактериальных препаратов, нутритивной и метаболической поддержки. Одним из новых препаратов отечественного производства, предложенный для комплексного лечения тяжелообожженных больных, является сукцинасол, созданный в Научно-исследовательским институте гематологии и переливания крови МЗ РУз.

Цель. Оценка эффективности препарата сукцинасол при комплексном лечении тяжелообожженных с комбинированными и сочетанными травмами. Под наблюдением были 56 больных (36 мужчин и 20 женщин) с ожогами от 20 до 85% поверхности тела при наличии глубоких ожогов от 10% до 30%.

1-я группа, которая была контрольной включала 28 тяжелообожженных с комбинированными и сочетанными травмами, получавших стандартную ком-

плексную терапию. 28 больных с комбинированными и сочетанными травмами 2-ой группы получали стандартную комплексную терапию с использованием сукцинасола. Больные получали сукцинасол внутривенно капельно в объеме 500–1000 мл в сутки в течение 7 дней от начала периода токсемии.

Больным контрольной группы комплексно вливали раствор Рингера внутривенно капельно.

Контроль терапии осуществляли с учетом клинического статуса больных, биохимических показателей крови, показателей эндогенной интоксикации.

Как показали результаты наших исследований, у пациентов 1-й группы уровень АЛТ до лечения составлял в пределах 48,9±0,24 u/l, АСТ 52,2±0,35 u/l, после лечения – соответственно 34,4±0,04 и 34,6±0,25 u/l, количество молекул средней массы (МСМ), которые являются показателем эндогенной интоксикации, было в пределах 0,556±0,01 усл.ед., лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) – 4,6±0,35 Ед. После лечения количество МСМ было равно 0,428±0,02 усл.ед., ЛИИ – 3,5±0,94 Ед.

Во 2-й группе уровень АЛТ до лечения колебался в пределах 44,6±0,02 u/1, АСТ – 52,3±0,42 u/1, после лечения – соответственно 32,8±0,12 и 32,2±0,14 u/1. Количество МСМ до лечения было равно 0,412±0,01усл.д., ЛИИ – 3,06±0,18 Ед., после лечения – соответственно 0,346±0,05 усл.ед. и 2,18±1,6 Ед.

Таким образом, новый препарат сукцинасол, обладающий полифункциональными свойствами кровезаменителя, продемонстрировал свою эффективность в комплексном лечении тяжелообожженных больных с комбинированными и сочетанными травмами, проявляя особенно дезинтоксикационную способность снижением уровня печеночных ферментов и эндогенной интоксикации в 1,3 раза по сравнению с контролем.

АДЕКВАТНАЯ ТЕРАПИЯ — ЗАЛОГ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОРГАНОВ ЖИВОТА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ

Иванов П.А., Никитина О.В.

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

Закрытая травма живота с множественными повреждениями внутренних органов является угрожающим жизни состоянием, требующим проведения экстренного хирургического вмешетельства. Сочетание повреждений органов панкреато-дуоденальной зоны с другими множественными повреждениями внутренних органов представляет собой сложную задачу как для выбора оптимальной хирургической тактики лечения, так и для коррекции возникающих в результате травмы и оперативного вмешательства расстройств жизненно важных функций. Во многих случаях подобные повреждения сопровождаются массивной кровопотерей, что еще более усложняет ведение послеоперационного периода. В достижении положительного результата это усиливает значение эффективной интенсивной терапии, а также взаимодействия реаниматолога и хирурга.

Цель исследования. Обобщение опыта и выделение наиболее эффективных факторов в интенсивной терапии пациентов с множественными повреждениями органов груди и живота с вовлечением органов панкреато-дуоденальной зоны и массивной кровопотерей.

Материал и методы. В 1991–2013 гг. под нашим наблюдением находились 368 больных с травмой печени, 92 –с травмой поджелудочной железы и 69 – с повреждением двенадцатиперстной кишки. У 9 пострадавших были сочетанные повреждения 3 названных органов, у 15 – сочетанные повреждения 2 последних органов. Большинство пострадавших – мужчины в возрасте от 20 до 40 лет.

Если на момент поступления не было показаний к экстренной операции (перитонит, внутрибрюшное кровотечение), использовался комплекс диагностических мероприятий: лабораторная диагностика, рентгенологическое и ультразвуковое исследования, компьютерная томография, при необходимости – видеолапароскопия.

Проанализированы результаты лечения пострадавших с повреждением трех органов.Выбор хирургической тактики у этих больных вызывает наибольшие споры. Большинство авторов склонны к минимизации операционной травмы, другие – к проведению радикальных операций. Выбор указанной тактики предпочтителен в связи с развитием малого количества осложнений, приводящих к смерти пациентов. 5 пострадавших умерли в первые трое суток от массивной кровопотери и шока, 9 – в более поздние сроки от гнойных осложнений. Неудовлетворительные результаты послужили основанием изменить хирургическую тактику. Пострадавший А., 28 лет, поступил по скорой помощи 28.04.04 г. В процессе обследования с диагнозом сочетанная травма, закрытая черепномозговая травма, закрытая травма груди и живота, гемоперитонеум пациент экстренно оперирован. Верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости около 1500 мл крови и сгустков, повреждение органов. Источниками кровотечения были разрыв печени и головка поджелудочной железы.

Кровопотеря в ходе операции составила 2500 мл, кровь была собрана аппаратом Cell Saver, реинфузия. В ходе операции и в первые двое суток раннего послеоперационного периода отмечалась нестабильная гемодинамика, вводился допамин в дозе 5–6 мкг/кг/мин с последующим снижением и отменой препарата. Мозговую кому наблюдали в течение первых 6 суток с оценкой по шкале комы Глазго в 6–9 баллов. На 7 сутки появились элементы сознания, к 11 суткам восстановилось ясное сознание. Продолжительность искусственной вентиляции легких составила 15 дней. Далее применяли вспомогательные режимы вентиляции с постепенным снижением ко-

личества опорных вдохов и чувствительности триггера, позволявшие осуществлять тренировку самостоятельного дыхания и перевод на спонтанное дыхание. На 16 день больной отлучён от респиратора. Помимо инфузионно-трансфузионной, антибактериальной, реологической, антиангинальной терапии с целью профилактики развития травматического панкреатита пациент получал цитостатические, антиферментные препараты, а также подавляющий экзокринную функцию поджелудочной железы октреотид. В ранние сроки была начата активная иммунозаместительная терапия. Ежедневно вводились гипериммунные плазмы, внутривенный иммуноглобулин. Большое внимание уделялось антиоксидантной и метаболической терапии. В программу интенсивной терапии были включены как естественные антиоксиданты, так и мексидол, актовигин. К 17 дню интенсивной терапии была констатирована полная стабилизация витальных функций, значительное улучшение общего состояния: ясное сознание, двигательная активность, регресс пневмонии, восстановление перистальтики кишечника, самостоятельный стул на фоне энтерального питания по назоэнтеральному зонду. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии через 5 недель после операции.

Таким образом, наши наблюдение демонстрирует возможность успешного хирургического лечения пострадавших с множественной сочетанной травмой груди и живота. Необходимо подчеркнуть положительную роль сбора крови и её реинфузии для адекватной коррекции кровопотери в ходе анестезиологического обеспечения.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТ-ГЕМАТОМ

Исаков Б.М., Ташланов Ф.Н., Мадаминжонов У.О., Бурхонов И.М., Ташланов М.М., Исаков К.Б.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Острое нарушение мозгового кровообращения является третьей причиной смерти населения после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В структуре инсульта кровоизлияние в мозг составляет от 4 до 30% (Симанов Ю.В., 2001; Лебедев И.А. и др., 2007; Lampl Y., 1995; Arai H., 1997). Летальность при геморрагическом инсульте достигает 40–50%, а инвалидизация – 70–80% (Дамулин И.В. и др., 2003; Kolominsky-Rabas P. и др., 1998; Woo D. и др., 2004).

Цель. Анализ результатов хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом (ГИ) с помощью современных методов нейровизуализации.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении АФ РНЦЭМП в 2010 - 2012 гг. находились 25 больных с острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу различной локализации в возрасте от 50 до 65 лет. Мужчин было 18, женщин – 7.

По данным анамнеза все больные страдали гипертонической болезнью давностью от 5 до 10 лет. Оперативное лечение проведено у 12 пациентов. Всем больным проводили клинико-неврологический осмотр. Уровень нарушения сознания определяли по ШКГ и Hunt-Hess. Оценивались общемозговые, очаговые и менингеальные симптомы. Тяжесть состояния больных оценивали по шкале ICH, исход заболевания - по шкале исходов Глазго (ШИГ). Из инструментальных методов исследования применяли МРТ и КТ-исследование головного мозга. По уровню нарушения сознания при поступлении больные распределились следующим образом: ясное сознание — 1 (8,3%) пациент, умеренное оглушение — 3 (25,0%), глубокое оглушение — 5 (41,6%), сопор — 2 (16,6%), умеренная кома — 1 (8,3%). Апоплектиформный вариант течения ГИ отмечался у 7 (58,3%) пациентов. Прогредиентное течение с постепенным угнетением сознания и нарастанием неврологического дефицита наблюдалось у 3 (25,0%) больных, у 2 (16,6%) заболевание протекало с прогрессированием неврологического дефицита без угнетения сознания.

Показаниями к хирургии геморрагических инсультов являлись: латеральный инсульт (гематома объемом более 40 мл); лобарный инсульт (гематома более 30 мл).

Развитие коматозного состояния у больных с геморрагическим инсультом является плохим прогностическим признаком и при длительности комы более 6–12 часов служит показанием к операции. Операция заключается в удалении гематомы и устранении эффектов компрессии и дислокации мозга. В послеоперационном периоде важна профилактика повторных кровоизлияний в ложе удаленной гематомы.

Результаты. Для удаления внутримозговых инсульт-гематом использовали нейровизуализацию и микронейрохирургическую технику. Объем удаленных гематом – от 40 до 80 см^3. В послеоперационном периоде больным проводилось лечение, направленное на борьбу с отеком мозга и восстановление утраченных функций головного мозга. Хорошие результаты получены у 3 больных, удовлетворительные у 6, умерли 3 больных, оперированных в состоянии комы с наличием признаков дислокации мозга).

Выводы. Хирургическое лечение показано больным с геморрагическим инсультом, находящимся в компенсированном и субкомпенсированном состоянии, с уровнем бодрствования до сопора, без тяжелой соматической патологии. Хирургическое лечение пациентов с геморрагическим инсультом, находящихся в коме, малоэффективно и сопровождается высокой летальностью – до 83%.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ

Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Ташланов Ф.Н., Шарипов А.А., Максудов Б.М., Исаков К.Б., Ташланов М.М., Бурханов И.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Диагностика и лечение черепно-мозговых травм в настоящее время является одной из актуальных проблем современной нейрохирургии. Черепно-мозговая травма по показателю летальности занимает третье место после острой сердечно-сосудистой патологии и онкологических заболеваний. Под нашим наблюдением в отделении нейрохирургии АФ РНЦЭМП в 2009–2012 гг. находились 237 больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами, осложненными образованием внутричерепных гематом различной локализации и размеров. Возраст больных – от 15 до 65 лет. Мужчин было 143, женщин – 94. 145 больных были работоспособного возраста от 25 до 45 лет. Автотравма была у 125 больных, бытовая травма у 106 (падение с высоты, побои), производственная травма у 6.

Клинико-неврологические, рентгенологическое, КТ и МРТ-исследования проводились согласно утвержденному стандарту.

Неврологический статус больных оценивался по ШКГ, клинически у больных наблюдался анизокория, гемипарезы и гемиплегии. Рентгенологически у 167 больных выявлены признаки перелома костей свода и основания черепа, у 65 из них перелом носил вдавленный характер. Глубина вдавления от 0,4 см до 2,5 см. По данным КТ и МРТ-исследования у обследованных выявлены признаки ушиба различных отделов головного мозга, наличие внутричерепных гематом различной локализации: эпидуральные – у 123 случаях, субдуральные – у 86 (у 15 из них интраоперационно обнаружены гидромы), внутримозговой локализации – у 28. По предварительным расчетам объем гематом варьировал от 35 до 100 см^3. Внутримозговые гематомы были меньших размеров – от 15 до 50 см^3. Оперативные вмешательства проводились путем наложения фрезевого отверстия у 25 больых, через малое трепанационное отверстие (до 3 х 3 см) у 36, через трепанационное отверстие у 178. При наличии внутримозговых и больших субдуральных гематом оперативное вмешательство завершали установлением дренажной трубки с целью эвакуации остатков крови в послеоперационном периоде. Дренажную трубку удаляли на 2–3 сутки после операции.

Хорошие послеоперационные результаты получены у 136 больных, удовлетворительные – у 56. у 45 больных умерли в 1 и 3 сутки после операции.

Таким образом, проведение КТ и МРТ-исследования у больных при поступлении помогает установить правильный диагноз и выбрать тактику лечения. Проведение оперативного вмешательства в ранние сроки играет большую роль в сохранении жизни больных и является профилактикой инвалидности.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ БОЛЬШИХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ЖИВОТА

Исантурдиев У.И., Кунишев Ш.У., Расулов Ш.А., Соатмуродов Ш.Н., Бегманов Р.Б., Ортиков А.М.

Сырдарьинский областной филиал РНЦЭМП

Наружные ущемленные грыжи живота встречаются у 5% населения и являются одной из самых распространенных хирургических патологий. Среди всех хирургических вмешательств грыжесечения по частоте занимают второе место после аппендэктомии и составляют 15% от всех оперативных вмешательств.Актуальность и сложность проблемы состоит не только в широком распространении заболевания, но и в значительном числе рецидивов, достигающем 40–50% при больших, рецидивных и послеоперационных вентральных грыжах. При больших размерах грыжи возникает несоответствие применяемого способа аутогерниопластики степени анатомических и функциональных изменений в тканях передней брюшной стенки под действиям сформировавшейся грыжи, усугубляющихся по мере ее увеличения. В последние годы завоевала признание концепция герниопластики без натяжения. Однако операции с применением синтетических эксплантатов до настоящего времени не получили должного распространения.

2006–2012 гг. в отделении хирургии РНЦЭМП оперирован 401 больного в возрасте от 27 до 76 лет с ушемленными большими и гигантскими (в случае послеоперационных) грыжами передней брюшной стенки.

Паховыми грыжами больших размеров считали значительное расширение глубокого пахового кольца (более 1/3 ее длины). К послеоперационным грыжам больших и гигантских размеров относили грыжевые дефекты более 10 см или грыжевые выпячивания более 15 см.

При обследовании у большинства больных выявлены одно или несколько сопутствующих заболеваний (сердечно-легочная патология, ожирение и др.). Больные с грыжей больших размеров и сопутствующими заболеваниями были отнесены к категории тяжелых с серьезным послеоперационным прогнозом.

Контрольную группу больных составили 104 человека, оперированных с использованием традиционной тактики (2006–2012 гг.), которая заключалась в применении различных способов закрытия грыжевых ворот местными тканями. При лечении больных с послеоперационными вентральными грыжами в основном применяли способы, направленные на закрытие дефекта с помощью удвоения мышечно-апоневротических краев грыжевых ворот.

В основную группу включили 297 больных с ущемленными большими и гигантскими грыжами передней брюшной стенки, оперированных с использованием усовершенствованной тактики лечения (2006–2012 гг.)

При паховых грыжах операции проводились под местной инфильтрационной, эпидуральной или спинальной анестезией, при послеоперационных -под эндотрахеальным наркозом.

В контрольной группе у 19 (6,3%) пациентов возникли местные осложнения, такие как инфильтрат послеоперационной раны (9), нагноение раны (7), лигатурный свищ (3).

В основной группе местных осложнений было значительно меньше (2,0%). Достоверного уменьшения количества гнойных раневых осложнений удалось добиться благодаря применению комплекса мер профилактики раневой инфекции, который состоял из введения антибиотиков широкого спектра действия перед операцией; проведения региональной (в зоне пластики) антибактериальной терапии во время операции; проведения пункций сером в области пластики; отказа от применения дренажей Redon; ношения бандажа с первых суток послеоперационного периода.

В раннем послеоперационном периоде умерли 2 больных вследствие массивной тромбоэмболии легочной артерии, которая развивалась несмотря на проводимую профилактику тромбоза глубоких вен. Общая послеоперационная летальность составила 0,5%.

Результаты лечения (в сроки до 8 лет) изучены у 164 больных контрольной группы. Рецидив грыжи отмечались у 34 (20,7%) из них. Существенное влияние на частоту развития рецидива грыжи оказала сопутствующая патология, диагностированная у 69,7% больных. Хроническая сердечно-легочная патология, функциональные нарушения моторики кишечника и другие заболевания на фоне ожирения способствовали систематическому подъему внутрибрюшного давления, что увеличивало натяжение тканей по линии швов. Кроме того, у больных пожилого и старческого возраста возврату заболевания способствовала функциональная несостоятельность соединительной ткани.

В основной группе в отдаленном периоде (до 4 лет) результат герниопластики оценен у 186 больных. Рецидив грыжи наблюдался у 8 (4,3%). Нами установлено достоверное влияние на уровень рецидива местных гнойных осложнений. У 5 пациентов с возвратом заболевания ранний послеоперационный период осложнился глубоким нагноением раны с вовлечением эксплантата. Купирования гнойного воспалительного процесса удалось добиться только после полного удаления эксплантата вместе с гнойным свищом. Эти осложнения встречались в начале освоения методики герниопластики с использованием синтетических эксплантатов. Совершенствование методов борьбы с раневой инфекцией позволило добиться существенного снижения процента рецидивов.

Улучшения результатов, по нашему мнению, удалось достигнуть благодаря применению усовершенствованной тактики лечения. Мы считаем, что при больших и гигантских наружных грыжах живота (и других «сложных» формах) целесообразно применение только трансплантационных способов герниопластики. Уменьшение случаев возврата заболевания у пациентов основной группы было обеспечено внедрением безнатяжных способов операций с использованием полипропиленовых синтетических протезов. В случае паховых грыж альтернативой аллопластике может служить разработанный способ аутогерниопластики параректальным доступом, который обеспечивает свободное низведение поперечной мышцы за счет полулунного разреза обеих стенок влагалища прямой мышцы живота. Его положительными сторонами являются простота, надежность, низкая травматичность и малая себестоимость. В большинстве других случаев применение аутопластических способов герниопластики должно быть ограничено областью «простых» грыж передней брюшной стенки.

Таким образом, применение аутопластических способ герниопластики при больших ущемленных грыжах живота приводит к значительному количеству рецидивов заболевания, что обусловлено выраженным безнатяжением тканей.

Применение различных способов герниопластики с использованием полипролпиленового эксплантата у больных со значительными размерами грыжевых дефектов позволило снизить процент рецидивов заболевания благодаря разгрузке основной линии швов без повышения внутрибрюшного давления.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Исантурдиев У.И., Джурабаев Н.З., Соатмуродов Ш.Н., Рахимов П.Н., Ортиков А.М.

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

В практической работе хирурги ежедневно сталкиваются с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, нередко отмечаются внутрибрюшные кровотечения. При этом специалисты имеют возможность убедиться, что наличие хирургического опыта, тщательность осмотра больного, использование рентгенологических и лабораторных методов исследования помогают не всегда избежать диагностических и тактических ошибок. Своевременное диагностирование заболевания особенно важно в ургентной хирургии, так как промедление с выполнением операции может значительно ухудшить результаты лечения. В неясных случаях всегда существует опасность напрасно прооперировать больного или запустить течение острого процесса при длительном наблюдении.

В Сырдарьинском филиале РНЦЭМП у 312 больных выполненные лапароскопические исследования по поводу острых хирургических заболеваний живота (288) и абдоминальных травм (24). Исследования в основном выполняли под внутривенным калипсоловым наркозом. Только при необходимости, в зависимости от результатов диагностической лапароскопии, переходили к эндотрахеальному наркозу.

У 178 пациентов выявлен острый деструктивный холецистит, у 70 – острый аппендицит, у 4 – прикрытая перфорация желудка и двенадцатиперстной кишки, у 2 – острая кишечная непроходимость, у 1 – тромбоз мезентериальных сосудов, у 12 – гнойные воспалительные заболевания придатков матки с явлениями пельвиоперитонита, у 3 апоплексия яичника. У

18 больных острой хирургической патологии органов брюшной полости не выявлено.

У 5 из 24 больных с закрытой травмой живота экстренная лапароскопия позволила установить повреждение печени с внутренним кровотечением, у 4 – повреждение кишечника, у 3 – повреждение брыжейки тонкой и толстой кишки, у 2 – повреждение желудка, у 2 – повреждение диафрагмы касательным повреждением желудка, у 3 – забрюшинную гематому. У 5 больных повреждений органов брюшной полости не выявлено.

Больные, у которых во время лапароскопии была выявлена острая хирургическая патология со стороны органов брюшной полости, были подвергнуты экстренному оперативному вмешательству. У 204 больных операция завершена лапароскопическим путем.

Таким образом, наши наблюдения показали, что лапароскопия является важным методом ранней диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, который позволяет выбрать правильную тактику лечения больного.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЛИКВИДАЦИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Исантурдиев У.И., Джурабаев Н.З., Соатмуродов Ш.Н., Ортиқов А.М., Рахимов П.Н.

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Цель. Улучшение результатов лечения больных с острой спаечной кишечной (ОСКН) непроходимостью, в анамнезе которых была произведена аппендэктомия миниинвазивным способам.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 78 больных, находившихся в Сырдарьинском филиале РНЦЭМП в 2001–2011 гг. с ОСКН после предшествовавшей аппендэктомии, из них 47 (60,2%) – лица женского, 31 (39,8%) – мужского пола. Возраст больных – от 17 до 70 лет. Аппендэктомия после первого приступа выполнена у 27 (34,6%) больных, после второго и более приступов – у 51 (65,4%). Анамнестически (по выписке) из истории болезни у 43 (55,1%) пациентов была катаральная форма, у 23 (29,5%) – флегмонозная, у 12 (15,4%) – гангренозная и гангренозно-перфоративная формы аппендицита.

У 25 (32,1%) больных это был первый приступ ОСКН, у 53 (67,9%) – второй и более. В сроки до 6 часов от начала приступа поступили 12 (15,4%) больных, от 6 до 12 часов – 23 (29.5%), от 12 до 24 часов – 34 (34,6%), спустя 24 часа – 9 (20,5%).

Всем больным выполнены общеклиническое исследование по стандарту (ОАК, ОАМ, биохимия, коагулограмма, рентгеноскопия в прямой и латеропозиции, УЗД брюшной полости), а в последнее время – и КТ.

Результаты. Всем больным выполнялась диагностическая лапароскопия, по ходу исследования определяли возможность лапароскопической (лапароскопический адгезиолизис) ликвидации ОСКН, которая оказалась эффективной у 69 (79,5%). Переход к лапаротомии, то есть конверсия, выполнен у 9 (20,5%) больных в связи с выраженным компартмент-синдромом.

Применяя ЛА при ОСКН, нам удалось добиться улучшения результатов лечения, которое проявлялось ранней активизацией больных, уменьшением расхода анальгетиков и антибактериальных препаратов и инфузионных сред, ранним восстанавлением моторики ЖКТ, меньшей частотой легочных и раневых осложнений, хорошим косметическим эффектом.

ДИСКУТАБЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПРИНГЛА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФУЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ВО ВРЕМЯ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Искендеров Э.А.

Научный центра хирургии им. акад. М.А.Топчибашева, Баку, Азербайджан,
Университетская Клиника Мюнхена, Кампус Гроссхадерн, Германия

В 1908 году Английский хирург Pringle J. предложил пережимать гепатодуоденальную связку для временной остановки кровотечения из ран печени. Как при экстренных случаях, так и при плановых операциях, когда трудноразрешимой задачей является борьба с кровопотерей, метод Пригла является эффективным и даже спустя 200 лет применяется во многих клиниках. Временная ишемия сопровождается гипоксией печеночной ткани и в некоторых случаях восстановление кровотока после завершения операции приводит к грозному осложнению - реперфузионному повреждению печени, пути профилактики и лечения которого до сих пор остаются актуальной проблемой в гепатобилиарной хирургии.

Цель: выявить нарушение печеночной гемодинамики после применения метода Пригла и оценить эффективность предварительной ишемической подготовки для профилактики реперфузионного повреждения.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 169 больных, оперированных в Университетской клинике города Мюнхена по поводу злокачественных опухолей печени, которые рандомизированным способом разделились на 3 группы: 1-я группа (n=54): резекция без пережатия гепатодуоденальной связки; 2-я группа (n=54): с применением метода Пригла; 3-я группа (n=51): с использованием ишемической подготовки перед методом Пригла, путем периодических наложений и снятий клипа на магистральные сосуды у ворот печени по схеме 10 мин. ишемии + 5 мин. реперфузия + 15 мин. Ишемия + 5 мин. реперфузия. Портальный, артериальный и общий кровоток изучали методом периваскулярной флоуметрии, после мобилизации ворот печени и в конце операции.

Результаты. Обширные резекции печени, проводимые без ишемии, сопровождались кровопотерей и переливанием больших количеств крови. Гемодинамика печени характеризовалась понижением интенсивности кровотока как в воротной вене (25,3%), так и в артери-

альном русле (17,8%). Метод Прингла решил проблему с кровопотерей (1243,3±284,2 ml. против 2031,0±380,8 ml.) и с переливанием крови (3 против 8 конт. эр.мас.). Но ишемия и реперфузия сопутствовали к появлению дисбаланса в кровоснабжении органа и понижению тотального объема крови на 19,5% (1092,2±18,7 – 879,7±16,8 мл/мин. p<0,001).

Синусоидальный застой крови, нарушение дренажной функции печеночных вен увеличили индекс резистентности в art. Hepatica и наблюдалось это как артериальная гипоперфузия, что увеличивал гипоксию гепатоцитов. В группе с применением ишемической подготовки результаты были намного лучше. Несмотря, что изменения объема портального кровотока было статистически недостоверным (778,9±11,7 – 760,6±13,5 мл/мин. p>0,05), интенсивность артериального притока повысился на 38,9% (309,8±12,6 - 489,4±20,8 мл/мин. p<0,001). В раннем послеоперационном периоде исследования у этих больных с помощью УЗИ Доплера показали наивысшие показатели скорости кровотока в воротной вене (29,2±0,7 см/сек.) и нормальный индекс резистентности в печеночной артерии (РИ = 0,7). Активность специфических ферментов цитолиза, а также лабораторные показатели функциональной активности печени в сравнительных группах доказали эффективность ишемической подготовки против реперфузионного повреждения печени.

Заключение. Метод Прингла с объектива профилактики кровопотери и избегания массивных переливаний, имеет практическое преимущество. Реперфузионное повреждение как неблагоприятный результат данного метода, не должно оставаться незамеченным, так как имеется риск развития печеночной недостаточности. Ишемическая подготовка печени является эффективной процедурой для профилактики реперфузионного синдрома.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Махмудов Н.И.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В ФФРНЦЭМП за истекший период на лечении находились 1176 больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК). У 599 (50,9%) пациентов отмечался илиофеморальный флеботромбоз, у 577 (49,1%) – тромбоз глубоких вен бедра и голени. Эпизоды тромбоэмболии легочной артерии имели место у 65 (5,5%) больных с ТГВНК. Причинами ТГВНК в большинстве случаев было повышенное тромбообразование, гиподинамия в послеоперационном периоде, варикозная болезнь, беременность и роды, перелом костей нижних конечностей (экстравазальное поражение сосудов) и воспалительные процессы органов малого таза.

Всем больным производились УЗДГ и УЗАС вен нижних конечностей и малого таза, УЗИ брюшной полости, с помощью которых определяли локализацию, протяженность и эмбологенность тромба. У больных с пристеночным характером тромбоза и сохранением оттока крови по другим венам клиническая картина была скудной. Тщательно собранный анамнез, оценка факторов риска и инструментальные методы исследований позволили выявить ТГВНК в начальных стадиях и провести соответствующее лечение.

Клиническими признаками ТЭЛА у всех больных была одышка, у 58% пациентов – боли в груди, у 37% – кашель, у 15% – кровохарканье, у 22% отмечены эпизоды потери сознания.

Всем больным назначался строгий постельный режим в течение 7–10 дней, возвышенное положение конечности, эластичное бинтование и холод на конечность, прямые антикоагулянты (клексан, фраксипарин) в сочетании с непрямыми антикоагулянтами (варфарин), тромболитики (ротакиназа). При выявлении эмбологенных тромбов общей бедренной и наружной подвздошной вен выполняли тромбэктомию с последующей антикоагулянтной терапией, клипирование нижней полой вены, при тромбозе глубоких вен голени – пликацию или перевязку бедренной вены.

Патогенетическая терапия при эмболии легочной артерии заключалась в струйном внутривенном введении гепаринов для подавления роста и рассасывания тромбов, предупреждения тромбообразования и повторных эпизодов ТЭЛА, проводилась тромболитическая терапия ротакиназой, симптоматическая терапия.

Ротакиназу вводили внутривенно капельно в дозе 250 000 МЕ в 100 мл в течение 30 мин. Затем назначали поддерживающую дозу (по 100 000 МЕ каждый час в течение 3 дней). Антикоагулянтную терапию проводили дробным введением низкомолекулярных гепаринов.

Проводимые мероприятия улучшали общее состояние больных: уменьшалась одышка, боли в груди и кашель. Пациенты хорошо переносили тромболитическую терапию, которая не вызывала аллергических реакций или угрожающих жизни кровотечений.

Тромболитики не использовали при свежих язвах желудочно-кишечного тракта, после недавно перенесенных операций, нарушениях мозгового кровообращения и в I триместре беременности.

Несмотря на проводимую терапию, умерли 23 (2%) пациента. Причиной смерти явилась массивная ТЭЛА с нарастающей правожелудочковой недостаточностью.

Таким образом, ранняя диагностика ТГВНК, осложненных ТЭЛА, с использованием ультразвуковых и лабораторных методов, применение высоких доз антикоагулянтов и тромболитиков в ранние сроки, а также оперативные вмешательства при эмбологенных тромбах позволяют уменьшить число тромбоэмболических осложнений и улучшить результаты лечения.

СРЕДНЕРОТАЦИОННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛЕЧА И ЕГО РОЛЬ ПРИ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Ишкабулов Р.Ж., Юлдашев Р.С., Шакаров Б.Н.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Устранение ротационных смещений при закрытом компрессионно-дистракционном остеосинтезе (КДО) диафизарных переломов плечевой кости остается актуальной проблемой.

Для устранения ротационных смещений необходимо определить среднее ротационное положение плеча. Мы считаем, что объем ротационного смещения необходимо определять в том положении больного, в котором накладывается аппарат внешней фиксации. При переломах диафиза плечевой кости положение больного во время наложения аппарата внешней фиксации на спине плечу придается вертикальное положение без отведения. В этом положении ротационное смещение не учитывается. Нами сконструирован угломер для определения ротационного объема движения (удостоверение на рационализаторское предложение №1363 СамМИ).

Исходным положением предплечья считается 90° в транспортире. Отклонив предплечье в сторону головы, измеряем наружную ротацию до полного объема. Отклонив предплечье в каудальную сторону, измеряем внутреннюю ротацию. Разделив сумму ротационного объема движения на два, вычисляем среднее ротационное положение сустава. Во время закрытого наложения аппарата внешней фиксации плечевому суставу придаем среднее ротационное положение. Это осуществляется установлением оси предплечья по величине найденной средней ротации конкретно для данного больного.

Таким образом, плечу придают среднее ротационное положение, и ось предплечья в указанном положении больного проходит в направлении противоположного уха. В этом положении при косых, винтообразных переломах диафиза плечевой кости ротационное смещение устраняется, и после сопоставления отломков накладывается компрессионно-дистракционный аппарат по методу Илизарова.

В 2010–2013 гг. нами был прооперирован 21 больной. У 4 (19 %) больных перелом локализовался в верхней трети, у 12 (57%) – в средней трети, у 5 (24 %) – в нижней трети.

Отломки полностью сопоставлены у 13 (62%) больных, отломки сопоставлены с допустимым смещением у 8 (38%). Общий срок иммобилизации на аппарате Илизарова у 13 (62%) больных составил 3 месяца, у 8 (38%) – 4 месяца.

При оценке результатов лечения учитывали длину конечности (сегмента), окружность плеча в сравнении со здоровой конечностью; объем движений в локтевом и плечевом суставах. Если объем движений в суставах полный, то результат оценивался как хороший. Если ограничения отведения в плечевом суставе 30°, сгибание на 30°, ротационное на 15° в обоих суставах, то результат лечения оценивался как удовлетворительный.

Заключение. При наложении аппарата Илизарова при переломах диафиза плечевой кости, наряду с учетом анатомического расположения нервов и сосудистых пучков с устранением смещений, нельзя забывать о ротационном смещении плечевой кости, для устранения которого и определяется среднеротационное положение плечевой кости. Наша методика отличается от известных методов следующим:

— учет среднеротационного положения плеча;

— репозиция на скелетном вытяжении до наложения аппарата Илизарова;

— применение полуколец в области проксимальных и дистальных метафизов плечевой кости.

ПОКАЗАНИЯ К ЭКСТРЕННОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ МЕНИНГИОМАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кадирбеков Р.Т., Алимов Д.Р.
Республиканский научный центр нейрохирургии

Показаниями к экстренному нейрохирургическому вмешательству при менингиомах головного мозга являются огромные размеры опухоли, выраженная дислокация и отек ствола мозга. Улучшение качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде наступает только у тех больных, у которых произведено тотальное удаление опухоли. Показаниями к экстренной операции считают наличие нарастающего гипертензионного синдрома с явлениями вклинения и дислокации мозга. При этом выбор типа операции зависит от локализации и гистологии опухоли, тяжести состояния и возраста больного, наличия сопутствующих заболеваний и др. Однако в отдельных случаях, в основном при неоперабельных глубинно расположенных злокачественных опухолях, у больных преклонного возраста, находящихся в терминальном состоянии, а также в случаях, когда опухоль для прямой операции недоступна, а паллиативное вмешательство не даст положительного эффекта, операцию не производят даже при непосредственной угрозе жизни больного. В связи с этим необходимо дальнейшее совершенствование хирургических доступов, тактики и микрохирургической техники операций при удалении крупных и трудно доступных опухолей, непрерывная оценка функционального состояния ствола мозга и черепных нервов во время хирургического вмешательства.

Материал и методы. Влияние различных клинических признаков на исход операции было изучено у 17 больных с менингиомами головного мозга, которым произведен I этап операции. Для снижения вну-

трижелудочкового давления 5 (29,4%) больным при менингиомах задней черепной ямки выявлена вентрикулопункция и выведение ликвора для восстановления ликвородинамики и уменьшения выраженности перивентрикулярного отека. 8 (47,1%) больных с кистозными менингиомами головного мозга с целью декомпрессии осуществлено дренирование кисты через фрезевое отверстие. 4 (23,5%) пациентам произведена декомпрессивная трепанация черепа с биопсией опухоли. Прогнозирование неблагоприятного исхода является обоснованием необходимости в дополнительных мероприятиях по предоперационной подготовке, выборе объёма операции и методе ведения послеоперационного периода.

Результаты. Применение I этапа тактики экстренного хирургического вмешательства улучшило показатели выживаемости больных, значительно снизило инвалидизацию, увеличило трудовую реабилитацию после II этапа удаления менингиом головного мозга. Все больные выписаны в относительно удовлетворительном состоянии.

Выводы. Хирургия менингиом головного мозга является одной из наиболее сложных проблем нейроонкологии. Актуальность проблемы лечения больных, страдающих данной патологией, обусловлена затруднениями в решении целого комплекса задач, включающих определение размеров, направление роста и гистологической структуры опухоли, выбора оперативной тактики при хирургическом вмешательстве. Использование предложенного нами экстренного хирургического лечения больных с менингиомами головного мозга, основанного на тактике и методе удаления в зависимости от размеров и направления роста опухоли, позволило повысить выживаемость больных до 70% и снизить послеоперационную летальность до 10%, а также улучшить качество жизни больных.

ЛЕЧЕНИЕ МНОГОФАКТОРНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Камилов У.Р., Фаязов А.Д., Стопницкий А.А., Убайдуллаева В.У., Абдуллаев У.Х., Ажиниязов Р.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проведение раннего хирургического лечения глубоких ожогов является аксиомой, поскольку исходы ожоговой болезни напрямую зависят от сроков восстановления кожного покрова. Сочетание ожогов кожного покрова с термоингаляционной травмой и отравлением угарным газом осложняет течение ожоговой болезни, препятствует проведению ранних оперативных вмешательств. В свою очередь, длительное существование ожоговых ран, обусловливая высокую частоту гнойно-септических осложнений ожоговой болезни, становится причиной неблагоприятных исходов.

В 2001–2012 гг. в отделение комбустиологии поступили 165 пострадавших с сочетанием ожогов кожи и дыхательных путей, острым отравлением угарным газом. У всех пациентов имелось лабораторно-инструментальное подтверждение многофакторного поражения (анализ крови на карбоксигемоглобин, показатели кислотно-щелочного равновесия, данные диагностической бронхоскопии). Умерли 96 (58,2%) больных.

Лечение пострадавших с таким поражением проводится при активном участии комбустиолога, токсиколога и реаниматолога. Протокол интенсивной терапии этих пострадавших, в отличие от стандартов у обожженных, включает проведение непрерывной оксигенотерапии, сеансов гипербарической оксигенотерапии, назначения высоких доз аскорбиновой кислоты и тиамина бромида, ощелачивание крови, применение препаратов с противоотечным действием – осмотических диуретиков, L-лизина-эсцината, ноотропных препаратов. При диагностировании термоингаляционной травмы всем больным производится санационная бронхоскопия.

При выраженной дыхательной недостаточности больные переводятся на искусственное аппаратное дыхание. Показаниями к такому переводу служат клинические симптомы гипоксии и гиперкапнии: снижение pO_2 ниже 60 мм рт. ст., увеличение pCO_2 выше 60 мм рт. ст. или уменьшение pCO_2 ниже 25 мм рт. ст., поражение дыхательных путей продуктами горения тяжелой и крайне тяжелой степени. Параметры ИВЛ: ДО – 7–9 мл/кг; ЧД с учетом возрастных нормативов – 15–25/мин; соотношение вдоха к выдоху – 1:2; положительное давление в конце выдоха (ПДКВ/PEEP) – 4–5 см водн. ст.; концентрация кислорода (FiO_2) – 40–50%. Продолжительность ИВЛ в зависимости состояния пациента – от 2 до 7 суток.

Основным клиническим проявлением острых отравлений угарным газом является токсико-гипоксическая энцефалопатия, обусловленная гемической гипоксией и угнетением тканевого дыхания нейронов коры головного мозга из-за быстрого развития отека мозга. В этих условиях возникает острая необходимость в проведении метаболической нейропротекции. Одним из приоритетных направлений при этом является использование отечественного препарата, содержащего янтарную кислоту, сукцинасол, созданного в НИИ гематологии и переливания крови МЗ РУз. Использование данного препарата способствует активизации сукцинатного пути тканевого дыхания с восстановлением утраченного пула АТФ клеток. Следует отметить, что янтарная кислота эффективна только в условиях достаточного насыщения тканей кислородом. Препарат больным назначается внутривенно, капельно в объеме 500–1000 мл в сутки.

Подобный подход к лечению пострадавших с сочетанием ожогов кожного покрова, термоингаляционной травмой и острым отравлением угарным газом позволил снизить летальность с 68,1% в 2001–2009 гг. до 36,5% в 2010–2012 гг.

Таким образом, обожженные с ожогом кожи, термоингаляционной травмы и острым отравлением угарным газом относятся к тяжелому контингенту. Лечение этих больных должно проводиться с непосредственным участием токсиколога. Важными дополнительными компонентами интенсивной терапии являются сеансы санационной бронхоскопии, респираторная поддержка в раннем периода после травмы и назначение препаратов для нейропротекции, что значительно повышает эффективность лечения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ЭХИНОКОККОЗА СПИННОГО МОЗГА И ПОЗВОНОЧНИКА

Каримов А.Н., Амиркулова С.А., Нафасов Б.Д., Калконов М., Бободустов Б.Ж., Боймуродов Х.Б., Маматов М.М.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель. Оптимизация методов диагностики и лечения эхинококкоза спинного мозга и позвоночного канала.

Материал и методы. По данным исследователей, занимающихся проблемой эхинококкоза, локализация паразита в позвоночном канале встречается в 0,4-1%. В течение 6 лет (2007–2013 гг.) на лечении находились 9 больных с эхинококкозом позвоночного канала, что составляло 0,8% от общего числа больных. Мужчин было 17, женщин 2 в возрасте от 15 до 46 лет. У 6 больных эхинококковые кисты расположены экстрадурально, у 3 - субдурально. Локализация по длиннику позвоночника: С 7-ТН 3-1 больной, ТН 7-11 - 1, поясничный отдел L2-5-5, S1-2-2. Заболевание развивалось медленно. 1 больной поступил на оперативное лечение повторно с множественным эхинококкозом позвоночного канала, причиной которого стало обсеменение после первой операции, произведенной в другой клинике.

Результаты. В подавляюшем большинстве случаев распознать заболевание удаётся только при развитии признаков сдавления спинного мозга. Главные начальные проявления ортопедических нарушений со стороны позвоночника – локальный болевой сидром, ограничение и деформация позвоночного столба (кифоз,кифосколиоз), со стороны спинного мозга – миелопатия и радикулярный синдром. У всех больных к моменту поступления имелись грубые неврологические нарушения в виде пареза конечностей и нарушения тазовых функций. Существующие сегодня методы диагностики эхинококкоза позвоночника ограничиваются в основном МСКТ и МРТ. Обнаруженное в полости позвоночного канала образование приходится дифференцировать с опухолью спинного мозга и туберкулезом позвоночника, что в большинстве случаев приводит к диагностическим ошибкам. Большую помощь в предоперационной диагностике эхинококкоза позвоночника оказал серологический метод исследования, основанный на иммунопатологическом ответе организма на внедрение паразита. Наиболее чуствительной является (реакция пассивной гемагглютинации, которая отличается простотой и низким процентом ложноположительных результатов. У наших больных титр эхинококковых антител составил 1:200. Всем больным произведено хирургическое вмешательство, которое состояло в ламинэктомии с опорожнением кисты,удалением хитиновой оболочки и обработкой полости 2,5% раствором йода, экспозиция 5 мин, с последующей нейтрализацией йода раствором тиосульфата натрия и назначением альбендазола.

Выводы. 1. Эхинококкоз спинного мозга и позвоночника являтся редкой и тяжелой формой паразитарного поражения ЦНС. Для диагностики этой патологии необходимо применение МСКТ, МРТ, которые позволяют обнаружить образование в позвоночном канале. 2. С целью уточнения диагноза в сомнительних случаях необходима постановка реакции пассивной гемагглютинации. Единственно эффективным методом лечения является раннее хирургическое вмешательство. 3. С целью профилактики рецидива заболевания в послеоперационном периоде нужно использовать препарат албендазол.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЦИДИВА МИОМЫ МАТКИ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

Каримов З.Д., Абдикулов Б.С., Хусанходжаева М.Т.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

По данным литературы, количество рецидивов миомы матки (ММ) после консервативной миоэктомии (КМ) варьирует от 2,9 до 51% (Сидорова И.С., 2007; Fedele L., 1995; Fauconnier A., 2000; Nezhat F., 2001; Rossetti A., 2001; Hanafi M., 2005). Сроки рецидива также различны. Прогноз отягощает частое сочетание ММ и наружно-внутреннего эндометриоза, которое наблюдается в 35-87% (Гуриев Т.Д., 2005; Zhou Y., Wu B., 2005).

Цель. Установление главных причинных факторов и прогностических критериев рецидива ММ после КМ.

Материал и методы. В разработку вошли 195 женщин, которым проведена КМ вне беременности (1-я гр.). Традиционная КМ без дополнительных вмешательств выполнена у 140 из них. 55 женщинам с ММ и сопутствующей различной ургентной патологией придатков матки проведена симультантная КМ, в том числе традиционная КМ – у 25, лапароскопическая (ЛКМ) – у 30. 2-ю группу составили 45 женщин с ургентными осложнениями, связанными с ММ, протекавшими на фоне беременности, у которых осуществлена КМ традиционным способом.

Возраст пациенток 1-й группы колебался от 18 до 45 лет (средний возраст 34,6±5,0 года). Впервые ММ выявлена у 70 (35,9%), длительность заболевания 1-2 года отмечалась у 70(35,9%), от 2 до 5 лет – у 35 (17,9%), более 5 лет – у 20 (10,2%). 25 (12,8%) женщин к моменту операции не жили половой жизнью. У 66 (33,8%) из 170 женщин этой группы, состоящих в браке, отмечалось бесплодие.

Возраст беременных колебался от 21 до 38 лет (28,7±2,6). Ванамнезе впервые при настоящей беременности ММ выявлена у 35 (77,8%) пациенток из 45, остальные 10 (22,2%) знали о наличии ММ. Специального лечения до настоящей беременности ни одна из них не получала. По данным наблюдения у участкового гинеколога, размер матки до наступления данной беременности не превышал 8-9 недель беременности. Основной массив выборки представляли первобеременные женщины (57,8%), сроки беременности которых составили от 7 до 35 недель.

Результаты. Из общего числа больных под нашим наблюдением в течение до 5 лет от момента операции находились 198, выбыли из-под наблюдения– 42. В сроки до 5 лет наблюдалась 131 женщина после традиционной КМ, 26 – после ЛКМ, 41– после традиционной КМ, проведенной во время беременности. Рецидив ММ выявлен у 23(11,6%), в том числе из оперированных традиционно – у 15(11,5%), после ЛКМ – у 5 (19,2%), во время беременности – у 3(7,3%). Повторная КМ при выявлении рецидива проведена у 13 из 15 оперированных традиционно. При выявлении рецидива ММ после ЛКМ повторно ни одна пациентка не оперирована. При рецидиве ММ после КМ, проведенной во время беременности, повторная КМ выполнена у 3. Таким образом, из общего числа выявленных рецидивов ММ, повторная КМ проведена у 16 из 23 женщин, остальные 7 получали консервативную терапию. Из 23 больных с рецидивом ММ после КМ повторную КМ проводили у 16.

При морфологическом исследовании выявлено, что макроскопически узлы рецидивировавшей опухоли также имели границы с прилежащим миометрием, но консистенция их была более мягкой, чем у простой ММ. На разрезе они имели вид однородной ткани, нередко с множественными кровоизлияниями, чаще встречалась в виде множественных. Размеры узлов широко варьировали. При рецидиве пролиферирующего варианта ММ гистологическая картина оставалась прежней. Здесь необходимо отметить важнейшую особенность: все рецидивировавшие ММ при повторном гистологическом исследовании (16 повторно оперированных из 23 с рецидивами) имели истинный пролиферирующий гистотип как при первом, так и при повторном вмешательстве. При этом пролиферативный потенциал при рецидиве был существенно выше. Вывод однозначен: рецидив ММ обусловлен пролифирирующей ММ. Однако, как было показано, среди оперированных лапароскопически пролифирирующий гистотип ММ встречался с наименьшей частотой (3,3±1,1), что и характерно для субсерозных узлов, а показатель рецидива был наибольшим (19,2±2,8).

Выводы. Рецидивирование ММ после КМ прямо зависит от уровня митотической активности в исходной опухоли. Больным с митотически активной ММ после КМ с профилактической целью показана терапия агонистами рилизинг-гормонов в раннем реабилитационном периоде после операции. Митотически активная ММ и эндометриоидная болезнь имеют тесную патогенетическую основу и взаимопотенцирующее влияние, т.к. гистологические исследования продемонстрировали тесные локальные взаимоотношения зон истинного роста ММ и аденомиотических гетеротопий. Наиболее ярко это прослеживалось при рецидиве ММ после КМ.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ АСПЕКТЫ МИОМЫ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т., Абдикулов Б.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Безопасность консервативной миомэктомии (КМ) вне- и во время первых триместров беременности, а также во время кесарева сечения продолжает вызывать споры в основном из-за малого количества работ в этой области. Мало освещены вопросы восстановления фертильности, зависимости её от сопутствующего фона, способа лечения и других факторов. Недостаточно разработаны показания к органосохраняющему оперативному вмешательству во время и вне- беременности, а также способы, обеспечивающие безопасность вмешательства, возможность возникновения и сохранения беременности, требуется оптимизация ведения беременных с осложненными формами миомы матки (ММ) в пред- и послеоперационном периоде.

Цель исследования. Разработка протоколов ведения женщин репродуктивного возраста с ММ во время беременности и оценка их эффективности.

Материал и методы. В 2001–2012 гг. под наблюдением в отделении неотложной гинекологии РНЦЭМП находились 90 женщин ММ в сроке беременности от 9 до 35 недель. Возраст беременных колебался от 21 года до 38 лет (средний возраст 28,7±2,6).

Впервые ММ при настоящей беременности выявлена у 66 (73,3%) пациенток, остальные 24 (26,7%) знали о наличии ММ. Специального лечения до настоящей беременности ни одна из них не использовала. Главным показанием к госпитализации в РНЦЭМП было нарушение питания миоматозного узла (НПМУ). У 45 (50,0%) женщин не удалось купировать симптомы НПМУ, сопровождающие угрозу прерывания. Сроки, при которых возникало убеждение о бесперспективности дальнейшего консервативного ведения, не превышали 4 суток.

Беременные с ургентными осложнениями, связанными с ММ, были разделены на 2 группы: 1-я группа – 45 женщин, у которых основным методом лечения был оперативный, 2-я группа – 45 женщин, у которых использовалась консервативная тактика, коррекцию неотложных заболеваний. В 1-й группе произведена традиционная КМ с использованием кровосберегающей технологии в виде гомолатеральной перевязки восходящего ствола маточных сосудов (2).

Результаты. У 4 (8,9%) пациенток 1-й группы развились крайне тяжелые осложнения, вызванные НПМУ и самопроизвольным прерыванием беременности. У них проведение консервативной терапии или органосохраняющего вмешательства не представлялось возможным. С учетом жизнеугрожающего характера развившихся осложнений все они были подвергнуты оперативному вмешательству в объеме гистерэктомии вместе с плодом. Общая кровопотеря колебалась от 500,0 (2 женщины с перитонитом) до 2000,0 мл (2 женщины с массивным маточным кровотечением). Остальным 41 из 45 женщин 1-й группы проведена КМ с ориентацией на сохранение беременности.

Более чем у половины больных МУ залегали интрамурально, меньше всего было интрамурально-субмукозных узлов. У большинства больных отмечался моноузловой характер ММ. В результате проведенного оперативного лечения сохранить бере-

менность до доношенного срока удалось у 39 из 41 женщины, у 2 (4,9%) пациенток она прервалась самопроизвольно через 12–22 дня после проведения КМ в сроки 11–25 недель. Необходимо отметить, что у этих 2 женщин симптомы угрозы прерывания беременности постепенно исчезли в первые 3–7 дней после операции, и они были выписаны из отделения под амбулаторный контроль. Однако позже по неустановленным причинам у них вновь развились признаки угрозы прерывания.

Из 45 больных 2-й группы беременность прервалась у 16 (35,6%), удалось сохранить ее у 29 (64,4%). Показатель прерывания в 1Б группе составил 13,3% (у 6 из 45). Исчезновение симптомов угрозы прерывания совпадало с динамикой лизиса признаков НПМУ. Все пациентки выписаны с прогрессирующей беременностью. 5 женщин доносили её до доношенного срока, 4 из 5 родоразрешились самопроизвольно, 1 – операцией КС. Остальные выбыли из-под наблюдения, поэтому мы не можем привести точного показателя прерывания беременности после выписки.

Выводы. 1. Существенных различий в механизме НПМУ среди беременных и небеременных не установлено. Стойкое НПМУ у беременных сопровождается инкурабельной угрозой прерывания с прогрессирующим взаимоотягощающим влиянием, независимо от того, какой из синдромов возник первоначально. 2. Проведение КМ у беременных на высоте НПМУ, сопровождаемого угрозой прерывания, является последним резервом сохранения желанной беременности и детородного органа. Полученные результаты позволяют констатировать, что адаптационный потенциал беременных позволяет провести данный вид оперативного вмешательства и сохранить беременность до доношенных сроков. 3. Показания к КМ у беременных должны основываться на высококвалифицированной диагностике осложнений, указывающих на высокий риск или неминуемый неблагоприятный исход желанной беременности. Проведение данного вида операции требует специального обучения и достаточного опыта хирургов. Вместе с тем, несмотря на то, что КМ у беременных является последним резервом для успешного завершения беременности, она не должна носить характер «операции отчаяния», проводимой с существенным опозданием из-за злоупотребления неэффективной сохраняющей терапией.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Рахманов С.У, Хаджибаев Ф.А., Хасанов В.Р.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшение диагностики и оптимизация тактики хирургического лечения больных раком головки поджелудочной железы (РГПЖ), осложненным механической желтухой.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 84 больных с РГПЖ в возрасте от 29 до 83 лет. Все пациенты поступали с механической желтухой, длительность которой составила от 7 дней до 3 мес. В диагностике основную роль уделяли неинвазивным методикам: УЗИ, мультислайсной компьютерной томографии с контрастированием сосудов панкреатодуоденальной зоны (МСКТА), МРТ-холангиографии, определению уровня опухолевых маркеров СА 19-09, РЭА.

Лечебная тактика была двухэтапной. В 76 случаях с целью декомпрессии желчных протоков выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия с последовательной заменой холангиостомической трубки на трубку большего диаметра и заведением её в кишечник с целью исключения потерь желчи. 8 больным была произведена ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ) с последующим стентированием холедоха.

Нормализация функциональных показателей печени и улучшение общего статуса явилось показанием к переходу ко второму этапу лечения.

Так, в 29 (34,5%) случаях была выполнена стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция, 11 (13,1%) больным наложены обходные анастомозы. В 24 (28,6%) случаях для замедления роста опухоли произведена масляная химиоэмболизация препаратом «Гемзар» артерий, питающих опухоль. 20 (23,8 %) больных после предварительной желчной декомпрессии были отпущены на симптоматическое химиолучевое лечение.

Результаты. У 2 больных после чреспеченочных эндобилиарных вмешательств была миграция холангиостомы, повторное редренирование позволило избежать летальных исходов. В 2 наблюдениях было внутрипеченочное кровотечение из артерио-билиарной фистулы, усиление общей гемостатической терапии и применение местных гемостатиков позволили купировать гемобилию. Осложнения после эндоскопических вмешательств отмечены у 2 (25%) больных. У 1 пациента произошла миграция стента в желчный проток с развитием желтухи и холангита, в 1 случае на фоне имеющегося гнойного холангита отмечено прогрессирование печеночной недостаточности. Применение чреспеченочных эндобилиарных вмешательств с санацией билиарного дерева и гепатопротекторной терапией предотвратило фатальные последствия.

Осложнения после ГПДР наблюдались у 7 (24,1%) больных и характеризовались в 2 (6,9%) случаях несостоятельностью гепатикоэнтероанастомоза. Адекватное дренирование брюшной полости позволило ликвидировать несостоятельность консервативными мероприятиями. В 2 (6,9%) наблюдениях были кровотечения из ЖКТ. Усиление гемостатической и противоязвенной терапии позволило избежать фатальных последствий. У 1 (2,9%) больного была несостоятельность панкреатикогастроанастомоза, а у 2 (5,8%) несостоятельность панкреатикоеюноанастомоза, приведшая в 2 случаях к летальным исходам. Специфических осложнений после паллиативных анастомозов не было.

Масляная эмболизация улучшала качество жизни больных, фатальных осложнений и летальных исходов не было. Средняя продолжительность жизни больных, оперированных радикально, составила 14,4±2,8 месяцев: после паллиативных анастомозов – 7,2±3,4 меся-

ца, а регионарной химиотерапии – 9,4±2,1 месяца.

Заключение. В диагностический алгоритм РГПЖ, осложненного механической желтухой, целесообразно включать мультиспиральную компьютерную томографию и МРТ-холангиографию, а при подготовке больных к оперативным вмешательствам МСКТ дополнять контрастированием сосудов панкреатодуоденальной зоны.

Лечебную тактику при РГПЖ, осложненным механической желтухой, целесообразно проводить в два этапа. Первым этапом – купирование механической желтухи, вторым – радикальные, паллиативные операции и эндоваскулярные вмешательства. При этом первым этапом при длительно существующей механической желтухе, гнойном холангите целесообразно выполнять чреспечоночные эндобилиарные вмешательства, в остальных случаях возможно эндостентирование. Вторым этапом, после купирования желтухи необходимо стремиться к радикальному удалению опухоли, а при местно-распространенном процессе – обходные паллиативные анастомозы, эндоваскулярные вмешательства.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ СВЕРНУВШЕМСЯ ГЕМОТОРАКСЕ

Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Халиков С.П., Файзуллаев Э.Р., Чилгашов А.Ш.

Ташкентская медицинская академия

В современных условиях, при возрастающей интенсивности дорожного движения, с ростом строительства и развитием промышленности число пострадавших с тяжелой травмой грудной клетки увеличивается. Среди осложнений травм и проникающих ранений грудной клетки гемоторакс встречается наиболее часто и представляет собой серьезную проблему современной торакальной хирургии. При этом частота посттравматического свернувшегося гемоторакса (СГ) колеблется от 0,5 до 30%. Патологические изменения плевры при свернувшемся гемотораксе характеризуются стремительным нарастанием воспалительных процессов, которые уже к 14 суткам после травмы приводят к эмпиеме плевры или формированию грубых фибриновых наложений на поверхности легкого, препятствующих его расправлению.

Под наблюдением находились 72 пострадавших. Выбор метода лечения зависел от стадии формирования СГ (времени, прошедшего с возникновения свернувшегося гемоторакса), его объема и характера сопутствующих заболеваний и сочетанных повреждений.

Все методы лечения условно разделены нами на три вида. К первому (9, или 12,5%) отнесено консервативное лечение. Это были больные с объемом СГ менее 500 см^3, страдающие тяжелыми сопутствующими заболеваниями, с тяжелой сочетанной травмой, что заставляло избегать более агрессивных методов лечения. Нагноения СГ и летальных исходов в этой группе больных не было.

2-ю группу (20, или 27,7%) составили пациенты, лечение которых было направлено на эвакуации жидкостной фракции СГ путем неоднократных пункций плевральной полости или ее дренирования двухпросветными трубками с последующим промыванием и аспирацией. Это были больные с сочетанной травмой, обширными кровоизлияниями в мягких тканях, субдуральными и забрюшинными гематомами, гематомами легких, печени, селезенки, ушитыми ранами печени, селезенки, сердца.

Из 20 больных с СГ, у которых применялись неоднократные пункции и дренирование плевральной полости, нагноения СГ наблюдали у 4, умер 1 пациент.

Видеоторакоскопия была предпринята у 30 больных, торакотомия у 13 (у 4 больных видеоторакоскопия перешла в открытую торакотомию).

Видеоторакоскопию выполняли в сроки от 3 до 10 суток после травмы, при установленном диагнозе СГ объемом более 500 см^3 и при стабильном состоянии пациентов. Осложнений и смертельных исходов не было. Причинами конверсии в торакотомию были обширные плотные внутриплевральные сращения, большие разрывы ткани легкого с массивным кровотечением из межреберных артерий, возникшим при отделении сверткров крови, и подозрение на разрыв диафрагмы.

Торакотомию с эвакуацией СГ, плеврэктомией и декортикацией в подавляющем большинстве наблюдений выполняли в сроки от 15 до 70 суток после травмы. Это травматичное вмешательство выполнялось по жизненным показаниям и, как правило, требовало предоперационной подготовки, особенно при позднем поступлении пострадавших.

В эти сроки другие методы эвакуации плотной фракции СГ невозможны. 4 из 13 больных оперированы по поводу нагноения гематомы. После торакотомии у больных наблюдали 3 осложнения: нагноение раны у 1 больного, ограниченная эмпиема плевры у 2.

Таким образом, выбор метода лечения травматического СГ зависит от тяжести состояния пострадавшего, возраста, времени, прошедшего с момента его образования, а также его объёма.

Видеоторакоскопия под общим обезболиванием с однолёгочной интубацией является малоинвазивным и высокоэффективным методом лечения СГ в первые две недели после травмы, при отсутствии пневмонии в контрлатеральном лёгком и гнойного трахеобронхита. Торакотомия с эвакуацией СГ, плеврэктомией и декортикацией лёгкого – наиболее травматичный, но вынужденный метод хирургического лечения травматического СГ объёмом более 500 см^3 в сроки позже двух недель после травмы.

ФАКТОРЫ РИСКА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ ПОСЛЕАБОРТНОМ СЕПСИСЕ

Касымова Д.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Определяющим качество акушерско-гинекологической помощи является в основным показатель материнская смертность. Одной из причин материнской смертности (МС), связанной с беременностью и родами, в Узбекистане является осложненный аборт (18,5–26%). Несмотря на разработку и продолжающееся совершенствование научнообоснованных технологий профилактики и лечения, сепсис в структуре причин МС занимает второе место.

Цель исследования. Изучение причин и резервов снижения материнских потерь от сепсиса при раннем и позднем аборте.

Представлены результаты ретроспективного анализа исходов послеабортного сепсиса у 27 женщин, переведенных в РНЦЭМП из городов и областей РУз за период 2003–2012 гг. Из них умерли 20 (74,1%), выписаны 7 (25,9%). Все больные поступали в крайне тяжелом состоянии с полиорганной недостаточностью. Возраст пациенток был от 17 до 24 лет – 8 (29,6%), от 25 до 31 года – 6 (22,2%), от 32 до 40 лет – 4 (14,6%), старше 40 лет – 2 (7,4%). Первобеременных среди умерших было 7 (35%), повторнобеременных – 13 (65%). Из выживших 2 (28,6%) – первобеременные и 5 (71,4%) повторнобеременные. Среди повторнобеременных (18) 8 женщин имели незапланированные беременности, не состояли на учете и не пользовались контрацептивной защитой.

Аборт, осложненный сепсисом, произошел при следующих сроках беременности: в I триместре – 4, во II триместре – 16. У выздоровших в I триместре – 3, во II триместре – 4. Согласно классификации сепсиса по критериям R. Bone (1991), тяжелый сепсис имели 12 женщины, септический шок – 8. МС от послеабортного сепсиса произошла у 1 женщины в возрасте 44 лет, при наличии неблагоприятных медико-социальных факторов: аборты (6) и роды (4). У всех умерших имело место позднее обращение за медицинской помощью, что привело к развитию тяжелого сепсиса (12), септического шока (8).

Медицинский аборт по мед показаниям в I триместре произведен у 3 из 4, у 1 на 3-е сутки выполнена надвлагалищная ампутация матки (НАМ) с трубами, во II триместре поздний самопроизвольный выкидыш произошел у 7. Из них у 2 в последующем произведена НАМ с маточными трубами. Малое КС произведено у 8, из них у 7 экстирпация матки с маточными трубами. Медицинскими показаниями к прерыванию беременности явились острый геморрагический энцефаломиелит (1), системная красная волчанка (1), эпилепсия (1), апластическая анемия (1), ОРВИ (4), гломерулонефрит (1), гепатит, ВИЧ (1), бактериальный эндокардит (1). У каждой больной послеабортный, послеоперационный период осложнился тяжелым сепсисом.

Выздоровление при послеабортном сепсисе наступило у 7 пациенток, имевших более благоприятные медико-социальные факторы. Это женщины городские, состоящие в браке, имеющие в анамнезе аборты и роды (2 и 3). Пациентки обращались за медицинской помощью в течение первых 2–2,5 суток от начала аборта с клиникой сепсиса.

Анализ качества оказания медицинской помощи и ее организации на госпитальном этапе показал, что у умерших от послеабортного сепсиса были допущены ошибки, усугубившие риск материнской смертности: несвоевременная госпитализация и перевод в высококвалифицированные клиники, запоздалое оперативное вмешательство.

Таким образом, предупреждение МС реально зависит от улучшения организации и качества лечебно-диагностической помощи при развившемся сепсисе и профилактике непланируемой беременности путем обеспечения доступа к современным методам контрацепции.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЬНЫХ С «ОБОЛОЧЕЧНЫМИ» ГЕМАТОМАМИ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Ким А.А., Турабеков Н.Н.

Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкентская медицинская академия

Общепринятой тактикой лечения травматических «оболочечных» гематом было раннее хирургическое удаление любой гематомы, а после введения в клиническую практику компьютерной и магнитно-резонансной томографии стал возможен дифференцированный (хирургический или консервативный) подход. Для определения показаний и противопоказаний к хирургическому или консервативному лечению ориентироваться по объему гематомы (по данным КТ, МРТ головного мозга) нельзя. Необходимо учитывать объем всего патологического очага: объем гематомы, геморрагического ушиба, отека, дислокацию и, в первую очередь, общее состояние больного, в частности неврологическую картину.

Нами оперированы 83 больных в возрасте от 17 до 72 лет, поступившие в Республиканский научный центр нейрохирургии. Всем больным проводились стандартные методы обследования.

Клиническая картина развивалась в 3-х вариантах.

1. Компенсированная стадия, 29 больных. При поступлении общее состояние больных расценивалось как средней тяжести (по ШКГ 9–10 баллов). Уровень сознания – умеренное или глубокое оглушение. 10 больных находились в ясном сознании. Некоторые больные переведены из других лечебных учреждений с диагнозом «сотрясение головного мозга» ввиду отсутствия неврологического дефицита. Общемозговая симптоматика выражалась в виде головной боли, тошноты, нередко сопровождающейся рвотой. У 9 больных неврологического дефицита не выявлено. Это было обусловлено недостаточным сдавлением головного мозга. У ряда больных обнаружена локальная

симптоматика в виде пирамидной недостаточности - умеренного гемипареза с анизорефлексией.

2. Субкомпенсированная стадия была у 37 больных. Состояние их расценивалось как тяжелое. Уровень сознания от сопора до комы II (по ШКГ 9–8 баллов). На фоне выраженной общемозговой симптоматики отчетливо выявлялись неврологические выпадения. Наличие или отсутствие «светлого промежутка», анизокория – мидриаз на стороне гематомы, поражения черепно-мозговых нервов, гемипарез или гемиплегия по центральному типу, гипертонус мышц, повышением сухожильных рефлексов, наличие патологических знаков, при выраженной дислокации двухсторонние стопные рефлексы.

3. Декомпенсированная стадия – 17 больных. Этот вариант наблюдался, как правило, после полученной тяжелой черепно-мозговой травмы. Состояние больных оценивалось как тяжелое или крайне тяжелое (по ШКГ 7 баллов и менее). Больные поступали в состоянии комы II–III степени. Выражена дислокационная симптоматика: плавающее движение и разностояние по оси глазных яблок, реакция на свет отсутствует или вялая, нередко мидриаз с 2 сторон, двусторонние патологические знаки, горметония или снижение мышечного тонуса. У большинства больных отсутствовала локальная неврологическая симптоматика, только у некоторых она выявлялась с трудом. Это обусловлено дислокационно – стволовыми нарушениями, ишемией стволовых отделов головного мозга. У 85% больных отмечались грубые нарушения витальных функций, что требовало интенсивной реанимационной коррекции.

Следует отметить, что клиническое течение зависит не только от объема образовавшейся гематомы, но и от дополнительных сопутствующих повреждений: наличие геморрагических кровоизлияний, перифокального или генерализованного отека головного мозга, нарастания нарушений мозгового кровообращения, т.е/ объем всего патологического очага. Чем тяжелее ушиб и повреждение мозгового вещества, тем тяжелее клиническая картина ЧМТ. Отсюда и выбор и объем оперативного вмешательства.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Кулдашев Д.Р., Хикматуллаев Р.З.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Лечение больных с множественными повреждениями длинных трубчатых костей сочетанными, с черепно-мозговой травмой, является сложной задачей. Эти повреждения характеризуются тяжестью клинического течения, трудностью диагностики, сложностью и летальностью.

Цель. Проанализировать результаты лечения больных с этой травмой и дать им экспертную оценку.

Материал и методы. Объектом исследования явились 40 больных с множественными и сочетанными повреждениями костей опорно-двигательного аппарата, сочетающимися с черепно-мозговой травмой, которые лечились в травматологических клиниках г.Ташкента, из них 31 мужчин и 9 женщин. 30 больных были в возрасте от 14 до 40 лет. Учащихся было 5, рабочих – 15, служащих – 11, шоферов – 6, прочих – 3.

Результаты. У 34 (75%) имели место легкая черепно-мозговая травма (сотрясение головного мозга, легкие ушибы), у 6 (15%) – тяжелые сотрясения или ушибы головного мозга, переломы свода и основания черепа, сопровождающиеся длительной потерей сознания. Всего у 40 больных с черепно-мозговой травмой было 96 переломов костей (перелом ключиц – 16, плечевой кости – 7, предплечья – 10, костей таза – 11, костей черепа – 6. 30 пострадавших поступили в стационар в состоянии шока различной степени (I степени – 12, II степени – 15, III степени – 3). Выбор лечебной тактики в каждом конкретной случае зависел от трех основных факторов: общего состояния больного, локализация и характер повреждений, разновидность сочетания повреждений.

В зависимости от тяжести травмы все больные были разделены на 3 группы. В 1-ю вошли пострадавшие, нуждающиеся в неотложных оперативных вмешательствах по экстренным показаниям. Больным с тяжелой ЧМТ проводилось люмбальная пункция, декомпрессионная трепанация черепа по поводу вдавленных переломов, активная дегидратационная терапия. Во 2-ю группу были включены больные в состоянии шока с открытыми переломами костей. В период выведения из состояния шока им проводили только иммобилизацию переломов и временные остановки кровотечений. 3-ю группу составили больные, которым после обезболивания место переломов накладывали гипсовые повязки.

Таким образом, в лечении больных с множественными переломами длинных трубчатых костей, сочетающимися с ЧМТ, чрезвычайно важное значение имеет выбор времени и объема оперативного вмешательства. Следовательно, приведенные данные могут быть полезными в судебно-медицинской практике при оценке степени тяжести и характера телесных повреждений.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ, СОЧЕТАННОЙ С ТРАВМОЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Кулдашев Д.Р., Хикматуллаев Р.З.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучение летальности при ЧМТ в сочетании с травмой позвоночника.

Материал и методы. Проанализированы данные 137 больных, лечившихся в нейрохирургическом отделении клиниках г. Ташкента в последние 10 лет (2001–2010 гг.), из них 120 мужчин и 17 женщин. Возраст больных в среднем 32 года. В связи с тяжестью травмы и шоковым состоянием все поступившие больные были госпитализированы в реанимационное отделение. В ночное время суток поступил 81 больной. Больных в состоянии алкогольного опьянения было 24. Летальность вследствие сочетанной травмы в результате ДТП составила 22,6%.

Результаты. Тяжелая ЧМТ (ушибы головного мозга средней и тяжелой степени, сдавление мозга при вдавленных переломах, внутричерепных гематомах, гидроме, пневмоцефалии, отёк – набухание мозга и др.) и тяжелая травма позвоночника констатирована у 15 больных; тяжелая черепно-мозговая травма и легкая вертебро-спинальная травма – у 28; легкая черепно-мозговая травма (сотрясение и легкий ушиб мозга) и тяжелая вертебро-спинальная травма – у 14; легкая черепно-мозговая травма и легкая вертебра спинальная – у 80.

13 пациентам были произведены операции по поводу вертебро-спинальных травм, 52 – по поводу ЧМТ. В 1-й группе, несмотря на оказанную экстренную медицинскую помощь, летальность составила 86% (13 больных), а во 2-й – 57% (16 больных), в 3-й группе у 14,2% (2 больных), в 4-й – летальных исходов не было.

Анализ причин травм при ДТП (совместно с сотрудниками ГАИ) показал, что в 1-й и 2-й группах политравмы получили лица, сидевшие за рулем или рядом с водителем, скорость автотранспорта превышала 120 км/ч. Расхождений судебно-медицинского и клинического диагнозов не наблюдалось.

В результате анализа была установлено, что причинами летальных исходов при сочетанной ЧМТ с травмой позвоночника являются: травматической шок тяжелой степени, нарушение сознания до степени комы II – III степени, в 90% случаев зарегистрирована травма, несовместимая с жизнью.

Летальность вследствие ЧМТ, сочетанной с травмой позвоночника в результате ДТП, составляет большую долю в структуре смертельных случаев.

Таким образом, черепно-мозговая травма, сочетанная с травмой позвоночника является тяжким телесным повреждением, опасным для жизни.

МЕТОДИКА КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРЕПАРАТАМИ АНТИГИПОКСАНТНОГО ДЕЙСТВИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Кырнышев А.Г., Шах Б.Н., Лапшин В.Н., Афончиков В.С., Теплов В.М., Смирнов Д.Б., Лапицкий А.В.

ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Переносимые пострадавшими острая массивная кровопотеря, острое повреждение легких, снижение насосной функции миокарда вследствие его поражения ведут к развитию кислородной задолженности в тканях. Гипоксическое состояние в свою очередь определяет возникновение реперфузионных повреждений тканей с явлениями внутри- и внеклеточного ацидоза, активации свободнорадикального окисления биоструктур, митохондриальной дисфункции. Описанные процессы лежат в основе развития мультиорганной дисфункции, осложняющей течение травматической болезни с частотою до 100%. В терапии гипоксии и её последствий используется ряд препаратов, объединенных в группу антигипоксантов. Наибольшее распространение получили представители ряда субстратных антигипоксантов. Препараты включены в состав инфузионной программы, использующейся в интенсивной терапии критических состояний. Однако до настоящего времени не вполне понятен механизм их действия, за счет чего достигается терапевтический эффект, каковы условия, при которых их полезные свойства могут быть реализованы и, наконец, каковы оптимальные дозы и режимы дозирования. Считают, что соль естественного метаболита янтарной кислоты проникает интрамитохондриально, где служит акцептором протона. В дальнейшем происходит утилизация сукцината в цикле Кребса с образованием бикарбоната. Оба явления способствуют повышению ph среды.

Под нашим наблюдением были 45 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. 30 больным основной группы проводилась инфузия 800 мл 1,5% раствора янтарной кислоты – реамберина. 15 пациентов контрольной группы получали раствор глюкозы (основного энергетического субстрата). Тяжесть состояния у больных обеих групп по шкале APACHE II оценивалась в 22–30 баллов. Больные были сопоставимы по возрасту. У пациентов определяли уровень валового потребления кислорода, продукцию углекислого газа, ph, дефицит оснований, уровень бикарбоната и лактата плазмы, оценивались ОЦП и МОК.

Использование реамберина приводит к снижению уровня лактатемии на 11%, несмотря на экстракцию лактата с периферческих тканей на фоне увеличения МОК. Терапия препаратом реамберин способствует также возрастанию потребления кислорода у пациентов в критических состояниях примерно в 1,3 раза. Данный факт накладывает ограничения на использование препаратов ряда субстратных антигипоксантов у пациентов с неадекватным транспортом кислорода. Однако способность корригировать внутриклеточный и системный ацидоз, вероятно, позволяет отнести реамберин к группе субстратных антигипоксантов.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ТОРАКАЛЬНОЙ ГИПЕРГИДРАТАЦИИ В I СТАДИИ ОРДС У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ

Ливанов Г.А., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В.

ФГБУ «ФЦ сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

ГБУ СПб НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Цель исследования. Патогенетические особенности развития ранних признаков ОРДС при острых отравлениях и разработка новых путей диагностики и лечения этого состояния.

Материал и методы. Обследованы 784 пациента с острыми отравлениями веществами нейротропного действия. При поступлении состояние больных расценивалось как тяжелое и было обусловлено угнетением сознания (кома I-III), нарушением внешнего дыхания, требующим ИВЛ. На догоспитальном этапе помощь включала респираторную поддержку, ЗПЖ, инфузионную терапию. На госпитальном этапе пациенты получали комплексную терапию, направленную на поддержание основных параметров жизнедеятельности. Важную роль отводили удалению остатков невсосавшегося и ускоренному выведения всосавшегося яда. Всем больным проводили ИВЛ. Инфузионная терапия была направлена на восполнение ОЦК, выведение токсинов и метаболитов, коррекцию микроциркуляции, коллоидно-осмотического давления, электролитного и кислотно-основного баланса. В большинстве случаев применяли фуросемид. По показаниям назначали кардиотропную поддержку.

У пациентов оценивали газообмен, систему транспорта кислорода. Состояние системной гемодинамики, легочного кровообращения, жидкостных секторов организма, гидратации легких оценивали при одномоментном применении интегральной, торакальной реографии и интегральной двухчастотной импедансометрии. Оценивали функцию почек, интенсивность процессов ПОЛ и состояние системы АОЗ, активность глутатионпероксидазы, каталазы, уровень эндогенной интоксикации.

Результаты и обсуждение. У больных с острым отравлениями ядами нейротропного действия наличие тяжелой токсической и постгипоксической энцефалопатии с нарушением функции внешнего дыхания, метаболическими нарушениями в миокарде и легких приводило к снижению производительности сердца и нарушению кровообращения в легких. Больные с длительной экспозицией и продолжительной гипоксией представляли группу риска по развитию ОРДС. Основными критериями ОРДС являются признаки, входящие в балльную оценку «Шкалы повреждения легких». Наши исследования показали, что, наряду с индексом оксигенации – кардинальным критерием ОРДС, данные импедансометрии и торакальной реографии, оценивающие развитие легочной гипергидратации, являются более ранним и точным свидетельством развития легочной патологии чем рентгенограмма. Использование у больных с угрозой развития ОРДС традиционной инфузионной терапии неизменно приводило к нарушению легочного кровообращения, накоплению торакальной жидкости. Разработанная нами методика диагностики и терапи, позволила предотвратить дальнейшее развитие этого грозного осложнения. Предложенная методика у больных с ОРДС приводила к улучшению легочного кровообращения (увеличивалась ОСВ), что сопровождалось улучшением диффузионных способностей легких (увеличивался индекс оксигенации), уменьшались признаки депрессии миокарда. При этом снижался объем торакальной жидкости на фоне увеличения объемной скорости клубочковой фильтрации. Соотношения лактата в артериальной крови к венозной снижалось, что свидетельствовало об уменьшении метаболических расстройств в легких.

Таким образом, при острых отравлениях ядами нейротропного действия с тяжелой ДН риск развития ОРДС особенно велик в группе больных с пневмонией, низкой производительностью сердца, с дисфункцией почек, сопровождающейся нарушением водно-электролитного баланса. Меры по предупреждению ОРДС и его лечению должны быть направлены, прежде всего, на устранение гипергидратации легких, гипоксии и ее последствий.

ТЕХНОЛОГИИ КОМПЛЕКСНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Лужников Е.А., Гольдфарб Ю.С., Бадалян А.В.

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

Цель исследования. Совершенствование комплексной детоксикации организма.

Материал и методы. Клинико-лабораторная оценка результатов лечения более 20 тыс. больных в Московском городском центре лечения острых отравлений в 1965–2012 гг., у которых в составе комплексной детоксикации (КД) использовались аферетические и сорбционно-диализные эфферентные методы: операция замещения крови (ОЗК), гемо- и перитонеальный диализ (ГД, ПД), гемосорбция (ГС), а также кишечный лаваж (КЛ), методы физиогемотерапии – магнитной (МГТ), ультрафиолетовой (УФГТ), лазерной (ЛГТ), и непрямое электрохимическое окисление (НЭХО) крови с помощью 0,06% раствора гипохлорита натрия (ГХН).

Результаты. Формирование КД связано с характером токсикантов и техническими возможностями и имеет следующие этапы: внедрение принципа раннего использования искусственной детоксикации (на примере ОЗК и ГД) (60–70-е годы); расширение сорбционно-диализной детоксикации крови на фоне устранения депо токсикантов и физико-химической гемотерапии (80–90-е годы); формирование к началу нынешнего столетия современного алгоритма КД. При этом наблюдали значительное ускорение биотрансформации экзо- и эндогенных токсикантов (в 3–12 раз).

Из эфферентных наиболее эффективными оказались сорбционно-диализные методы искусственной детоксикации, среди которых предпочтительна ГС, сопровождающаяся

наиболее интенсивным удалением из крови широкого спектра токсикантов. Для выведения гидрофильных токсикантов (метанол, фенобарбитал и др.) сохраняются показания к ГД, который обеспечивает длительную детоксикацию крови – в течение 10-12 ч и более, а при смертельных концентрациях токсикантов в ней может сочетаться с ГС.

При пероральных отравлениях для ликвидации депо токсикантов в кишечнике используется зондовый КЛ, депо органических токсикантов в жировой ткани (хлорированные углеводороды и др.) устраняется с помощью ПД.

Эффективность детоксикации значительно повышается при комбинации эфферентных методов с физико-химической гемотерапией. Проведение МГТ перед ГС сопровождается быстрой коррекцией гемореологических нарушений, особенно агрегационных, улучшением контакта крови с поверхностью сорбента и предотвращением гемодинамических осложнений. Кроме того, заметно возрастает темп сорбции некоторых токсикантов психофармакологического ряда. В результате УФГТ, выполняемой в конце эфферентной детоксикации, наблюдается интенсивная стимуляция фагоцитоза и значительное ускорение восстановления других иммунных параметров, что повышает естественный детоксикационный потенциал иммунной системы. На фоне ЛГТ наряду с гемореологическими и иммунными показателями значительно улучшается состояние перекисного окисления и антиоксидантной защиты в крови, что позволяет использовать ее при среднетяжелых отравлениях в качестве самостоятельного метода детоксикации.

НЭХО крови сопровождается значительным усилением ее очищения от «средних молекул» и приводит поэтому к наиболее действенной коррекции эндотоксикоза, сопровождающего циркуляцию экзогенных токсикантов в крови. Кроме того, комбинация ГС с УФ-облучением крови на входе в колонку-детоксикатор с заданной мощностью излучения (5,2-5,5x10^{-2} Вт) сопровождается почти двукратным ростом клиренса барбитуратов, а при проведении ГС одновременно с инфузиями ГХН он также удваивается благодаря предварительной МГТ.

Настоятельно показано сочетанное применение методов физико-химической гемотерапии, в ряде случае обеспечивающее новые, качественно иные положительные детоксикационные эффекты, связанные с ускорением устранения эндотоксикоза, что соответствующим образом влияет на результаты лечения.

На реабилитационнном этапе при отравлениях психофармакологическими средствами устранение сохраняющихся нарушений наиболее эффективно с помощью курсового комбинированного использования медикаментозного и немедикаментозного лечения с помощью ЛГТ и мексидола, что в наибольшей степени влияет на успешную коррекцию гемореологических нарушений и проявлений эндотоксикоза.

Заключение. Совершенствование КД тесно связано с реализацией изменяющихся требований к управлению детоксикационным процессом, что позволяет целенаправленно оптимизировать его эффективность и безопасность за счет уменьшения неблагоприятного влияния на течение интоксикации ведущих факторов: концентрационного, пространственного и временного, и существенного снижения интенсивности воздействия на организм компонентов КД. Выводы. Комплексное применение методов эфферентной и физико-химической детоксикации при условии их совместимости, токсикометрического и дозиметрического контроля за их использованием сопровождается более чем аддитивным детоксикационным эффектом за счет прямого и опосредованного влияния на детоксикационный процесс. Это позволяет добиться почти 3-кратного снижения летальности в токсикореанимационном отделении (до 5,8%) и более благоприятного течения реабилитационного периода (уменьшение сроков лечения и длительности воспалительного процесса в легких в 1,3 раза).

ОСТРЫЙ ВЕНОЗНЫЙ ТРОМБОЗ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ РНЦЭМП

Магрупов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вервекина Т.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Венозный тромбоз – острое заболевание, характеризующееся образованием тромба в просвете вены с нарушением оттока крови. Заболевание может спонтанно заканчиваться выздоровлением, в некоторых случаях осложняется хроническим нарушением венозного оттока, иногда развитием эмболии в систему легочной артерии. В ряде случаев причина и механизм развития венозного тромбоза отчетливо видны, например, флебит после внутривенного введения лекарственного препарата. В некоторых случаях венозный тромбоз служит первым проявлением какого-либо скрыто протекающего процесса (злокачественная опухоль, облитерирующий тромбангит, сдавление нижней полой вены). Иногда природа тромбоза вен остается неясной (Покровский А.В., 1979).

Проведен анализ 699 аутопсийных исследований, выполненных в патологоанатомическом отделении РНЦЭМП в 2012 году, в 26 (3,7%) из которых выявлены не диагностированные при жизни тромбозы системы нижней полой вены: 17 (65,3%) – умершие в терапевтических, 9 (34,7%) – в хирургических отделениях.

Наибольшее количество выявленных случаев тромбозов вен нижних конечностей пришлось на отделение неврологии – 15 (57,7%) . В качестве основного заболевания у 9 пациентов фигурировало острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому, у 4 – по геморрагическому типу, по одному случаю диагностирована вирусно-бактериальная пневмония и энцефалополирадикулопатия. Очаги поражения в головном мозге диаметром от 2 до 5 см выявлены в 3 случаях при ОНМК по ишемическому типу и в 1 при ОНМК по геморрагическому типу. Диаметр очагов от 5 до 15 см диагностирован в 6 случаях при ОНМК по ишемическому типу, в 3 – при ОНМК по геморрагическому типу. Во всех случаях при диагнозе ОНМК в качестве фонового заболевания фигурировала гипертоническая болезнь. В 6 случаях (ишемический инсульт) тромбоз вен определялся в нижней конечности с коллатеральной стороны от очага поражения в головном мозге (конечность на стороне гемипареза). В 3 случаях тромбоз развивался в нижней конечности той же половины тела, где находился и очаг поражения в головном мозге. При геморрагическом инсульте такое соотношение со-

ставило 2:2. Причем, лишь в 3 из 15 случаев имела место хроническая патология со стороны венозной системы нижних конечностей – тромбофлебит (2) и варикозная болезнь вен (1), во всех остальных наблюдениях имел место острый тромбоз глубоких вен голени и подколенной вены. У 13 пациентов восходящий тромбоз вен нижних конечностей привел к отрыву тромботических масс с развитием тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и инфарктов легких, при этом в возрасте 40-49 лет был 1 больной, 50–59 лет – 6, 60–69 лет – 5, 70–79 лет – 2, 80-89 лет – 1. Менее суток в стационаре находились 3 больных (в анамнезе доставлены в больницу на 3–4 день после развития ОНМК), 1–3 сутки – 1, 3–10 суток – 9, более 10 суток – 2.

В остальных 2 из 17 случаев диагностирован острый илеофеморальный венозный тромбоз у больных с хронической ревматической болезнью сердца и острым инфарктом миокарда.

Среди больных хирургического профиля венозный тромбоз нижних конечностей был диагностирован на секции у 9. Основной нозологией в 4 случаях был выставлен рак: толстой кишки (2), желудка (1), glans penis (1), в 2 – ЖКБ (гангренозный холецистит – 1, хронический холецистит – 1), в 2 – грыжи, в 1 – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и перелом шейки бедренной кости. Острый венозный тромбоз глубоких вен голени и подколенной вены наблюдался в 8 случаях, в 1 имел место тромбофлебит сосудов нижних конечностей. Причиной развития острого венозного тромбоза в 1 случае послужил гиперкоагуляционный синдром на фоне остановленного кровотечения, в 3 – паранеопластический гиперкоагуляционный синдром, в 2 – гиповолемия (грыжи), в 1 – перелом шейки бедра с проведенной операцией, в 1 – нарушение правил бинтования нижних конечностей с профилактической целью. ГБ как фоновое заболевание, предопределяющая изменение реологии крови, диагностирована в 5 из 9 случаев. Развитие ТЭЛА наблюдалось во всех 9(100%) случаях. В возрасте 40–49 лет был 1 больной, 50–59 лет – 3, от 60–69лет – 1, 70–79 лет- 2, 80–89 1, 90 и старше – 1. 7 из 9 пациентов были прооперированы по поводу основной патологии, которая послужила причиной обращения в стационар. Время пребывания в стационаре у 3 – 1–3 суток, у 4 – 3–10 суток, у 2 – более 10 суток.

Таким образом, острый тромбоз нижних конечностей возникает при различной соматической и хирургической патологии, однако следует иметь в виду, что длительный постельный режим, возраст старше 40 лет, наличие недостаточности кровообращения, оперативные вмешательства на органах брюшной полости способствуют развитию тромбоза и возникновению ТЭЛА. Следует рассчитывать степень риска возникновения тромбоза и проводить соответствующие профилактические мероприятия по недопущению развития острого тромбоза у больных, находящихся на лечении в стационаре.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ШОКОМ

Маликов Ю.Р., Азимов А.А., Маматов К.С., Утаев Л.Х.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Несмотря на достижения медицины, появление высокотехнологичных методов диагностики и лечения, острые желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) язвенной природы из верхнего отдела пищеварительного тракта, остаются актуальной проблемой экстренной хирургии. Летальность вследствие кровотечений из верхних отделах ЖКТ колеблется от 3,5–7% в США, до 4% в Великобритании, количество летальных исходов при кровотечениях из нижних отделов ЖКТ составляет 3,6% (Маев И. В., Самсонов Г.А.). Около 7% больных с ЖКК из верхнего отдела пищеварительного поступают в состоянии геморрагического шока.

В Навоийский филиал РНЦЭМП за последнее 5 лет (2008–2012 гг.) госпитализированы 348 больных с ЖКК, из них с кровотечением из язв желудка и ДПК было 250 (71,8%) пациентов. Больные были в возрасте от 15 до 81 года. Мужчин 175 (70%), женщин 75 (30%).

Всем больным при поступлении произведена экстренная ЭГДФС, общеклинические и биохимические анализы. 22 (8,8%) больных поступили в состоянии геморрагического шока, все больные госпитализированы в реанимационное отделение. В состоянии геморргического шока I ст. были 10 (4%) больных, II степени – 7 (2,8%), III степени – 5 (2%).

У 10 (4%) пациентов источником кровотечения явилась язва желудка, у 12 (4,8%) – язвы ДПК. 12 (4,8%) больным кровотечение временно остановлено эндоскопической диатермокоагуляцией, после чего продолжена гемостатическая терапия и противошоковые мероприятия. Хирургическая тактика была дифференцированной. Больным с продолжающимся кровотечением произведено оперативное лечение в экстренном порядке. Течение послеоперационного периода у 2 больных осложнилось несостоятельностью швов культи ДПК (9%), умер 1 (4,5%) больной.

Таким образом, своевременная диагностика и лечение больных с ЖКК из язв желудка и ДПК, оказание адекватной противошоковой терапии на этапах оказания медицинской помощи позволяет значительно улучшить результаты лечения, уменьшает количество осложнений и летальность.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ГНОЙНЫХ ПЕРИТОНИТОВ

Маликов Ю.Р., Хотамов И.Э., Хамдамов О.К.
Навоийский филиал РНЦЭМП

В определении степени тяжести эндотоксемии и общего состояния больного наибольшее распространение, особенно в Европе, получил перитониальный индекс Манхаймера (ПИМ), предложенной в 1987 г. группой немецких хирургов, для прогнозирования исхода перитонита. ПИМ может также использоваться при выборе хирургической тактики у больных с распространенным гнойным перитонитом.

Нами проанализированы результаты обследования 95 больных с распространенным гнойным перитонитом, которые находились на лечении в 2010-2012 гг. Возраст больных – от 16 до 75 лет. Мужчин было 75 (79%), женщин-20 (21%). Причиной перитонита у 53 (56%) больных явилась перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, у 17 (18%) – деструктивный аппендицит, у 15 (16%) – острая кишечная непроходимость, у 4 (4%) – острый мезентериальный тромбоз, у 4 (4%) – деструктивный холецистит, у 2(2%) – панкреонекроз. Диффузный серозно-фибринозный перитонит был у 53 больных, разлитой гнойный – у 42. Состояние было оценено как среднетяжелое у 53, тяжелое у 42. В первые 6 ч поступили 23 больных, до 12 часов – 7, до 24 ч – 24, спустя 24 ч – 41. У этих больных осуществляли прогнозирование динамики течения и исхода перитонита с помощью ПИМ.

У обследованных больных значения ПИМ находилась в пределах 12–47 баллов.

1-ю подгруппу (величина ПИМ 12–20 баллов) составили 70 (73,6%) больных: из них у 46 была перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, у 11-деструктивный аппендицит, у 10-острая кишечная непроходимость, у 3-деструктивный холецистит. У 60 больных диагностирован диффузный серозно-фибринозный, у 10 – разлитой гнойный перитонит давностью до 12 часов. Адекватно проведенное лечение позволило добиться полного выздоровления у всех больных.

Во 2-й подгруппе (величина ПИМ 21–29 баллов) была 19 (20%) больных: из них 7 – с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, 6 – с деструктивным аппендицитом, 4 – с кишечной непроходимостью, 1-с деструктивным холециститом, 1-с панкреонекрозом. Все с разлитым гнойным перитонитом и сопутствующим и сердечно-сосудистыми заболеваниями, выживаемость составила 25%.

3-ю подгруппу (величина ПИМ 30 баллов и более) составили 6 (6,4%) больных: из них 4- с мезентериальным тромбозом, 1 – с кишечной непроходимостью, 1-с панкреонекрозом, все с разлитым гнойным перитонитом длительностью более 48 часов и сопутствующим тяжелым соматическим состоянием. Несмотря на проводимую интенсивную терапию летальность составила 100%.

Таким образом, использование ПИМ позволяет прогнозировать исход лечения у больных общим перитонитом.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

Мамаджанов А.А., Солиев Б.Э., Рузматов А.Э., Тожибаев А.Х.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Гнойный холангит – тяжёлое осложнение механической желтухи, которое встречается в 20-30% случаев. Послеоперационная летальность достигает 45%, что обусловлено высокой склонностью гнойного холангита к генерализации с образованием множественных абсцессов печени, развитием билиарного сепсиса.

Цель. Анализ результатов лечения больных механической желтухой, осложнённой острым гнойным холангитом.

Материал и методы. В Наманганском филиале РНЦЭМП с 2009г. по май 2013 г. На лечении находились 1100 больных в возрасте от 19 до 81 года с диагнозом желчнокаменной болезни, осложнённой механической желтухой. У 143 пациентов наблюдались явления острого гнойного холангита. Мужчин было 49, женщин – 94.На диагностическом этапе применялись клинико-лабораторные и специальные инструментальные методы исследования (УЗИ, ФГДС, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, а во время операции – интраоперационная холангиография), что позволило установить точный диагноз до операции в 98,6% случаев.

Результаты. Всем больным острым гнойным холангитом проводилась предоперационная подготовка в отделении в зависимости от состояния и степени тяжести холангита в сроки от несколько часов до 2–3 суток, которая заключалась в комплексной интенсивной детоксикационной терапии. Хирургическое лечение больных гнойным холангитом начиналось с декомпрессии и санации билиарного тракта. Предпочтение отдавали эндоскопическому ретроградному вмешательству. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнена у 134 больных в сочетании с холедохолитоэкстракцией у 126 больных. У 56 пациентов вмешательство завершено транспапиллярным эндобилиарным дренированием. Этим больным в последующем выполнены повторные санационные и контрольные ретроградные вмешательства. У 9 пациентов при невозможности осуществления эндоскопического вмешательства в связи со сложностями катетеризации БДС (папилла в полости дивертикула, состояние после резекции желудка по Бильрот II), выполнялась декомпрессия билиарного тракта под контролем ультразвука.

Заключение. При механической желтухе, осложнённой гнойным холангитом, оптимальной является тактика, включающая адекватную предоперационную медикаментозную подготовку, раннюю декомпрессию билиарного тракта с использованием малоинвазивных методов. Операцией выбора является эндоскопическое ретроградное вмешательство с обязательным транспапиллярным дренированием.

ТАКТИКА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С КРИТИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ

Мамедов Б.К., Жабборов З.И., Зокиров Т.Ш., Каримов Ж.Х.
Бухарский филиал РНЦЭМП

В 2011 по 2012 г.г. в нашем филиале оперированы 48 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет с площадью ожоговых ран от 30 до 70%. Дети поступали в клинику в состоянии ожогового шока. Первая операция проводилась на 3-7 сутки. Пациенты оперированы на фоне респираторной и инотропной поддержки. Физический статус соответствовал IV классу ASA.

У всех больных для премедикации использовали атропин, промедол, диазепам и НПВС. В ходе операции скорость инфузии инотропов (дофамин) увеличивали на 20%. Для поддержания анестезии применяли болюсно кетамин и промедол. В последнее время для поддержания использовали инфузию натрия оксибутирата + болюсное введение кетамина и промедола. За время анестезии проводили мониторинг ЧСС, АД, сатурации гемоглобина, температуры тела, КОС, Hb, Ht. Во время операции проводили постоянное подогревание пациентов. Инфузионная терапия включала трансфузию криоплазмы и эритроцитарной массы в эквивалентных количествах, гекодез 6% и глюкозо-солевые растворы. При транспортировке в отделение детской реанимации обеспечивали самостоятельную либо принудительную вентиляцию лёгких и согревание больного.

Таким образом, у детей первых 5 лет жизни с критическими ожогами при анестезиологическом пособии многокомпонентная анестезия (кетамин + инфузия оксибутирата натрия + болюсно промедол) с использованием оксигенотерапии, инотропной поддержки, адекватной инфузионно-трансфузионной терапии, обязательным контролем Hb, Ht и температурного режима. Такая тактика обеспечивает адекватную анестезию и позволяет проводить экстренные некрэктомии уже в первые двое суток после ожоговой травмы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИЕ В ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИМИ ФЕРМЕНТАМИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Мамедов М.М., Мусаев Х.Н., Мамедов Н.И., Мустафаева М.Ф.
Научный центр хирургии им М.А.Топчибашева, Баку

В отделение хирургической колопроктологии, на лечении находились 89 больных с острым парапроктитом в возрасте от 18 до 67 лет, мужчин- 56 женщин- 33. В зависимости от метода послеоперационного ведения ран больные, были разделены на две группы. Во основной группе -64 больным при лечении гнойно-некротических процессов околопрямокишечной клетчатки применялась композиция имозимазы+метрогил П+ через 4-6часов радикальная операция в сочетании низко-интенсивным лазерным излучением модифицированным аппаратом»Милта»мощностью 20мВт на выходе в течение 10-12мин,ежедневно. В контрольной группе лечение -25 больным с острым воспалением околопрямокишечной клетчатки проводилось традиционным методом.

После вскрытия и санации гнойного очага с промыванием раневой полости 3% раствором перекиси водорода, производили перевязки с применением водорастворимой мазевой композиции «Левомеколь». Для улучшения оттока гнойно-некротического отделяемого раны дренировались резиновыми полосками, трубками.

Заключение. Полученные клинические результаты отражающие динамические изменения в течении раневого процесса при лечении гнойных ран с применением пролонгированной энзимотерапии с использованием иммобилизованных на полиэтиленоксиде бактериальных протеаз (имозимазы+метрогил П,+через 4-6часов радикальная операция с использованием лазерной техники свидетельствуют о выраженном некролитическом и протеолитическом эффекте указанного ферментного препарата, что выразилось сокращением сроков очищения гнойных ран перианальной области и промежности и продолжительности пребывания в стационаре в среднем на 85 % по сравнению с группой больных, которым проводилось традиционное лечение.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПРОФУЗНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

Мамедов А.А.[1], Рустамов Э.А.[1], Ширинов З.Т.[1], Кязимов И.Л., Искендеров Э.А.[1], Джафаров Х.З.[1], Мамедов И.И.[2]
Научный центр хирургии им. акад. М.А.Топчибашева, Баку[1], Больница скорой медицинской помощи, Сумгаит, Азербайджан[2]

В связи с усовершенствованием эндоскопических манипуляций и внедрением высокоэффективных антацидных препаратов, консервативное лечение острых гастродуоденальных кровотечений (ГДК) получило широкое практическое применение. Хирургическое лечение на высоте кровотечения имеет определенный риск послеоперационных осложнений, но в случаях с продолжающимся кровотечением является методом выбора по жизненным показаниям.

Целью исследования было изучение результатов радикальных операций по поводу ГДК и разработка нового направления в алгоритме лечения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 93 больных с острыми ГДК получавших хирургическое лечение в 2002–2012 гг. в отделении хирургической гастроэнтерологии Центра Хирургии им. акад. М.А.Топчибашева. Всем больным при поступлении был проведена ФЭГДС, после чего источником кро-

вотечения у 28 – и больных была язва желудка, у 52 – язва двенадцатиперстной кишки, у 13-и гастродуоденальные язвы. Степен тяжести ГДК оценивалась по классификации Форрест. Интенсивная противоязвенная и антацидная терапия, а также эндоскопическое вмешательство (коагуляция, склеротерапия и др.) у 38 больных увенчались успехом. Остальные больные по жизненным показаниям подверглись оперативному вмешательству: у 10 выполнено прошивание и иссечение язвы с пилоро- или дуоденопластикой, у 12 – антрумэктомия вместе с ваготомией, у 10 – проксимальная резекция, у 5 – ступенчатая резекция, у 24 – резекция 2/3 желудка, у 2 – гастрэктомия.

Результаты. Больные после операций в течение 2-3 дней получали интенсивную терапию в отделение реанимации, после стабилизации состояния продолжали лечение в палате общего режима. Проводился сравнительный мониторинг послеоперационной летальности, осложнений и рецидива кровотечения у больных, перенесших паллиативные и радикальные оперативные вмешательства. А также, в течение года с помощью специальных тестов оценивалось качество жизни оперированных пациентов. В группе, где проводились радикальные вмешательства, все больные были благополучно выписаны из стационара, тогда как в двух случаях, рецидив кровотечения у паллиативно оперированных осложнился полиорганной недостаточностью, что привело к летальному исходу.

Наблюдали такие осложнения как плеврит, асцит, отеки нижних конечностей, нагноение раны, которые разрешались после консервативного лечения.

Опрос больных спустя год после выписки из стационара, выявил эпизоды кровотечений у паллиативно оперированных больных, большинство которых принимали противоязвенную терапию. Радикально оперированные больные ограничивались диетой и принимали препараты железа, витамин В12.

Заключение. Оптимальная тактика введения больных с острыми ГДК язвенного генеза, начинается с применения эндоскопических методов гемостаза с одновременным переливанием крови. При рецидивах кровотечений, за время пребывания пациента в клинике, настойчивые попытки остановить кровотечение, используя эндоскопические методики, приводят в конечном итоге к упущению благоприятных сроков выполнения радикальных операций и высокой летальности. Радикальные хирургические вмешательства выполняются по строгим показаниям при неэффективности эндоскопического гемостаза, а также при высоком риске рецидива кровотечения.

OUR EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF SPINAL DEFORMITIES

Mardanov J.J.

Republican Scientific Center of Neurosurgery

Objective: To evaluate the results of surgical treatment of spinal deformities using the methods of transpedicular stabilization.

Materials and methods. In 2011gg were operated on 105 patients aged 22 to 71 years (mean age 44.9 years) with thoracic kyphosis and lumbar spine caused by diseases of various etiologies (trauma, tumors, degenerative diseases of the spine). Follow-up was 12 months. Surgery is traumatic and pathological vertebral fractures was wider front and rear decompression spinal canal structures using posterolateral transpedicular access. When malignancy often used two-way access and removed the tumor tissue within sight. 3 of these patients after partial removal of the tumor from the body and decompression of neural structures, made open vertebroplasty with acrylic cement, and then installed transpedicular stabilizer. Surgery for degenerative instability and stenosis was broad posterior decompression of spinal canal structures by laminotomy with partial or complete bilateral facetectomy and posterior interbody stabilization pedicle systems and titanium cages. Early treatment outcome was assessed prior to discharge the patient from the hospital on the basis of scales that measured neurological disorders, pain and deformation of the axis of the spine (kyphosis angle local). Control study was performed at least 12 months after discharge from hospital.

Results. Clinical analysis was carried out in the following patient groups: I group - 34 patients with acute and age-old traumatic fractures of thoracic and lumbar vertebrae, among which were 74% of men and 26% of women aged 15 to 63 years (mean age 32). Economical surgical approach was performed in 12 patients, a wide - 22 patients. Transpedicular stabilization used in all cases. In assessing the outcome of treatment of early good outcome was reported in 24 (70.5%) cases. Satisfactory results were obtained in 7 (20.5%) patients. In 3 patients received poor treatment outcome. Control studies were carried out in 29 patients. A good result of treatment occurred in 21, and poor in 7 cases.

Group II included 45 patients with spinal tumors, among which there were 69% of men and 31% of women aged 15 to 77 years (mean age 50 years). In the thoracic region observed in 67% and 33% of the lumbar spine tumors. Economical surgical approach performed in 33% and wide - in 67% of cases. Transpedicular stabilization was used in 44 patients. In histological studies marked the primary tumor in 12 patients, and metastatic - in 32 patients. Good and satisfactory results are obtained, respectively, 19 and 15 patients (82%). In 11 cases received poor treatment outcome. In this group, two patients died. Control study performed in 22 patients. During the study died 7 patients with metastatic and malignant tumors, and 6 patients agreed to a controlled study. Distant good results obtained in the treatment of 14, and the bad - in 4 cases. Two patients with echinococcosis of the lumbar spine (male and female, mean age 23.5 years) were also assigned to this group. In both cases, laminectomy performed with the removal of epidural cysts and modified vertebrae and transpedicular stabilization. In both cases, a good result.

III group consisted of 26 patients with degenerative instability and / or stenosis, of which 39% were men and 61% of women between the ages of 7 to 69 years (mean age 53 years). Complete regression of pain and return to work was seen in 11 (42%) patients. A significant improvement in condition manifesting decrease in pain intensity

and DRX painkillers noted in 10 (38.5%) patients. About a slight improvement - frequent NSAID and / or pain medication talking 4 (15.5%) patients. Lack of improvement noted 1 (4%) patients.

Output. In the analysis of the early results of treatment operation posterolateral access, coupled with the internal stabilization of the spine improved neurological status and / or the axis of the spine (kyphosis angle local) in traumatic fractures (91%), degenerative strains (80.5%) and the least - in tumors (75.5%). Postoperative mortality was 1%. Posterior stabilization allows early mobilization of patients - in the 1st postoperative day.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ БОЛИ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ЭКСТРАДУРАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ СПИННОГО МОЗГА

Марданов Ж.Ж.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Цель. Оценка болевого синдрома у больных с экстрадуральными опухолями спинного мозга.

Материал и методы. Под наблюдением в 2009–2011 гг. в клинике РНЦНХ МЗ РУз находились 96 больных с экстрадуральными новообразованиями спинного мозга. Возраст пациентов колебался от 16 до 75 лет (средний возраст 40 лет); мужчин было – 46, женщин – 50. Все больные прошли полное клиническое обследование. Диагноз был верифицирован на операции и подтверждён гистологически. Интенсивность болевого синдрома оценивали по пятибалльной шкале Denis и соавт. (1989).

Результаты. Первой и основной жалобой у всех наших пациентов до операции была боль различного характера и интенсивности. У большинства боль была постоянной, периодически усиливалась или уменьшалась без видимых причин, иногда была связана с вертикальной физической нагрузкой. Очень часто пациентов беспокоили ночные боли. Мы выделяли 3 вида боли: костная, корешковая и сочетанная. Костной называлась боль, локализующаяся в проекции позвоночника, без иррадиации по корешкам. Если боль локализовалась только в зоне иннервации корешка, она называлась корешковой. Если пациент жаловался на боли в проекции позвоночника с иррадиацией их по ходу нервного корешка, боль называлась сочетанной. У 51 (53%) пациента преобладала смешанная боль, у 37 (38%) встречалась костная, у 8 (9%) корешковая боль. Обращает на себя внимание, что костная боль более характерна для доброкачественных опухолей, она встречалась у 67% больных этой группы, при метастазах наблюдалась у24%, а при первичных злокачественных опухолях – у9%. Корешковая боль отмечалась только при доброкачественных опухолях. Сочетанная боль примерно с одинаковой частотой встречалась во всех трех группах. При доброкачественных опухолях у 26 (50%) пациентов была костная боль, у 17 (32%) – смешанная, у 9 (18%) – корешковая. Среди больных с первичными злокачественными опухолями 31 (83%) жаловался на сочетанную боль, 7 (17%) – на костную. Корешковая боль для больных с первичными злокачественными опухолями не характерна. У больных с метастатическими опухолями преобладала сочетанная боль – у 4 (67%), у остальных 2 (33%) была костная боль.

Эффект уменьшения боли оценивался качественно: полное или значительное уменьшение боли считалось хорошим обезболивающим эффектом, умеренное или минимальное уменьшение боли - как удовлетворительный эффект, усиление болей - как неудовлетворительный эффект.

Выводы. При хирургическом лечении больных с экстрадуральными опухолями спинного мозга хороший обезболивающий эффект получен у 80 (83%), удовлетворительный у 16 (17%), неудовлетворительных результатов не наблюдалось.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ПУТИ КОРРЕКЦИИ ГИПОКСИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ТОРАКАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

Марченков Ю.В.

НИИ общей реаниматологии им. В.А. Неговского, Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, Москва

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с тяжелой осложненной торакальной травмой путем комплексной коррекцией гипоксии с использованием методов инвазивной и неинвазивной респираторной поддержки.

Материал и методы. Проведено проспективно-ретроспективное рандомизированное клинико-экспериментальное исследование. Экспериментальная часть работы выполнена на трех группах беспородных крыс-самцов: 36 животных - модель острого повреждения легких (ОПЛ) в результате кровопотери, 50 - модель ОПЛ в результате аспирации, 46 - модель ОПЛ в результате вентилятор-ассоциированного повреждения. Выполняли морфологические и морфометрические исследования с последующей статистической обработкой.

В клиническое исследование включены 185 больных с изолированной или сочетанной травмой груди, осложнившейся ОДН. Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям, имели рентгенологически подтвержденные одно- или двусторонние ушибы легких. Все больные имели показания к ИВЛ. Респираторная поддержка осуществлялась в 2 этапа. 1 этап - неинвазивная масочная вентиляция легких (НМВЛ) проводилась респиратором Drager-evita 4 в режиме CPAP+PSV через лицевую или носовую маску в постоянном режиме (1-8 суток). Уровень PEEP составил 5-12 см вод. ст., поддержки давлением 5-10 см вод. ст. Показатели функции внешнего дыхания регистрировали с дисплея респиратора. Анализ газового состава крови и КЩС производился на газоанализаторе «ABL-500». Гемодинамические измерения проводились инвазивно – термодилюционным методом с применением аппарата «Pulson Picco plus» (Germany) на всех

этапах исследования. Больные были разделены на две группы: основная–НМВЛ, контрольная-ИВЛ. Между собой группы были сопоставимы. По результатам лечения больные основной группы ретроспективно были разделены на две подгруппы: 1-я – удалось избежать эндотрахеальной интубации, 2-я – не удалось избежать эндотрахеальной интубации. При неэффективности НМВЛ проводили ИВЛ в соответствии с утвержденным протоколом исследования (2 этап). Больные были разделены на следующие группы: группа А: BIPAP. Подгруппа А I: BIPAP+МА, у которых изначально проводили респираторную поддержку в режиме BIPAP. После ликвидации пневмоторакса применяли «мобилизацию альвеол» (МА) несколько раз в сутки. Подгруппа А II: BIPAP без МА (контрольная), у которых изначально проводили респираторную поддержку в режиме BIPAP. После ликвидации пневмоторакса МА не применяли. Группа В: SIMV. Подгруппа BI: SIMV+МА, у которых изначально проводили респираторную поддержку в режиме SIMV. После ликвидации пневмоторакса применяли МА несколько раз в сутки. Подгруппа В II: SIMV без МА (контрольная), у которых изначально проводили респираторную поддержку в режиме SIMV. После ликвидации пневмоторакса МА не применяли.

Результаты. Исследование показало, что морфологические признаки ОПЛ в эксперименте носят неспецифический характер и не зависят от этиологического фактора. Они включают повреждение эндотелия капилляров, их базальных мембран, альвеолярного эпителия, накопление внесосудистой жидкости и экссудацию белков с формированием некардиогенного отека легких.

Впервые разработан принципиально новый подход к лечению больных с тяжелой осложненной торакальной травмой. Обоснована целесообразность применения НМВЛ у больных с декомпенсированной ОДН на фоне ушиба легких при тупой травме груди. Доказана эффективность НМВЛ в коррекции дыхательных нарушений и целесообразность ее применения как способа избежать осложнений эндотрахеальной интубации и последующей ИВЛ. Установлено уменьшение количества осложнений, трахеостомий, летальности, длительности респираторной поддержки и периода пребывания в отделении реаниматологии по сравнению с больными, которым проводили ИВЛ через эндотрахеальную трубку. Выявлены и оценены прогностические критерии неэффективности НМВЛ при тупой травме груди.

Доказано, что применение BIPAP с последующим максимально ранним использованием «мобилизации альвеол» улучшает результаты лечения больных с острым повреждением легких и сопутствующим пневмотораксом, развившимся в результате тупой травмы грудной клетки, что сопровождается уменьшением количества осложнений, длительности ИВЛ и времени нахождения в отделении реаниматологии и летальности.

Впервые разработан и запатентован принципиально новый метод лечения ОРДС при наличии пневмоторакса, позволяющий ликвидировать критическую гипоксемию, уменьшить сроки лечения и снизить летальность.

НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТАЗА И БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Махкамов И.Х., Валиев Э.Ю., Каримов Б.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Изучены результаты лечения 127 больных с сочетанными повреждениями таза с переломами бедра, что составило 15,4% от всех больных с сочетанной травмой. Среди пострадавших преобладали лица мужского. 60% больных были в возрасте 20–55 лет. У 85 (66,9%) пациентов причиной травмы явились дорожно-транспортные происшествия, у 36 (28,4%) – падение с высоты, у 6 (4,7%) – несчастный случай в быту. Переломы костей таза и конечностей в сочетании с повреждениями внутренних органов выявлены у 31 (24,4%) пострадавшего.

При поступлении в зависимости от тяжести состояния больные в обязательном порядке госпитализировались в противошоковую палату приемного отделения, где проводились противошоковые мероприятия. Обследование проводилось согласно клинико-диагностическим стандартам, разработанным в клинике. Больных осматривали все специалисты дежурной бригады: хирург, уролог, нейрохирург и травматолог, при необходимости узкие специалисты.

Учитывая общее тяжелое состояние подавляющего большинства больных, основной целью лечения было сохранение жизни. Объем оказания помощи находился в прямой зависимости от наличия сопутствующих повреждений со стороны внутренних органов и тяжести состояния на момент поступления. После устранения доминирующего повреждения со стороны органов брюшной и грудной полости и черепа, стабилизации гемодинамических показателей решали вопрос о стабилизации повреждений таза и бедра. В отношении нестабильных переломов костей таза в раннем периоде травматической болезни мы придерживаемся активной хирургической тактики с использованием малоинвазивных методов остеосинтеза. Применяются разработанные в клинике стержневые аппараты наружной фиксации двух модификаций.

Необходимо отметить, что применение аппарата клиники при лечении данного контингента больных внесли важные коррективы в комплекс противошоковых мероприятий и способствовало профилактике осложнений.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ МИКРОДИСКЭКТОМИЯ ВЫПАВШИХ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Махкамов К.Э., Исрайилов Д.У.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В отделении нейрохирургии и сочетанной травмы РНЦЭМП успешно применяются современные малоинвазивные методы оперативного вмешательства, позволяющие проводить удаление грыжи диска с минимальными травматическими повреждениями тканей. Микрохирургическое оперативное удаление грыж иногда проводится на нескольких уровнях одномоментно. Для осуществления операции использовалось положение больного на животе с обязательным установлением валиков в проекции боковых каналов живота для устранения сдавления органов брюшной полости и нижней полой вены для профилактики интраоперационного кровоизлияния из эпидуральных вен, операционный микроскоп OPMI Vario (Карл Цейсс) и микрохирургические инструменты, которые позволяют через малый доступ (не более 2–3 см) и при минимальной травме позвоночника и паравертебральных мышц удалять выпавшие межпозвонковые грыжи. Операция в среднем длится 1,0–1,5 часа, используется общий наркоз. За период с января 2012 г. по июль 2013 г. в отделении нейрохирургии и сочетанной травмы по данной методике прооперированы 19 больных. Во всех случаях применялось интраоперационное увеличение с помощью операционного микроскопа. В послеоперационном периоде больные активизировались в 1–2 сутки. У 18 (94,7%) пациентов болевой синдром регрессировал в 1 сутки после операции. У 13 (68,4%) больных отмечался полный регресс симптоматики тазовых расстройств в течение суток, остальные 6 из-за позднего устранения сдавления лечение продолжали в неврологическом отделении.

Таким образом, важнейшим преимуществом микродискэктомии это полный визуализационный контроль в интраоперационном периоде, увеличивает шанс отсутствия хирургической ятрогенизации и более гарантированного восстановления неврологических расстройств.

СТРУКТУРА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

Махкамов К.Э., Азизов М.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Транссфеноидальный доступ у больных с аденомами гипофиза, несмотря на высокую эффективность и малую травматичность, нередко сопровождается воспалительными осложнениями, наиболее опасным и частым из которых является менингоэнцефалит.

Цель исследования. Поиск наиболее эффективных способов профилактики осложнений трансфеноидальной аденомэктомии.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 350 пациентов с аденомами гипофиза, оперированных в отделении нейрохирургии РНЦЭМП 2005-2012 гг., которым производилась транссфеноидальная аденомэктомия.

Показаниями к герметизации дна турецкого седла были интраоперационная ликворея, инвазивный рост опухоли в близлежащие структуры, перфорация дна турецкого седла. 105 пациентам герметизация выполнена путем внедрения в полость сфеноидальной пазухи фрагмента подкожно-жировой клетчатки и укрепления ее гемостатическими пластинами. Из осложнений учитывались послеоперационная ликворея, нарушение кровообращения диэнцефальной области. Абсолютное снижение частоты осложнений из трансназально-субмукозно-трансфеноидального доступа составило 93%.

Для уменьшения риска послеоперационных воспалительных осложнений необходимо: а) использовать технологию субмукозного доступа (разрез 2–2,5 см); б) закладывать в полость сфеноидальной пазухи фрагмент подкожно-жировой клетчатки в сочетании с гемостатической губкой; в) при выраженной инвазии опухоли в близлежащие структуры удалять опухоль в пределах досягаемости.

Результаты. Использование микрохирургической техники на этапах выделения и удаления опухоли обеспечило анатомическую и функциональную сохранность жизненно важных образований, прилежащих к опухоли. Манипуляции в этой области требовали особой осторожности и тщательности, так как опухоль отделялась от дна III желудочка и сосудов основания мозга. В одном случае в связи с инвазией опухоли, при удалении супраселлярной части имела место перфорация стенки III желудочка с высоким риском развития послеоперационной ликвореи, который был сведен к нулю путем тщательной герметизации дна турецкого седла. При контрольном исследовании ЛОР – признаки назальной ликвореи не выявлены ни у одного пациента, за исключением одного больного, у которого имела место менингиома турецкого седла.

Кроме ликвореи у 22% (79) больных отмечалась транзиторная полиурия, у 23 (6%) имело место вторичное нарушение мозгового кровообращения в диэнцефальной области по ишемическому типу преимущественно в гипоталамических отделах, которое корригировалось путем применения препаратов реологии и заместительной терапии.

Таким образом, соблюдение в практической деятельности всех правил техники операции и ведения в послеоперационном периоде больных с аденомами гипофиза привело к тому, что послеоперационная ликворея у больных носила эпизодический характер, воспалительных явлений не наблюдалось.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО МИКРОСКОПА ПРИ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Махкамов К.Э., Исрайилов Д.У.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Травма шейного отдела позвоночника составляет 2,0–4,6 % от общего числа всех закрытых травм, повреждения шейного отдела в общей структуре травмы позвоночника – 60–80%. Грубые неврологические расстройства в виде тетраплегий, тяжелых парезов, нарушений функции тазовых органов выявляются в 45–60%. Летальность при данном виде повреждения, по данным разных авторов, достигает 15%. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в лечении повреждений позвоночника в последние годы, стабилизация шейного отдела остается актуальной проблемой. Это относится, в первую очередь, к нестабильным повреждениям шейного отдела позвоночника.

Цель исследования. Оценка эффективности применения операционного микроскопа при стабилизирующих операциях переломов шейного отдела позвоночника.

Материал и методы. С января 2012 г. по июль 2013 г. в отделении нейрохирургии и сочетанной травмы РНЦЭМП произведено 12 операций передним доступом на шейном отделе позвоночника с использованием операционного микроскопа OPMI Vario (Карл Цейсс). Стабилизацию производили аутотрансплантатом из гребня подвздошной кости и пластиной передней стабилизации фирм ChM (Польша) и МЕДБИОТЕХ (Белоруссия). Операция выполнялась в положении больного лежа на спине, с подложенным под плечи небольшим валиком, плечи отводили вниз и фиксировали. При нестабильных повреждениях, когда требуется иммобилизация или устранение деформации оси позвоночника, применяли скелетное вытяжение. Для контроля за уровнем вмешательства производили рентгенонавигацию шейного отдела позвоночника в боковой проекции с применением электронно-оптического преобразователя. Кожный разрез производился по кожной складке поперечно, в отличие от традиционного разреза по переднему краю кивательной мышцы. Следует отметить, что размеры разреза были минимально необходимые для установления вентральной стабилизирующей пластины. Острым путем производился разрез кожи и платизмы, далее доступ осуществлялся тупым путем между фасциями. Данная техника позволяет решить несколько задач: отсутствие «мертвых» зон - выполнить декомпрессию спинного мозга, темных не визуализированных зон – 100% визуализировать контролируемую декомпрессию спинного мозга, стабилизация позвоночника сразу после окончания операции, более ранней активизации больных. Учитывая интраоперационное увеличение резко снижается риск повреждения тканей и органов шеи, травматизации спинного мозга. Учитывая минимальность операционной травмы, благодаря применению операционного микроскопа, возможности современной системы стабилизации, в послеоперационном периоде больные не отмечали боли в области раны, послеоперационных воспалительных осложнений не наблюдалось.

При неосложнённых переломах позвоночника 5 (41,7%) больных были активизированы уже на 2 сутки после операции. У 5 (41,7%) пациентов отмечалась положительная динамика в неврологическом статусе различной степени выраженности. У 2 (16,6%) больных с осложнёнными переломами позвоночника неврологический статус больных не изменился, но стабилизация позвоночника облегчила уход за ними.

Таким образом, использование при нестабильных переломах шейного отдела позвоночника операционного микроскопа и пластин передней стабилизации привело к уменьшнию частоты послеоперационных осложнений без ущерба неврологического статуса больных и адекватности стабилизации.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

Махкамов К.Э., Азизов М.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Хирургия основания черепа является одним из наиболее сложных разделов нейрохирургии. Несмотря на появление новых методов диагностики, в нейрохирургические стационары еще нередко поступают больные с большими опухолями хиазмально-селлярной области (ХСО), при которых послеоперационные осложнения и летальность встречаются чаще. Одними из таких осложнений являются кровоизлияние в остатки опухоли, ликворея и зрительные нарушения, которые во многом определяют дальнейшею социальную и трудовую адаптацию оперированных больных. По данным катамнестической оценки результатов хирургического лечения, в послеоперационном периоде ухудшение зрения наступает в 31% случаев (24,6% при ранней стадии и 37,7% при поздней стадии), возможно также развитие острой потери зрения в раннем послеоперационном периоде (0,6%–1,0%).

В 2005–2013 гг. в отделении нейрохирургии РНЦЭМП проведено более 400 транссфеноидальных аденомэктомий. Все больные оперированы с применением микрохирургической техники и операционного микроскопа. 68 больным после удаления опухоли в ложе укладывался аутожировая ткань в комбинации с пластинами гемостатической губки для замещения объема удаленного новообразования, что позволило восстановить анатомическую конфигурацию структур селлярной области. У 19 больных в конце операции отмечалось умеренное кровотечение из передних отделов ложа опухоли, верифицировать которое было невозможно из-за отсутствия возможности визуализировать эту зону. Попытки остановить кровотечение традиционными способами не имели успеха. После

укладки трансплантата, дополнительно насыщенного тромбином, кровотечение было остановлено в течение 10–15 мин. Диаметр ложа удаленной АГ после удаления опухоли составлял от 1 до 3,5 см. На 3 сутки после операции проводился осмотр окулиста, через 3 месяца – контрольные исследования МРТ головного мозга. Через неделю временное снижение зрения на 0,1–0,2 зафиксировано у 4 больных. Улучшение остроты и расширение полей зрения начиналось к концу первой недели у 15 больных, ко второй неделе – у 20. У 9 пациентов за это время уровень зрения вернулся к исходному. В дальнейшем контрольные обследования больных проводились в разные сроки – в среднем один раз в 3 месяца. У 23 больных через 1,5 месяца после операции visus от 0,1–0,4 улучшился до 07–1,0. В среднем улучшение зрения в наблюдаемой группе составило 72%. В данной группе, состоявшей из 68 больных, отмечалась назальная ликворея у 2,7%, кровоизлияние в ложе удаленной опухоли у 4,5%. По данным контрольной МРТ, у больного с облитерацией ложа удаленной опухоли фрагментом аутожира выявлено рассасывание аутотрансплантата с формированием кистозной полости. Рецидивовы составили 3%.

Анализе полученных результатов показал, что при макро- и гигантских аденомах гипофиза замещение ложа удаленной опухоли аутожировой тканью в комбинации с фибринсодержащими гемостатическими пластинами позволяет уменьшить вероятность возникновения послеоперационных осложнений, связанных с анатомическими особенностями ХСО, что свидетельствует о преимуществах этого метода перед традиционными методами гемостаза.

КТ-ИССЛЕДОВАНИЕ И НЕЙРОМОНИТОРИНГ В ОЦЕНКЕ ВТОРИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМАХ

Махкамов К.Э., Кузибаев Ж.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В структуре причин смерти травма занимает третье место, уступая сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям, при этом в 50% случаев - это повреждения головного мозга. У лиц молодого возраста черепно-мозговая травма как причина смерти стоит на первом месте, приобретая особую социально-экономическую значимость. Внутричерепные гематомы при черепно-мозговой травме развиваются в 17% случаев. Несмотря на большое число научных исследований, использование современных диагностических и лечебных комплексов, летальность при этом виде травматического поражения мозга остаётся высокой. Трудности клинической диагностики обусловлены целым рядом причин, среди которых множественная и атипичная локализация внутричерепных гематом, редкость их «классической» клинической картины, частое отсутствие клинических признаков сдавления мозга, тяжёлые сопутствующие повреждения, алкогольная интоксикация и многие другие.

Цель исследования. Изучение корреляционной связи между проявлением клинико-неврологических синдромов и динамикой изменения компьютерно-томографической картины головного мозга у больных с травматическими внутричерепными гематомами.

Материал и методы. Работа основана на изучении данных комплексного клинического и КТ-обследования и лечения 257 пострадавших с травматическими внутричерепными гематомами, поступивших в Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи в 2011–2012 гг. Возраст пациентов – от 16 до 82 лет, средний возраст — 36,9±4,3 года. У пострадавших имелись признаки клинико-неврологических синдромов. У 77 (29,9%) больных диагностирована эпидуральная гематома, у 8 (3,2%) – внутримозговая гематома, у 172 (66,9%) – субдуральная гематома.

Результаты и обсуждение. Для выяснения зависимости между уровнем нарушения сознания, доминирующим неврологическим синдромом, видом и объемом внутричерепных гематом, наличием и степенью выраженности латеральной и/или аксиальной дислокации мозга и исходами лечения все пострадавшие были разделены на две группы. В 1-ю группу включены 89 (34,6%) пострадавших с внутричерепными гематомами, которые клинически проявлялись типичными очаговыми неврологическими симптомами и дислокационным синдромом в соответствии с локализацией и объемом гематомы, выраженностью дислокации срединных структур мозга по данным компьютерной томографии. У этих больных преобладала височная локализация гематомы, объем гематомы больше 30 см^3, дислокация срединных структур мозга более 3 мм. Клиническая картина с первых часов после травмы характеризовалась проявлением очаговых неврологических симптомов и дислокационного синдрома. Диагностика и своевременное определение показаний к хирургическому лечению у больных этой группы не представляли трудностей.

Между проявлением очаговых неврологических симптомов, объемом внутричерепных гематом и степенью дислокации мозга выявлена следующая взаимосвязь: очаговая неврологическая симптоматика без проявления дислокационного синдрома отмечалась у больных с гематомами объемом от 2 до 30 мл, причем у 64 (71,9%) из них латеральной дислокации не выявлено. Лишь у 25 (27,9%) имелось смещение срединных структур мозга до 3 мм. Выраженный дислокационный синдром с очаговой неврологической симптоматикой зафиксирован у больных (95,5%) с объемом гематомы от 20 до 70 мл, в 61,7% из которых имели латеральную дислокацию срединных структур до 4–9 мм, а 38,3% — до 3 мм.

В 2-ю группу были включены 168 (65,4%) человек с травматическими внутричерепными гематомами с атипичным проявлением неврологической симптоматики. Клиническая картина характеризовалась исключительной полиморфностью и преобладанием общемозговой симптоматики над очаговой. Гематомы у этих больных локализировались в лобной, теменной и затылочной областях головного мозга, объем гема-

томы до 30 см^3, дислокация срединных структур мозга до 5 мм. В этой группе преобладали лица пожилого и старческого возраста. Больные поступили в ясном сознании, лишь в последующие дни отмечалось нарастание общемозговых симптомов и/или проявление очаговых неврологических симптомов. Важную роль в диагностике играли нейромониторинг и динамические компьютерно-томографические исследования, особенно в первые трое суток после травмы.

Таким образом, с целью своевременной диагностики и определения тактики лечения у пострадавших с внутричерепными гематомами необходимо проводить нейромониторинг, сопоставление неврологического статуса с данными компьютерной томографии головного мозга.

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Махмудов А.Х., Тилавов П.Ж., Мухтаров Х.А., Элмурадов Р.Х., Хайитов А.М., Йулдашов Ч.
Шурчи туман субфилиали РШТЁИМ

Шошилинч жаррохлик бўлимига 2003–2012 йй мобайнида 102 бемор жигар эхинококкозининг турли асоратлари билан ётқизилган. Шулардан эркаклар – 56, аёллар эса 45 ташкил этади. Беморларнинг ўртача ёши 6–82 ташкил этади.

Беморларга тўлиқ клиник ва лаборатория тахлиллари, УТТ, рентгенологик ва кўрсатмага мувофиқ компьютер томографияси текшируви ўтказилган. Кузатувлар натижасида 102 бемордан аксарият (72) ҳолатда ўнг қовурға тагида ва эпигастрал сохада оғриқ борлиги, 11 беморда тана ҳарорати чиқиши (38–39^0 С), 4 беморда анафилакция ва танада турли даражадаги тошмалар кузатилди. 15 беморда жигар эхинококкози клиник аломатларсиз факат йўлдош касалликлар сабабли бошқа бўлимларда текшириш ўтказилганда аниқланган.

Беморларда кўпроқ эхинококк паразитлари жигарнинг IV, V–VII, VIII сегментларида ўчоқ очганлиги аниқланди. 2 беморда жигар эхинококкози билан бирга ўнг ўпка эхинококки қўшилиб келганлиги аниқланган бўлса, 3 холатда жигар эхинококки қорин бўшлиғи рецидив эхинококкози билан учраганлиги, ҳамда 1 беморда жигарнинг II–IV, VI–VIII сегментларида бир неча ҳамда кўп камерали эхинококк кисталари борлиги, кичик чаноқ бўшлиғида, катта чарвида, ён канал ва қорин пардаси орти бўшлиқларида 10х10 см ва 25х18 см ўлчамгача бўлган кўплаб паразитар кисталар топилди. Барча беморларга умумий наркоз билан жарроҳлик амалиёти ўтказилган. Жаррохлик амалиёти ўтказиш учун 45 беморга юқори-ўрта лапаротомия жигар юмалоқ ва ўроқсимон боғламларини кесиш билан, 25 беморга Кохер-Федоров кесими, тотал лапаротомия доступи 2 беморда, минилапаротомия доступи эса 30 ҳолатда қўлланилди. 102 бемордан 13 холатда кистанинг йиринглаш асорати, 6 беморда эхинококк кистасининг ўт йўлига ёрилиши, 3 беморда таранглашган киста фиброз пардасининг тирқираши ва 2 беморда эхинококк кистанинг қорин бўшлиғига (спорт травмаси ҳисобига) ёрилганлиги аникланди.

Бемор жигар қирғоғига яқин жойлашган кичик ўлчамли кисталари идеал эхинококкэктомия йўли билан радикал бартараф этилди. Жигар эхинококкэктомияси киста бўшлиғини тўлиқ капитонажлаш орқали; эхинококкэктомия қолдик бўшлиғини 2 каналли полихлорвинил найчалар билан дренажлаш; эхинококкэктомия ўт йўллари оқма жарохатларини тикиш ва қисман викрил чоклари ёрдамида киста бўшлиғини «кичрайтириш» ҳамда найчалаш амалиёти; эхинококкэктомия киста бўшлиғини найчалаш ва катта чарви қисми билан Аскерханов усулида тампонлаш амалиётлари бажарилди. Эхинококк кистаси бўшлиғи глицерин, тозаден, 3% перекис водород, 10% натрий хлорид суюқликлари билан тозаланди. Қорин бўшлиғи тафтиш қилинди. Жигар катта ва гигант эхинококк кисталари бўшлиғига 2 тадан №18–20 ўлчамли найчаларнинг ажралма чиқиши учун оптимал қулай нуқталарда қўйилиши динамик санациялаш ва абсцесслар пайдо бўлишининг олдини олишни кафолатлайди. Беморларга комплекс стандарт асосида даво чоралари (инфузион терапия, антибиотик, гепатотроп дорилар, аналгетик) қўлланилди. Беморларга амалиётдан кейинги даврда зентел (альбендазол) ёрдамида профилактик даво курси олиб борилди.

1 беморга қорин бўшлиғи, қорин парда орти, кичик чаноқ бўшлиғи, катта чарви ва жигарнинг жуда кўп сегментида кўп камерали (жами 16 киста) асоратлашган эхинококк кисталари жаррохлик амалиёти йўли билан олинганлиги ва оғир операция жараёни узоқ давом этганлиги натижасида амалиётдан кейинги даврда (ДВС-синдроми) томир ичи қон ивиши диссеминацияси синдроми асорати содир бўлди ва ўлим ҳолати кузатилди.

102 бемордан 2 беморда сафроли оқма пайдо бўлди ва ўзоқ муддатда мустақил ёпилди. 2 беморда қолдиқ бушлиғида абсцесс ва 4 беморда жарохатда маҳаллий йирингли-яллиғланиш асорати содир бўлди.

Хуллас, эндемик касаллик ҳисобланган эхинококкоз хасталигининг профилактикаси давлат санитария-эпидемиология назорати маркази ва ветеринария хизмати ходимлари билан ҳамкорликда олиб борилиши зарур. Ҳалқ орасида касалликнинг юқиш йўллари ва унинг профилактикаси ҳақида тарғибот, саломатлик ўқишларини олиб бориш мақсадга мувофиқдир. Беморларга ўтказилиши лозим бўлган жарроҳлик амалиёти юқори даражада жиҳозланган жаррохлик хоналарида, ўз касбининг устаси бўлган жаррохлар томонидан тўғри ва ўз вактида бажарилиши, анестезиологик-реанимацион чора-тадбирларнинг касаллик хавфини инобатга олган холда кўрсатилиши амалиётдан кейинги асоратларнинг олдини олишни таъминлайди. Эхинококк кистларининг жуда кўп ички аъзоларда ва қорин бўшлиғи ҳамда қорин орти сохаларида жойлашган асоратлашган клиник кўринишларида, беморларнинг умумий аҳволи баҳоланган холда этапли бажарилиши мақсадга мувофиқдир. Малакали жарроҳлар томонидан бажариладиган амалиётлар ва профилактик чоралар касалликнинг қайталаниши ҳамда резидуал кисталар бўлишини бартараф этади.

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ЯДОХИМИКАТАМИ

Махмудов А.Ф., Юсупова Д.М., Исмоилов А.Т., Абдужалилов Ш.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП, Ферганское областное бюро судебно-медицинской экспертизы

В настоящее время среди отравлений ядохимикатами первое место занимает отравления фосфорорганическими соединениями(ФОС). Впервые ФОС синтезированы в лаборатории Фарбениндустри Шрадером в 1937 г. ФОС являются жизненно необходимыми для организма веществами. В частности аденозинтрифосфатная кислота (АТФ)- одно из основных соединений, обеспечивающих энергоресурсы организма. В то же время ФОС являются высокотоксичными веществами нервно-паралитического действия. В настоящее время синтезировано более 12 тысяч ФОС. Многие из них нашли широкое применение в качестве инсектицидов для уничтожения насекомых – вредителей сельскохозяйственных культур и в системе санитарно-противоэпидемических станций; некоторые эфиры применяются в медицине в качестве лекарств.

В повседневной работы токсикологических отделений наиболее часто встречаются бытовые пероральные отравления (случайные или суицидальные) карбофосом, дихлофосом, хлорофосом а производственные отравление чаще бывают ингаляционными.

В 2009–2011 гг. через токсикологическое отделение Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи прошел 3581 больной с острыми отравлениями, из них 1,4% (53) – с острыми отравлениями ФОС. В основном – 80% (42) это были случайные отравления 11 (20%) больных приняли ядохимикат с суицидальной целью. Мужчин было 28 (52%), женщины 19 (35%), в том числе детей до 14 лет – 6 (11%).

Помощь больным начали оказывать уже на догоспитальном этапе: промывание желудка, антидотная терапия. После госпитализация больные получали комплекс антидотной, дезинтоксикационной и реанимационной помощи в зависимости от тяжести состояния. В тяжелом состоянии были 9 (16 %) больных, в состоянии средней тяжести – 21 (39%), легкой степени – 23 (43 %).

Полное выздоровления наступило у 44 (83%) пациентов, остаточные явления (периферические невропатии, энцефалопатии, пневмонии и.д.) сохранялись у 5 (9,4%), летальный исход наступил у 4 (7,6%) в течение первых суток. Все умершие были подвергнуты судебно-медицинской экспертизе. При макроскопическим и гистологическом исследований трупа обнаружены характерные для отравления ФОС расстройства кровообращения и изменения ткани органов: расширение и полнокровие сосудов, плазморрагии, периваскулярные отеки, очаговые кровоизлияния и стаз. При химическом исследования тканей желудка и печени выявлены фосфорорганические соединение.

Выводы. 1. Своевременно оказанная квалифицированная помощь позволяет снизить летальность и инвалидность у больных с острыми отравлениями ФОС. 2. Несмотря на своевременно оказанную помощь при тяжелых отравлениях ФОС летальность и инвалидность остаются высокими.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ УКУСАХ КАРАКУРТА

Махмудов А.Ф., Юсупова Д.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Каракурт (лат. Latrodectus tredecimguttatus), или степной паук из рода черных вдов. Так называются род пауков, съедающие после спаривания своих самцов. Каракурт имеет среднюю величину: самка 10–20 мм, самец 4–7 мм. Тело черное,у самца и самки 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 (гиалуронидаза, кининаза, холинэстераза). Яд поражает мембраны двигательных окончаний нейронов в нейромышечных синапсах, а также вызывает выделение ацетилхолина и норэпинефрина (адреналина).

На животных и человека не нападает, если его не потревожат. Укусы самки могут быть смертельными для человека и таких животных, как верблюд или лошадь. Самец же, имея намного меньшие размеры, опасности для человека не представляет, так как не может прокусить довольно толстую кожу человека.

Встречаются в пустынной зоне Казахстана, в степях Средней Азии, в Иране, Афганистане, по берегам Средиземного моря и Енисея, в Северной Африке, на юге Украине. В Узбекистане обитает в пустынной и степных зонах. В Ферганской области каракурт встречается почти во всех районах. Очень редко встречаются в чертах больших городов. Основные места обитания – полынная целина, пустоши, берега арыков, склоны оврагов и т.п. Идеальные условия местообитания – там, где жаркое лето и тёплая осень. В последние годи участились случаи укусов каракуртов. Количество укусов каракуртом людей повышается в период миграции самок в июне и июле.

Причиной укуса чаше всего служит придавливание паука, случайно заползшего в одежду или постель пострадавшего; в большинстве случаях укусам подвергаются спящие или отдыхающие в затененных местах люди. 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 начаться сразу послу укуса каракурта. П.И Мариковский предложил прижи-

гание 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 хелицерами на глубину всего 0,5 мм. В любом случае необходимо обеспечить оказание медицинской помощи.

В токсикологическом отделении Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2009- 2012 гг. на лечении находились 82 больных с укусами каракуртов в возрасте от 2 до 75 лет. Женщин было 37 (45%), мужчины 45 (55%). Для лечения почти у всех (75) больных применяли сыворотку против яда каракурта Ташкентского ООО UZBIOPHARM. Сыворотка выпускается по 250 АЕ. Во избежание анафилактического шока сыворотку вводили дробно: в начале 0,1 мл подкожно, при отсутствии реакции через 10–15 мин 0,25 мл, через 15–20 минут всю остальную дозу внутримышечно, в тяжелых случаях внутривенно капельно на физиологическом растворе. Перед введением первой дозы сыворотки пострадавшему вводили преднизолон и антигистаминный препарат. В зависимости от тяжести состояния больные получали от одной до четырех доз сыворотки. У 7 больных добились успеха без применения сыворотки, так как они поступили без выраженных симптомов отравления, так как паук укусил их в раннем (май) или в позднем месяце (сентябрь) миграции каракуртов. Кроме сыворотки против яда каракурта, пострадавшие получали спазмолитики, наркотические анальгетики, препараты кальция и магния, инфузионную терапию.

Благодаря своевременно оказанной помощи и рациональному использованию сыворотки против яда каракурта нам удалось добиться стопроцентного выздоровления пострадавших от укуса каракурта.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ УГАРНЫМ ГАЗОМ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Махмудов А.Ф., Юсупова Д.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Отравление угарным газом – острое патологическое состояние, развивающееся в результате попадания угарного газа в организм человека, является опасным для жизни и здоровья и без адекватной медицинской помощи может привести к летальному исходу. Отравление угарным газом может произойти очень незаметно, так как у этого газа нет ни цвета, ни запаха. Угарный газ попадает в атмосферный воздух при любых видах горения. В городах в основном в составе выхлопных газов из двигателей внутреннего сгорания, на производстве – при синтезе ряда органических веществ, в домашних условиях – при неполном сгорании природного газа, при неисправностях печных заслонок в помещениях с печным отоплением. Угарный газ активно связывается с гемоглобином, образуя карбоксигемоглобин, и блокирует передачу кислорода тканевым клеткам, что приводит к гипоксии гемического типа.

За последние 3 года (2010–2012 гг.) в токсикологическое отделение ФФРНЦЭМ поступили 242 больных с отравлением угарным газом, то есть на 63 больных больше, чем в 2008–2009 гг. Причины отравления у 106 (41,4%) пациентов было отопление квартиры газом без наличия дымохода, у 39 (15,2%) сандальное отопление, у 65 (25,3%) печное отопление без наличия хорошей тяги, у 12 (4,6%) пожары, у 34 (13,2%) прочие причины. 173 (68%) больных были доставлены в отделение каретой скорой помощи, 83 (32%) – самотеком. У 128 (50%) пострадавших была легкая степень отравления, у 85 (33,2%) – средней степени, у 43 (16,7%) – тяжелой степени. Из осложнений после отравления угарным газом чаше встречались постгипоксическая энцефалопатия – у 42 больных, полиневриты – у 32, субарохноидальное кровоизлияние – у 4, отек головного мозга у 13, нарушение слуха – у 8, пневмонии – у 18.

Для лечения больных с отравлением угарным газом в первую очередь применяли оксигенотерапию. В зависимости от тяжести состояния оксигенотерапию поводили от нескольких часов до нескольких суток. Увлажненный кислород давали через маску, носовой катетер, а у больных, находящихся на ИВЛ, через интубационную трубку. В качестве антидотной терапии применяли цитохром С 0,25% 4,0. Препарат вводили после внутрикожной пробы внутривенно капельно на физиологическом растворе или внутримышечно. В зависимости от тяжести состояния дозировка от 10 до 30 млг в сутки. Кроме того, важным моментом является применение витаминных комплексов, нейропротекторов, ноотропных средств, инфузионная терапия, диуретики. В качестве нейропротектора у 50 больных в возрасте от 10 до 75 лет применяли церебролизин. В зависимости от тяжести состояния дозировку препарата подобрали индивидуально. При легкой и средней степени отравления 10–20 мл в день, при тяжелых отравлениях – от 30 до 50 мл в сутки. В меньших дозах препарат вводили внутримышечно, при больших дозах – внутривенно капельно. У больных, получавших церебролизин клиника отравления протекала более гладко, с минимальными осложнениями со стороны ЦНС.

В качестве антибактериальной терапии применяли цефалоспорины 3-го и 4-го поколений по 1–2 г. в день.

Для снятия отека головного мозга кроме осмо- и диуретиков хороший эффект получили при сочетанном применение L-лизина эсцината. В зависимости от тяжести состояния больного доза колебалась от 5 до 20мг в сутки на 15,0 и 50 мл 0,9% раствора хлористого натрия.

Таким образом, своевременно начатая оксигенотерапия, антидотная терапия и адекватная медикаментозная терапия способствуют быстрому выздоровлению больных, предупреждают тяжелые осложнения.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Махмудов Х.А.,Гофуров А.К., Ахмедов У. К.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Проведение лапароскопических операции сопряжено с серьезными неблагоприятными воздействиями на организм, связанными, помимо операционной травмы и наркоза, с двумя особенностями: повышением внутрибрюшного давления и использованием положения Тренделенбурга . Известно, что повышение внутрибрюшного давления в результате введения углекислого газа сопровождается нарушениями дыхания и гемодинамики : увеличением центрального венозного давления, снижением сердечного выброса, повышением артериального давления и тахикардией с возможными последующими нарушениями ритма.

В отделении гинекологии нашего филиала в 2012 г. лапароскопическим методом проведено 82 операции. Изучено влияние различных видов анестезии на основные параметры жизненно важных функций организма при выполнении оперативной лапароскопии.

В зависимости от схемы анестезии больные разделены на три группы. У 30 (36%) больных 1-й группы проводилась внутривенная анестезия (диагностическая лапароскопия, добровольная хирургическая контрацепция и т.д.). У 40 (48%) пациенток 2-й группы осуществлялся эндотрахеальной наркоз (внематочная беременность, пелввиоперитониты, апоплексия яичника). 12 (14%) больным 3-й группы проводилась перидуральная анестезия (доброкачественные новообразования матки и яичника, внематочная беременность со спайками). Возраст больных – от 16 до 56 лет.

Внутривенную анестезию проводили на основе кетамина. За 30–40 мин до операции проводилась премедикации внутримышечным введением дроперидол в дозе 0,1 мг/кг и диазепама 0,15 мг/кг. Начальная доза кетамина (0,7–2 мг/кг) вводилась медленно. При повторном введении препарата применяли половину первоначальной дозы. Средняя продолжительность наркоза – 54–60 мин. При эндотрахеальном наркозе премедикации выполнялась за 30–40 мин до операции атропином в дозе 0,01–0,015 мг/кг. При вводном наркозе в комплекс премедикации включались дроперидол в дозе 0,2 мг/кг и диазепам 0,15 мг/кг. При использовании тиопентала в комплексе премедикации применялись димедрол в средней дозе 0,15 мг/кг и диазепам. Базис наркоз включал использование недеполяризующих миорелаксантов: ардуан (0,07–0,08 мг/кг/ч). Средняя продолжительность наркоза 95–2,35 мин.

Перидуральная анестезия предусматривала проведение премедикации внутримышечным введением промедола (0,3 мг/кг), диазепама (0,15 мг/кг) за 30–40 мин до операции. Проведение перидуральной анестезии при гинекологических операциях имеет свои особенности, связанные с длительным нахождением больной в положении Тренделенбурга. Пункцию эпидурального пространства выполняли не в типичном месте ThXII-LI, а на одну-две позиции ниже. Катетер вводили в каудальном направлении на 1–1,5 см, что обеспечивало его срединное положение. После введения пробной дозы (2 мл 2% раствора лидокаина в положении пациентки на боку медленно в течение 6–8 мин вводили основную дозу.

Анализ показателей центральной гемодинамики у больных всех трех групп до начала анестезии выявил умеренное увеличение ЧСС, повышение АД , отражающие явления вазоконстрикции в результате психоэмоцианального напряжения перед операцией. При внутривенной анестезии наблюдался гиперкинетический тип кровообращения, связанный с положительным инотропным действием кетамина. Увеличение минутного объема кровообращения происходило за счет увеличения ЧСС, что обеспечивало стабильную гемодинамику.

На заключительном этапе исследования произошло улучшение показателей гемодинамики даже по сравнению с начальными параметрами: так, ЧСС снизилась в среднем на 10 уд./мин, АД на 10 мм рт.ст. В 1-й и 3-й группах уже на втором этапе практически ликвидировались явления ангиоспазма, сохранявшиеся у больных при эндотрахеальной наркозе. При выполнении лапароскопии в условиях внутривенной анестезии на протяжении всей операции сохранялось умеренное повышение АД и незначительное снижение сатурации.

Таким образом, эндотрахеальной наркоз и перидуральная анестезия достаточно адекватны и эффективны и могут использоваться для обезболивания при лапароскопических гинекологических операциях любого объема при условии точного соблюдения методик и достаточной квалификации анестезиолога.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭПИЗОДАМИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Машрапов О.Г, Усманов Б.С., Махмудов Н.И.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) остается одной из основных причин смерти во всем мире. По данным 25-летнего популяционного исследования в США (Silverstein M.D. et al., 1998), примерная распространенность ТЭЛА оценивается как 1 случай на тысячу населения в год, с возрастанием риска ТЭЛА у лиц, находящихся на постельном режиме, а среди госпитализированных пациентов распространенность ТЭЛА достигает уже 0,4% (Stein P.D. et al. 2004).

Цель. Изучение результатов лечения больных с эпизодами тромбоэмболии легочной артерии.

Материал и методы. Проанализированы данные 65 пациентов, находившихся на лечении в Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицины с диагнозом ТЭЛА. Мужчин было 29 (44,6%), женщин 36 (55,4%). Средний возраст – 49,8 года. 25 пациента поступили с высоким риском летального исхода (1-я гр.), 40 – со средним риском (2-я гр.).

При выборе способа лечения учитывались стабильность системной гемодинамики, степень гипоксии, уровень расположения тромбоэмболов и др. Предпочтение отдавалось тромболитической терапии (ротакиназа). В процессе лечения оценивались эхокардиографические показатели снижения легочной гипертензии, уменьшения правых отделов сердца, легочной регургитации, выживаемость пациентов.

Клиническими признаками ТЭЛА у всех больных была одышка, у половины пациентов имелись различного характера боли в груди, у трети – кашель, нередко с примесью крови, отмечались также эпизоды потери сознания.

Всем больным назначался строгий постельный режим в течение 10 дней, возвышенное положение и эластичное бинтование конечности, прямые антикоагулянты. Тромболитическая терапия проведена практически всем больным (за исключением свежих язв желудочно-кишечного тракта). Пациенты довольно хорошо переносили тромболитики.

Результаты. У многих пациентов наступило значительное улучшение общего состояния, уменьшилась одышка, снизилось или нормализовалось легочное давление.

Несмотря на проводимые мероприятия, в 1-й группе умерли 13 больных в результате, тяжелой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. У остальных больных удалось добиться хороших ближайших и отдаленных результатов.

Выводы. При лечении ТЭЛА высокого и среднего риска летального исхода предпочтение следует отдавать тромболитической терапии, которая при отсутствии противопоказаний сопровождается низкой летальностью и достаточно высокой эффективностью.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИЕЙ И КРИТИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ

Мирджалилов Ф.Х., Валиев Э.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Под нашим наблюдением находились 108 больных, у которых в остром периоде травматической болезни развилось осложнение в виде различных форм синдрома жировой эмболии. Лиц мужского пола было 72 (67%), женского – 36 (33%), возраст пострадавших варьировал от 18 до 78 лет. У всех больных имели место множественные повреждения ОДА в сочетании с черепно-мозговой травмой. Сочетание повреждений органов грудной и брюшной полости имело место у 50% пострадавших. Преобладали повреждения крупных сегментов конечностей. Переломы бедра отмечались у 56 больных, у 12 – двусторонние, переломы костей голени – у 36 больных, у 8 двусторонние, переломы костей таза – у 32 больных. У 6 больных имели место множественные переломы ребер. У всех больных при поступлении были явления шока II–III ст.

Клиническая картина синдрома жировой эмболии развивалась после «светлого промежутка» от 12 до 72 часов. У 16 (14.8%) больных наблюдалась молниеносная, у 42 (48,1%) – подострая, у 40 (37%) – субклиническая формы течения жировой эмболии.

В клинической картине отмечались следующие проявления жировой эмболии: нарушение сознания, психические нарушения (эмоциональная неуравновешенность, возбуждение, бред, делирий, кома), преходящая грубая очаговая неврологическая симптоматика, умеренно выраженные менингиальные симптомы, рано возникающая острая дыхательная недостаточность (РДСВ); стойкая немотивированная тахикардия (свыше 90 уд. в мин). В более тяжелых случаях имели место тахиаритмии и синдром малого выброса, петехиальные высыпания специфической локализации (на коже щек, шеи, груди, плечевого пояса и конъюнктиве), которые выявлялись на 2-3 сутки (или через 12–18 ч в после ухудшения состояния больного) и подвергались обратному развитию к концу 1 недели. Отмечалась также гипертермия по типу постоянной лихорадки (до 39–40°С).

В клинике для уточнения и подтверждения диагноза использовали инструментально-лабораторные исследования. Дыхательная недостаточность отмечалась у 92 (85,1%) больных. При рентгенологическом исследовании у 84 (77,8%) больных выявлена картина диффузной инфильтрации легких, совпадающая с картиной «снежной бури» при РДСВ. Изменения в анализах периферической крови в виде стойкой немотивированной анемии выявлены у 84 (77,8%) больных. Немотивированная тахикардия (выше 90) наблюдалась у 80 (74%) больных. Характерная картина обнаружена при исследовании глазного дна: на фоне отечной сетчатки вблизи сосудов были видны округлые, нерезкие облаковидные, белосовато-серебристые пятна. Данные проявления наблюдались у 32 (29,6%) больных. Петехиальные высыпания на кожи были у 72 (66,6%) больных. В моче капли нейтрального жира размером 6 мкм обнаружены у всех больных. Изменения в моче, характерные для гломерулонефрита, наблюдались у 76 (70%) больных, у 16 из них развилась высокая азотемия.

При лечении больных с развернутой клинической картиной жировой эмболии мы придерживались следующей схемы: обеспечение адекватной доставки кислорода к тканям; инфузионная терапия системных расстройств микроциркуляции; медикаментозная терапия гипоксии мозга; ноотропная и метаболическая терапии; коррекция системы коагуляции и фибринолиза; защита тканей от свободных кислородных радикалов и ферментов; восстановление физиологического состояния дезэмульгированного жира; дезинтоксикационная терапия; гормонотерапия; парентеральное и энтеральное зондовое питание; профилактика гнойно-септических осложнений и ранняя оперативная стабилизация переломов.

По нашему мнению, у пациентов с тяжелыми формами синдрома жировой эмболии необходимо производить раннюю стабилизацию всех повреждений ОДА, отдавая предпочтение малоинвазивным методам остеосинтеза на основе аппаратов внешней фиксации.

92 (85%) больным с развившимся синдромом жи-

ровой эмболии выполнены операции на поврежденных конечностях, в сроках от 12 часов до 3 суток с момента поступления в стационар. Из 68 пациентов с переломами бедренной кости интрамедуллярный остеосинтез штифтами выполнен у 36, у 16 больных произведен остеосинтез аппаратом Илизарова, закрытый интрамедуллярный остеосинтез блокирующей системой ChM у 4; консервативное лечение получили 12 пациентов. Из 44 больных переломами костей голени у 12 произведен погружной остеосинтез, в том числе стержневыми аппаратами внешней фиксации у 10, остеосинтез аппаратом Илизарова – у 14, закрытый интрамедуллярный остеосинтез блокирующей системой ChM – у 2; у 6 применен консервативный метод лечения повреждений. Из 16 больных с переломами плечевой кости у 6 выполнен погружной остеосинтез, у 4 – стержневая фиксация, у 4 – остеосинтез аппаратом Илизарова; у 3 лечились консервативными методами. 32 пострадавших с повреждениями костей таза для стабилизации повреждений использован стержневой аппарат, разработанный в клинике.

Из 108 больных с синдромом жировой эмболии положительный результат получен у 102. Больные выходили из критического состояния на 7–19 сутки, после чего их переводили в профильное отделение. Умерли 6 больных, у которых, несмотря на проведение адекватной интенсивной терапии, явления полиорганной недостаточности прогрессировали.

Таким образом, активная хирургическая тактика в отношении повреждений ОДА является важной составной частью комплекса профилактики и лечения жировой эмболии. Целесообразно выполнять остеосинтез всех повреждений, особенно костей таза, бедра, голени и плеча, одномоментно (двумя бригадами) или последовательно, после устранения доминирующей патологии. Методом выбора при стабильном состоянии пострадавших является погружной остеосинтез, при нестабильной гемодинамике и развитии осложнений предпочтение отдается методу внеочагового чрескостного остеосинтеза.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Мирзабаев М.Д., Бурнашев М.И., Исоев А.И.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Артериовенозные мальформации (АВМ) – это порок развития сосудов головного мозга. Частота АВМ, по данным Б.А. Самоткина, составляет 28% среди всех внутричерепных аневризм. Основным и наиболее тяжелым проявлением АВМ является их разрыв с образованием внутримозговых гематом (ВМГ) и с последующей инвалидизацией или смертью больного.

Цель. Анализ результатов хирургического лечения артериовенозных мальформаций головного мозга в отделении платной нейрохирургии.

Материал и методы. в РНЦНХ МЗ РУз в марте – июне 2013 г. были оперированы 5 больных с артериовенозными мальформациями головного мозга (2 мужщин и 3 женщины) в возрасте 22 - 53 лет.

Результаты. Открытое хирургическое вмешательство выполнили всем 5 больным. Геморрагический тип течения отмечен у 1 (20%) больного, эпилептоидный – у 4 (80%). 1 пациент с геморрагическим типом течения поступил в наш Центр в остром периоде (в первые 14 суток после разрыва) кровоизлияния. Поступивших в холодном периоде кровоизлияния не было. У всех пациентов АВМ располагались супратенториально. Всем больным произведена костно-пластическая трепанация с блокированием и резекцией АВМ. Экстренные операции проводили при объеме внутримозговых гематом более 30 мл и наличии дислокационного синдрома. У пациентов с гематомами менее 30 мл, находящихся в компенсированном состоянии, тактика лечения зависела от размеров и локализации АВМ.

Исходы заболевания оценивали по шкале исходов Глазго. Полное выздоровление наступило у 4 (80%), умеренная инвалидизация – у 1 (20%). 1 больная с умеренной инвалидизацией оперирована в остром периоде кровоизлияния с наличием дислокационного синдрома и масс-эффектом кровоизлияний. Лучшие результаты оперативного вмешательства были при артериовенозных мальформациях без разрыва и в холодный период.

Вывод. Избирательный подход к отбору больных до операции позволил уменьшить хирургическую летальность и увеличить количество положительных исходов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ, КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мирзабаев М.Д., Сойибов И.Э.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Материал и методы. Под наблюдением в Республиканском научном центре нейрохирургии в 2010–2011 гг. были 30 больных пожилого и старческого возраста с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) различной степени тяжести и ЧМТ на фоне сахарного диабета в возрасте от 60 до 85 лет.

Больные были разделены на 2 группы: контрольная группа – 21 (70%) пострадавший с черепно-мозговой травмой пожилого и старческого возраста, у которого сахарный диабет был выявлен впервые после черепно-мозговой травмы, основная группа – 9 (30%) больных с черепно-мозговой травмой пожилого и старческого возраста на фоне сахарного диабета.

Все больные с черепно-мозговой травмой пожилого и старческого возраста, страдающие сахарным диабетом, по классификации ВОЗ (1980) были разделены на 2 клинические формы: с инсулинозависимым диабетом (СД I типа) – 14 (46,7%), с инсулинонезависимым диабетом (СД II типа) – 16 (53,3%).

Результаты. С впервые выявленным сахарным диа-

бетом были 6 (20%) больных, в течение одного года сахарным диабетом страдали 4 (13,3%), от 1 года до 3 лет – 4 (13,3%), более 3 лет – 7 (23,3%). У 5 (16,7%) из 11 больных с ЧМТ на фоне сахарного диабета выявлена диабетическая энцефалопатия (ДЭ).

Все больные были подвергнуты комплексному диагностическому обследованию, включавшему клинико-неврологические, нейрофизиологические, нейроофтальмологические, транскраниально-допплерографические и клинико-биохимические методы.

Продолжительность нахождения в стационаре больных с ЧМТ на фоне СД была больше, чем пострадавших с изолированной ЧМТ: с сотрясением головного мозга цей на 3,2±0.5 суток; с ушибом головного мозга легкой степени – на 3,9±0,1 суток, с ушибом головного мозга средней степени – на 4,4±0,2 суток, с ушибом головного мозга тяжелой степени – на 5,9±0,4 суток.

У больных контрольной группы в первые сутки после травмы наблюдалась гиперемия мозга, о чем свидетельствовало увеличение линейной скорости кровотока как в СМА, так и в ВСА (полушарный индекс ниже трех), которое на 5–7 сутки сменилась спазмом мозговых сосудов (полушарный индекс выше трех). Все это сопровождалось увеличением периферического сопротивления в обоих полушариях, а также некоторым увеличением вазодилатационного резерва, что также указывало на вазогенный характер сопротивления. У больных основной группы при поступлении наблюдалось снижение линейной скорости кровотока как в СМА, так и в ВСА, хотя эти изменения были недостоверными ($p>0,05$). В динамике линейная скорость имела тенденцию к еще большему снижению. Периферическое сопротивление у пациентов этой группы в обоих полушариях было значительно выше, чем контрольной группе ($p<0,05$). В динамике оно увеличивалось еще больше, и даже на 10–12-сутки было выше не только нормы, но и исходных данных ($p<0,05$). Если в контрольной группе во время спазма мозговых сосудов наблюдалось некоторое увеличение вазодилатационного резерва, то в основной группе на всем протяжении оно оставалось достоверно ниже нормы ($p<0,05$).

Полученные данные свидетельствуют об отягощающем взаимовлиянии сахарного диабета и черепно-мозговой травмы у лиц пожилого и старческого возраста. В комплексной терапии целесообразно применять актовегин и оксибрал, улучшающие обмен веществ головного мозга, а также средства, снижающие содержание глюкозы в крови.

Выводы. 1. При ЧМТ у лиц пожилого и старческого возраста на фоне СД общемозговые симптомы были менее выраженными, чем при изолированной ЧМТ, а очаговые симптомы более выраженными, но регресс их был более длительным за счет диабетической ангиопатии или энцефалопатии. 2. Выраженность изменений на ТКДГ у больных с ЧМТ пожилого и старческого возраста на фоне СД зависела от возраста, тяжести ЧМТ и длительности СД: регистрировалось достоверное снижение линейной скорости кровотока в СМА и ВСА, выраженное повышение периферического сопротивления (PI) при относительно низкой ВЧГ, а также значительным снижением вазодилатационного резерва (КО).

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ЛИКВОРНЫМИ СВИЩАМИ

Мирзабаев М.Ж., Бурнашев М.И., Бабаханов Б.Х.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения больных с посттравматическими ликворными фистулами основания черепа.

Материал и методы. В 2011–2013 гг. в РНЦНХ на лечении находились 12 больных с длительными посттравматическими ликворными свищами в отдаленном периоде черепномозговой травмы. В остром периоде черепномозговой травмы назальная или ликворея из слуховых проходов останавливалась консервативным лечением, поэтому данная категория больных не включена в исследование. Всем 12 больным проведено оперативное вмешательство. Для установления локализации ликворного свища проводилась контрастная КТ-цистернография и КТ-исследование в костном режиме.

Результаты. У всех больных диагностирован ликворный свищ передней черепной ямки: у 10 – перелом решетчатой кости, у 1 – перелом внутренней стенки фронтальной пазухи с образованием мозговой грыжи в полость этой же пазухи, у 1 – перелом спинки турецкого седла. Все операции проводились с использованием операционного микроскопа. У 11 больных использован транскраниальный доступ с интрадуральной пластикой дефекта, у 1 с переломом дна турецого седла – трансназально-транссфеноидальный доступ. Для пластики свища использовались как аутоткань (жир, мышца), так и Тахокомб и их комбинации.

У 1 больного при ликворее из дна турецкого седла отмечалось осложнение в виде рецидива ликвореи. Этот больной оперирован трижды. Учитывая характер перелома по спинке турецкого седла, продолжающийся к основанию черепа, был приемлем только трансназальный доступ. При закрытии свища только аутотканью и Тахокомбом, отмечался рецидив ликвореи через 7 дней в первый раз и через 16 дней после 2 операции. В анамнезе больной страдал туберкулезом легких. При 3 оперативном вмешательстве использовался биологический 2 компонентный клеевой композит также в комбинации с аутотканью и Тахокомбом. Больной был выписан через 64 дня стационарного лечения.

Всем больным в послеоперационном периоде устанавливался длительный эндолюмбальный дренаж сроком до 6–7 суток. Обязательным стандартом в медикаментозном лечении было назначение L-лизина эсцината по 10–20 мл в сутки внутривенно (фирма Артериум), сорбилактс и реосорбилакта (фирма ЮриаФарм), а также антибактериальной терапии. Послеоперационных инфекционных осложнений и летальных исходов не наблюдалось.

Заключение. Пластика посттравматических ликворных свищей является эффективным способом купирования посттравматических осложнений.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИСТОРЕАНИМАЦИИ ТКАНЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН

Мирзаев К.К., Джумабаев Э С., Байбеков И.М.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Несмотря на большой опыт эффективного применения лимфотропной терапии в лечении гнойной хирургической инфекции, в профилактике и лечении раневой инфекции при огнестрельных ранениях, этот метод не получил широкого применения.

Цель. Изучение в эксперименте возможности гистореанимации тканей и воздействия на заживление огнестрельной раны метода лимфотропной антибиотикотерапии и региональной лимфостимуляции.

Экспериментальные исследования выполнены на кроликах обоего пола массой 5-6 кг. Всех животных за пятнадцать минут до нанесения ранения вводили в каллипсоловый наркоз, после чего фиксировали на специальных планшетах. Стандартное огнестрельное ранение мягких тканей наносили в область средней трети правого бедра кролика. Региональная лимфатическая терапия (РЛТ) проводилась по следующей методике. Под кожу голени на границе нижней и средней трети по задней поверхности вводили раствор лидазы в количестве 16 Ед. Через 4-5 минут, не вынимая иглы, вводили антибиотик (гентамицин в дозе 1 мг/кг). В этот же участок вводили гепарин в дозе 70 Ед./кг. Лимфотропное введение антибиотиков с региональной лимфостимуляцией проводили 1 раз в сутки. Экспериментальные образцы тканей раневого канала забирали у животных под наркозом в 1,3,5,7 и 9 сутки после нанесения огнестрельного ранения.

Образцы подвергнуты световой (СМ), трансмиссионной электронной (ТЭМ) и сканирующей электронной (СЭМ) микроскопии.

Результаты показали, что в ранние сроки существенных различий в процессе заживления ран у животных контрольной и опытной групп, не наблюдалось.

Различия в течении заживления ран по данным как СЭМ, ТЭМ, так и световой микроскопии, начинают проявляться уже на 3 сутки в виде парабиоза повреждённых тканей, особенно выраженного в зоне коллюции. В ранах, где применялась лимфотерапия, в зоне молекулярного сотрясения некротизированные мышцы подвергались значительной резорбции, появлялись гигантские многоядерные клетки, как кровеносные, так и лимфатические микрососуды. В зоне первичного некроза среди фибрина выявляются отдельные круглоклеточные элементы и фибринобластоподобные клетки.

На 5 сутки в просвете раневого канала среди прядей фибрина обнаруживаются круглоклеточные элементы с отдельными фибробластами. Отмечается увеличение количества кровеносных и лимфатических сосудов. Начиная с 7 суток в группе с РЛТ по данным ТЭМ имеется место не просто расширение лимфатических капилляров, но и видно истончение цитоплазмы эндотелиоцитов с наличием мелких везикул, указывающих на усиление транспортных процессов через стенку лимфатических капилляров, что является структурным отражением стимуляции лимфатического дренажа под влиянием лимфотерапии. На 9 сутки появляются признаки замещения рубцовой ткани мышечной, о чём свидетельствуют участки разрастания волокнистой соединительной ткани в зоне комоции наряду с уже восстановленными волокнами.

Таким образом, экспериментальные исследования показали, что лимфотерапия способствует реанимированию тканей зоны парабиоза и ускоряет процесс заживления раны начиная с 3 суток, способствует уменьшению отёка, резорбции некротических масс, удалению инородных частичек и микробов, рубцеванию раневого канала и полноценному восстановлению мышечных волокон в зоне комоции и в более отдалённых от раневого канала тканях.

INTENSIVE CARE OF PROGRESSIVE MALIGNANT HYPERTENSION-HYDROCEPHALY SYNDROME TRAUMATIC GENESIS

Muminov M., Mustafoev N., Radjabov M., Avezov S., Norov A.
Bukhara branch of the Republican scientifically centre of emergency medicine

Injuries in the structure of morbidity and mortality in the population, prolonged the temporary and permanent disability, remains an urgent problem of modern medicine. As a rule, in the structure of a significant number of injuries affected (about 36%) persons with severe traumatic brain injury (TBI). Syndrome of progressive malignant intracranial hypertension (SPMICH) when TBI is usually not only edema and swelling of the brain, but also the development of secondary acute hydrocephaly caused by hypersecretion of cerebrospinal fluid, as a response to the trauma of brain ventricles. SPMICH against the background of acute hydrocephalus that encourages professionals to seek adequate and effective treatment of this category of patients.

The purpose of work: study the principles of intensive care in the syndrome of progressive malignant intracranial hypertension with acute hydrocephalus developed traumatic genesis.

We surveyed 24 patients with severe brain injury. Age of patients ranged from 3 to 69 years. Patients were assessed on the Glasgow coma scale is not above 8 points. For the objectification of the state the licvor circulation of us explored the ventricles of the brain, their size and degree of dislocation when squeezing the brain traumatic substrate (shell-like hematoma, subdural hydrom, cerebral contusion-hemorrhagic lesions) according to the of computer tomography (CT) brain with cerebra-ventricular index (CVI) (rule - 18.0 12.0±0.85). The patients were divided into 2 groups: first – 11 patients who as one of the standards, the complex intensive therapy included

surgical manipulations (lumbar puncture, puncture and drainage of the ventricles of the brain drainage of subdural space with the dynamical control of intracranial pressure), and second – 13 patients with standard therapy and out of obverse surgical interventions. All the patients were operated on an emergency basis in the first 6 hour about dislocation syndrome with the removal of compression factors of brain structures. To control intracranial hypertension after removal of epidural hematoma patients in the first group in the epidural space was installed drain with measurement of intracranial pressure on the 1, 3, 7-th and 10th day after surgery.

Monoventricular dislocations hydrocephaly due to the squeezing of the brain, has been featured in 9 (81.8%) patients in first group and 11 (84.6%) in second. Occlusal form acute hydrocephalus is revealed at 2 (19.2%) in the 1 group and the 2 (15.4%) observations in second group. In all cases was marked SPMICH, which according to the CT, manifested increasing CVI to 20.0±0.81 and narrowing the width subarachnoid cracks and grooves to 0.7±0.12 mm. In 17 cases, we have noted with the development of ventricular internal hydrocephaly. In the postoperative period, based on the measurement of intracranial pressure drainage in patients in first group at increasing intracranial hypertension more than 30% from the baseline after its establishment, we in complex intensive therapy included the solute Sorbilact (200.0 ml 2 t/d). The reduced intracranial hypertension was noted by an average of 8 days (up to 64%) and normalization of Evans index according to the CT in dynamics of treatment after surgery.

A patient in second group lowering intracranial hypertension in acute hydrocephalus with standard therapy was noted up to 52% slowly on the 11st day after the operation. Regression of hydrocephaly, according to the CT brain with normalization of CVI was observed on the 14th day and later (up to 31%), before reaching the standards of performance until the end of the acute stage of brain injury.

Thus, based on the research we carried out, we can say that SPMICH in acute hydrocephaly amid severe TBI causes certain difficulties in its recognition and identification of adequate treatment of this category of patients. Application of Sorbilakt leads to a conclusion on the feasibility of its inclusion in the standard therapy for acute hydrocephaly with progressive malignant intracranial hypertension in severe brain injury.

КРОВОПОТЕРЯ И ИЗМЕНЕНИЯ МЕМБРАНЫ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ

Мороз В.В., Мягкова Е.А., Сергунова В.А., Гудкова О.Е., Остапченко Д.А., Решетняк В.И.

НИИ общей реаниматологии им. В.А. Неговского РАМН, Москва, Россия

Эритроциты человека – это безъядерные клетки, имеющие форму дисков. Особая форма эритроцита способствует выполнению им основной функции – переноса дыхательных газов. Снижение количества эритроцитов, вызванное массивной кровопотерей, может быть одной из причин развития критических состояний. Перспективным методом исследования наноповерхности мембран клеток является атомно-силовая микроскопия (АСМ).

Цель: изучить изменения формы, размера и наноструктуры мембран эритроцитов у пострадавших с тяжелой травмой с различными объемами потери крови.

Материалы и методы. Обследовано 18 больных (9 мужчин, 9 женщин) в возрасте от 27 до 79 [48.0 (59; 40)]лет, перенесших тяжелую механическую травму с различными объемами потери крови 23.5±15.9 мл/кг (от 3.3 до 46.1 мл/кг) и нарушением гемодинамики. Все больные в зависимости от объема кровопотери были разделены на две группы: 1-я группа – 7 пострадавших (4 – выживших, 3 – умерших; 1 пострадавший с тяжёлой сочетанной травмой (ТСТ), 5 пострадавших с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), 1 пострадавший с ТСТ+ЧМТ). Объем потери крови < 750 мл (5.7±1.9 мл/кг) – кровопотеря (КП) I степени тяжести (СТ), 2-я группа – 11 пострадавших (5 – выживших, 6 – умерших; 5 пострадавших с ТСТ, 5 пострадавших с ТСТ+ЧМТ, 1 пострадавший с ЧМТ). Объем потери крови > 2000 мл (37.5±5.1 мл/кг) – КП IV СТ.

Анализ клеток крови проводили методом оптической микроскопии (OLYMPUSCX 41, Япония). Изображения наноструктуры мембран эритроцитов получали с помощью атомно-силового микроскопа («NTEGRAprima», NT-MDT, Россия) в резонансном режиме. Количественные оценки изменений наноструктуры мембран получены с использованием пространственного преобразования Фурье. Полученные изображения поверхности мембран эритроцитов разлагали на три порядка со спектральными окнами: первый порядок – пространственный период L1 в диапазоне 600-1000 нм, второй порядок L2 - 80-210 нм, третий порядок L3 - 30-60 нм. Для каждого порядка выбранного фрагмента клетки измеряли высоты (hi). Параметры выбраны из структурных особенностей мембраны эритроцита. Изменения h1 отражают состояние и структурные изменения фосфолипидного бислоя и представляют собой одномоментную реплику flickering, h2 – состояние и структурные изменения спектринового матрикса, h3 – состояние и структурные изменения белковых кластеров цитоплазматической мембраны эритроцита. Статистическую обработку данных проводили с помощью программного обеспечения «Origin» (OriginLabCorporation, USA), с использованием общепринятых математико-статистических методов расчета.

Результаты. Распределение эритроцитов по размеру, полученное с помощью оптической и атомно-силовой микроскопий в группе сравнения (в поле, содержащем 100 клеток), было соответственно следующим: нормоциты - 63.8%±4.1% и 60.0%±2.4%, макроциты - 19.0%±4.6% и 30.7%±1.7%, $p<0.05$, микроциты - 16.8%±3.8% и 8.3%±0.9%, $p<0.05$. В группе сравнения при оптической микроскопии и АСМ в поле 100х100 мкм выявлены соответственно следующие формы эритроцитов: дискоциты (97.4±1.5% и 96±5%), эхиноциты (2.1±0.9% и 2.9±1%), плоские клетки (0.1±0.02% и 1±0.5%, $p<0.05$), стоматоциты (0.5±0,02% и 0.7±0.03%). При изучении методом АСМ эритроцитов по форме в группе пострадавших в первые сутки после травмы выявлены дискоциты с углубленным пэллором и

выростом в центре. Углубление в центре составляет 500±115 нм, при нормальном значении углубления дискоцита 270±95 нм. Количество видоизменённых дискоцитов зависит от степени кровопотери: 7.5±2.5% при КП I СТ и 8.3±4.2% при КП IV СТ.

В первые сутки после травмы в группе пострадавших снижено количество нормоцитов (46.2±4.5% – оптическая микроскопия и 44.8±18.3% – АСМ) по отношению к контролю (63.6±9.2 и 73.5±3.1); увеличено количество макроцитов (34±11.3% - оптическая микроскопия и 33.4±19.2% – АСМ) по отношению к контролю (27.0±9.9 и 18.2±2.2); и повышено количество микроцитов (19.2±10.1% – оптическая микроскопия и 25.6±15.2% – АСМ) по отношению к контролю (9.2±3.8 и 7.0±1.8).

Анизоцитоз, выявленный методом АСМ, зависел от степени кровопотери. У пострадавших с травмой, в день поступления в реаниматологическое отделение, методом АСМ (в поле 100х100 мкм) выявлены достоверные отличия изменения количества эритроцитов по форме: количество дискоцитов составило 72 (50;84), $p<0.05$ относительно контроля [96 (91;101)]; эхиноцитов – 7.0 (5.0; 13.2), $p<0.05$ относительно контроля [3 (2;4)]; стоматоцитов – 15 (5; 29), $p<0.05$ относительно контроля [0.50 (0.49;0.51)]; плоских клеток – 6.0 (2.5; 17.5), $p<0.05$ относительно контроля [1 (0.5;1.5)].

При поступлении пострадавших в реаниматологическое отделение отмечаются значительные изменения наноструктуры мембраны эритроцита. Среднее значение высоты первого порядка у всей группы пострадавших возрастает по сравнению с группой сравнения почти в 9 раз и составляет h1= 9,2±5,5 нм, высоты второго порядка – ~ в 1.5 раза и составляет h2=1,3±0,5 нм, высоты третьего порядка – ~ в 3 раза и составляет h3=0,52±0,39. Выявлена тенденция к возрастанию значений высот первого и третьего порядков в первые сутки после травмы при увеличении объема кровопотери: h1 – 6.7±5.0 нм при КП I СТ и 10.8±6.0 нм при КП IV СТ; h3 – 0.39±0.26 нм при КП I СТ и 0.63±0.47 нм при КП IV СТ. Высота второго порядка не зависит от степени тяжести кровопотери и составляет при КПIСТ 1.45±0.48 нм; при КПIV СТ – 1.50±0.56 нм. Выявленные структурные изменения могут отражать функциональное состояние эритроцита, находящегося в экстремальных условиях гипоксии. Учитывая, что в момент поступления больного в реаниматологическое отделение массивная инфузионно-трансфузионная терапия еще не проводилась, то выявленные изменения являются следствием травмы, массивной кровопотери, гипоксии, гемодинамических нарушений. Кровопотеря и гипоксия приводят к структурным изменениям мембраны эритроцита, свидетельствующие о том, что в большей степени в этот процесс вовлекаются фосфолипидный бислой (изменения h1) и белковые компоненты (изменения h3) мембраны. В то время как спектриновый матрикс (значения высот h2) подвергается меньшим изменениям.

Заключение. В первые сутки после тяжелой сочетанной травмы с различной степенью кровопотери при оптической микроскопии и АСМ наблюдается выраженный анизоцитоз и пойкилоцитоз, характеризующийся снижением уровня нормоцитов, дискоцитов, повышением уровня макро-, микроцитов, эхиноцитов и плоских клеток. Выраженность анизоцитоза и пойкилоцитоза зависит от степени кровопотери. Около 8% дискоцитов имели аномальные углубления пэллора с выростами в центре. Количественно оценена степень изменения наноповерхности мембран эритроцитов в динамике у больных с тяжёлой травмой и различной степенью кровопотери. Величина изменений h1 и h3 зависит от объёма кровопотери, h1 и h2 имели динамику снижения в первые две недели после травмы.

К ВОПРОСУ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Муродова Д.С., Ахмедиев М.М., Махмудова З.С.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Удельный вес опухолей головного мозга (ОГМ) среди всех опухолей невысок (0,7–1,5%), но высокая летальность и инвалидизация больных, значительный социальный, экономический и моральный ущерб, который эта патология наносит обществу, вызывают вполне обоснованный интерес исследователей (Улитин А.Ю., 1997; Лосев Ю.А., 2003; Кариев М.Х.,2008; Гоpенштейн А.Е., 2009; Wrensh M.K. et al., 2000). Очень часто первичный дебют заболевания проявляется в виде сосудистых и эпилептиформных изменений, в связи с чем больные с данной патологией длительное время находятся на лечении у невропатологов и других специалистов.

Цель исследования. Оценка результатов хирургического лечения больных с опухолями головного мозга.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 62 больных с первичными опухолями головного мозга, находившихся в отделении нейроонкологии Республиканского научного центра нейрохирургии МЗ РУз в 2011–2012 гг. Мужчин было 28, женщин – 34. Возраст больных от 18 до 72 лет.

Диагностика опухолей головного мозга осуществлялась с учетом жалоб, анамнеза, данных клинического, нейроофтальмологического, ЭЭГ-исследований, результатов компьютерной (КТ), магнитно-резонансной томографии(МРТ), а также ДТ-трактографии, методов неинвазивной визуализации проводящих путей белого вещества мозга. Сосудистый тип клинической манифестации выявлен у в 23,7% обследованных, эпилептиформный – в 24,9%, первично-опухолевый – в 41,5%, психопатологический – в 9,9%.

Качество жизни больных оценивалась по шкале Карновского (ШК), оценка по которой до операции у 82,7% пациентов составила в среднем 68 баллов.

Операции проводились под микроскопической асистенцией в сопровождении интраоперационного мониторинга двигательных путей белого вещества мозга. Радикальность удаления опухоли зависела от характера опухоли, а также вовлеченности и поражения проводящих двигательных путей самим процессом. Радикальность оценивалась по данным КТ и МРТ-исследований.

Результаты и обсуждение. Опухоли чаще встречались в возрасте старше 28 лет (21 б-й). У всех больных отмечалась общемозговая симптоматика, эпилептические припадки в зависимости от локализации процесса наблюдались у 32,2% больных, нарушение сознания – у 16,3%, менингеальные симптомы – у 24,2%, полушарная симптоматика – у 51,3%.

Смещение серединных структур головного мозга до 18 мм выявлено у 59,5% больных. До операции в состоянии компенсации находились 37 больной, субкомпенсации – 18, декомпенсации – 7. Больным, которые поступали в состоянии декомпенсации, проводилось двухэтапное хирургическое лечение. Первоначально для устранения симптомов вклинения и окклюзии ликворопроводящих путей осуществлялись различные ликворошунтирующие операции, а затем, по мере стабилизации состояния, – выполнялись основные вмешательства.

Качество жизни по шкале Карновского у выживших больных было оценено в 73,9 балла. Послеоперационная летальность составила 9,2%.

Выводы. Для улучшения результатов оказания нейрохирургической помощи больным с опухолями головного мозга необходима правильная оценка состояния, полная информация о заболевании, а также своевременный выбор адекватной хирургической тактики.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мусоев Т.Я., Нажмиддинов Л.М., Аюбов Б.М., Яхёева Ф.О.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Нами проанализировали результаты лечения 30 пострадавших с повреждениями магистральных сосудов верхних конечностей, доставленных по экстренным показаниям в Бухарский филиал РНЦЭМП в 2009-2012 гг. Мужчин было 26, женщин – 4.

В возрасте от 17 до 20 лет было 3 пациента, от 21 года до 30 лет – 13, от 31 года до 40 лет – 9, от 41 года до 50 лет – 2, старше 50 лет – 3. У 21 (70%) больного повреждения сосудов были открытыми, у 9 (30%) – закрытыми. Причинами первых чаще служили колото – резаные ранения, нанесенные различными острыми предметами. У 2 пациентов они стали следствием огнестрельных ранений. Закрытые повреждения были обусловлены тупой травмой (автодорожной, бытовой). В течение одного часа от момента травмы в стационар поступили 11 пострадавших, от 1 ч до 6 ч – 12, от 6 ч до 12 ч – 4, от 12 до 24 ч – 2, свыше суток – 1. 7 пациентов доставлены с наличием жгута на травмированной конечности, 10 – давящей повязки, остальные без использования каких-либо способов временной остановки кровотечения. При диагностике повреждений учитывали клинические проявления, результаты физикальных исследований, иногда прибегали к дуплексному сканированию сосудов. При необходимости производили рентгенографию костей и суставов. Ранение подмышечной артерии имело место у 2 пациентов. У 1 из них оно сочеталось с повреждением подмышечной вены. У 10 больных было повреждение плечевой, у 8– лучевой и у 6 – локтевой артерии. У 4 пострадавших имелось одновременное ранение лучевой и локтевой артерий. У 2 больных была повреждена плечевая вена. Таким образом, у 30 больных отмечались ранения 35 сосудов. Изолированная травма магистральных сосудов верхних конечностей имелась у 18 (60%) больных. У остальных она сочеталась с переломами костей (6), нервов (3), сухожилий (2).

Пострадавшим выполнены следующие оперативные вмешательства на сосудах: циркулярный шов – 21 (70,3%), протезирование аутовеной – 2 (8%), боковой шов – 3 (10,1%), лигирование – 3 (11, 6%). У 6 больных с повреждением костей осуществлялась и фиксация костных отломков. 4 из них выполнен остеосинтез титановыми пластинами, 1 наложен компрессионно-дистракционный аппарат, 1 произведена иммобилизация конечности гипсовой повязкой. 3 пациентам произведено восстановление нервных стволов путем наложения традиционного эпиневрального шва, 2 – сшивание сухожилий. Восстановить магистральный кровоток удалось у всех пострадавших, у которых выполнялась реконструктивная операция. В послеоперационном периоде больным назначали антибактериальную терапию, а большинству из них – и гепарин. В последние годы отдаем предпочтение низкомолекулярным его аналогам (фраксипарин, клексан и др.) В послеоперационном периоде у 1 из пострадавших развился тромбоз реконструированного сегмента, устраненный тромбэктомией. Поверхностное нагноение раны возникло у 2 пациентов. Летальных исходов не было.

Наибольшую сложность представляли пострадавшие с сочетанными повреждениями, потребовавшими одновременного восстановления костей, сухожилий и нервов.У таких пациентов сосудистая операция следовала за травматическим пособием, а шов нерва выполняли после восстановления магистрального кровотока. Лигатурные операции произведены больным с одновременными повреждениями парных артерий предплечья. У 3 из них была перевязана лучевая артерия, у 5 – локтевая. Наложение циркулярного шва на одну из поврежденных артерий обеспечивало питание дистальных сегментов конечности. Из-за невозможности выполнения первичной реконструктивной восстановительной операции у 1 больного была лигирована плечевая вена.

Таким образом, успехи лечения больных с травмой магистральных сосудов верхних конечностей зависят от целого ряда факторов, среди которых первостепенное значение имеют сроки их госпитализации и установление правильного диагноза, своевременность оперативного вмешательства и выбор оптимального способа восстановления магистрального кровотока. У всех пострадавших удалось добиться положительных результатов. Это стало возможным благодаря тому, что хирургическую помощь подобным больным оказывали ангиохирурги, имеющие большой опыт.

SURGICAL TACTICS AT DAMAGES OF THORAX ORGANS

Musoev T.Ya., Najmiddinov L.M., Ayubov B.M., Yahyoeva F.O.

Bukhara branch of the Republican scientifically centre of emergency medicine

We analyses results of surgical treatment of 210 patients with various traumas of a thorax, which were on hospitalization in unit of the emergency surgery of Bukhara branch of the Republican centre of science of emergency medical care with 2007 for 2012. From them 130 (62%) were persons man's, 80 (38%) a female. Their age fluctuated from 16 till 85 years. Basically it there were persons of able-bodied age. The reasons of traumas at 145 (69 %) patients were road and transport incident, at 54 (25,7 %) the trauma wore violent and at 11 (5,2 %) household character. At 32 (15,2 %) patients of a trauma of a thorax were combined with various fractures of bones of the bottom extremities and a basin, at 10 (4,7 %) from them traumas were accompanied by damages of organs of an abdominal cavity, at 12 (5,7 %) patients were observed craniocerebral traumas.

The isolated damages of a thorax took place at 150 (71,4%) patients, from them the prelum and a bruise of a thorax without disturbance of integrity of a skeleton of a thorax were at 30 (14,3%), besides at 90 (42,8%) patients were observed fractures of ribs with shift of fragments, unilateral, plural (5 and more) fractures of ribs 20 (9,5%) and bilaterial double fractures of ribs, breast bones with flotation of a thorax 15 (7,1%). One of frequent and dangerous complications of traumas of a thorax was the pheumothorax which was observed at 20 (9,5%) patients, from them at 10 (4,7%), it had character of the strained. The hemopneumothorax became perceptible at 15 (7,1%) patients. The isolated hemothorax was observed in 20 (9,5%) cases. Research was the basic method of diagnostics of a X-ray, other methods of research were if necessary applied.

The choice of tactics of treatment for each patient was defined individually. Basically medical actions had conservative character. Under indications to patients punctures of pleural cavities with the subsequent drainage were carried out.

Puncture treatment method has appeared effective at 35 (16,6%) patients, with absence of signs of respiratory insufficiency. At an inefficiency puncture method and presence of symptoms of a tension pneumothorax with signs of respiratory insufficiency, the drainage of pleural cavities with connection of system of an active aspiration before achievement full and proof unfolding lungs was carried out.

At 10 victims with thorax traumas it was necessary to resort to thoracotomy performance thus at 4 (1,9%) took place extensive damages of a pulmonary tissue, at 6 (2,8%) damage of intercostals vessels. At 3 (1,4%) patients, the lethal outcome as which reasons the traumas incompatible with a life served basically, and later the reference in a hospital was observed.

Thus, the analysis of results of research and treatment of patients with thorax traumas, has shown, that principal causes of their development are road and transport incidents which were observed in 69% of cases. The isolated traumas took place at 80% of patients, combined at 20%. Among complications of traumas hemopneumothoraxes were in most cases observed hemothoraxes. At a choice of tactics of treatment of traumas of a thorax, the individual approach should be an obligatory condition. To begin treatment it is necessary from conservative methods and only in the presence of indications it is necessary to carry out a drainage of pleural cavities, or to resort to the operative grant.

ПОДГОТОВКА КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ К ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОБИОТИКОВ

Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Пазылова Д.У., Кутлиева Г.Дж.

Республиканский научный центр колопроктологии

Среди перспективных инновационных направлений нашего времени, касающихся непосредственно сохранения и коррекции здоровья людей, наибольший интерес представляет реализация концепции восстановительной медицины.

Несмотря на развитие современных методов диагностики и лечения больных с воспалительно-язвенными заболеваниями толстой кишки (ВЯЗК), частота их осложнений не уменьшается. При тяжелых формах ВЯЗК придерживаются в основном многоэтапной хирургической тактики. При этом важно определить состояние прямой кишки и возможность сохранения ее для последующих восстановительных операций. Выраженный лечебный эффект при ВЯЗК оказывают пробиотики, механизм действия которых основан на их способности синтезировать антибактериальные вещества, органические кислоты, протеазы, стимулировать иммунный ответ организма — повышать продукцию интерферона, IgA, фагоцитарную активность лейкоцитов.

Цель работы. Улучшение результатов восстановительных операций у больных с язвенным колитом путем использования пробиотиков при лечении воспалительно-язвенных процессов в культе прямой кишки после тотальной колэктомии.

Материал и методы. В исследование включены 115 больных с ВЯЗК с тотальным поражением, с тяжелым течением, госпитализированных в Научный центр колопроктологии в 2005–2012 г. Всем больным проведена тотальная колэктомия с формированием культи прямой кишки и наложением илеостомы. Больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 62 больных, получавших в послеоперационном периоде базисную, общеукрепляющую терапию и пробиотики. Контрольная группа состояла из 53 больных, получавших только базисную и общеукрепляющую терапию. Пробиотики назначали каждые 3 месяца в течение 30 дней перорально и per rectum. Перорально использовали биопрепараты лактобактерин и бификол по 5 доз соответственно 3 и 2 раза в день. Кроме того, per rectum 1 раз в день вводили препарат бактстимс. Проводили 7–10 курсов лазеротерапии. Всем больным были выполнены клинико-эндоскопические,

микробиологические и лабораторные исследования до – и через 1, 6 и 12 месяцев после лечения. Кишечную микрофлору изучали у 20% пациентов. Эффективность лечения оценивали по клиническим показателям, количеству отделяемого из прямой кишки, срокам эпителизации появлению грануляций и т.д. Учитывали данные цито- и гистологического, бактериологических, клинико-лабораторных и функциональных исследований.

Результаты. Эффективность оценивали по трем степеням: 1) хороший результат – изчезновение или значительное уменьшение выделений из прямой кишки (кровь, слизь и т.д.), болевого синдрома, улучшение общего состояния и эндоскопической картины, качественного и количественного состава микрофлоры; 2)удовлетворительное – уменьшение выделений, частичное восстановление эпителизации, уменьшение болевого синдрома и т.д.; 3) неудовлетворительное– отсутствие эффекта. В основной группе хорошие результаты достигнуты у 40 (64,5%) больных, удовлетворительные– у 22 (35,4%). Неудовлетворительных результатов не было. В контрольной группе хорошие результаты отмечались у 21 (39,6%) больного, удовлетворительные – 29 (54,7%), неудовлетворительные – у 3 (5,6%).

Заключение. Таким образом, включение в комплексную терапию пробиотиков привело к достоверному повышению количества хороших результатов и снижению числа удовлетворительных ($p<0,05$ в обоих случаях). В основной группе были более выражены количественные и качественные изменения кишечной микрофлоры, что выражалось в повышении содержания лакто- и бифидобактерий и снижении содержания представителей условно-патогенных (*Proteus spp., Klebsiella pneumoniae*) и патогенных (*Staph. aureus*) микроорганизмов. Длительная терапия пробиотиками привела к более быстрому восстановлению функциональных показателей запирательного аппарата по данным сфинктерометрии и электромиографии за счет противовоспалительного эффекта, связанного с известным эффектом устранения вторичных иммунных нарушений. Рекомендуется включение длительных курсов пробиотиков в комплексную терапию ВЯЗК, а также для подготовки культи прямой кишки к восстановительным операциям.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Пазылова Д.У.

Республиканский научный центр колопроктологии, Институт микробиологии

Цель работы. Изучение состояния микробиоценоза толстой кишки у больных язвенным колитом и влияния терапии, направленной на коррекцию микрофлоры кишечника с использованием пробиотических препаратов на течение заболевания, частоту развития рецидивов и стойкость клинической ремиссии язвенного колита.

Материал и методы. Под наблюдением были 50 больных с диагнозом язвенного колита. 20 больным с диагнозом язвенного колита тяжелое течение, тотальное поражение предстояла операция –тотальная колэктомия с формированием культи прямой кишки. У всех больных были взяты образцы фекалий для определения дисбактериоза кишечника (до и после лечения). Индивидуальная коррекция микрофлоры проводилась пробиотическими препаратами лактобактерин, бифидумбактерин, колибактерин и бификол производства малого предприятия ООО Orom- biopreparat.

Пациенты принимали пробиотики в течение 1–2 месяцев по 5 доз 3 раза в день.

В динамике изучали состояние микрофлоры толстой кишки, определяли количественный и качественный состав облигатной и факультативной флоры. Эффективность лечения контролировали путем сравнения результатов обследования до и после лечения. Критериями эффективности являлась динамика основных клинических симптомов, в том числе микробиологических. Бактериологическая оценка микробиоценоза толстой кишки основывалась на исследовании микрофлоры кала с определением степени дисбиоза. Микробиологические исследования проведены на базе бактериологической лаборатории СЭС МСО МЗ РУз.

Результаты. Дисбиоз кишечника разной степени имел место у всех больных язвенным колитом. У 20 больных с тяжелой формой язвенного колита выявлен дисбиоз III-IV степени: полное отсутствие лакто- и бифидобактерий у 80% больных, тогда как в норме количество пробиотических бактерий должно быть не менее 10^7 КОЕ/1 г фекалий. Количественный анализ микрофлоры, проведенный в период обострения заболевания, вывил существенное снижение содержания кишечной палочки, бифидобактерий, лактобактерий, пролиферацию кокковой флоры и грибов рода Candida.

У больных неспецифическим язвенным колитом, наряду со значительным снижением количества или отсутствием (при тяжелых формах заболевания) облигатной микрофлоры (бифидобактерий, бактероидов), значительно возрастала высеваемость условно-патогенных микроорганизмов — клебсиелл (43%), протея (25 %), цитробактера (28,5 %).

Проведенные микробиологические исследования показали, что среди условно-патогенной микрофлоры кишечника доминировали грибы Candida albicans (4,5-5±0,5 lgKOE/г), Candida tropicalis (3,5±0,35 lgKOE/г), Staph. aureus (6,1±0,6 lgKOE/г), E. coli (6,75±0,6 lgKOE/г), Enterococcus faecalis 7,3-8,0 ±0,7 lgKOE/г, Klebsiella pneumoniae 6,8-7±0,65 lgKOE/г, Proteus mirabilis (7±0,69 lgKOE/г), Ps. aeruginosa (5,1±0,5 lgKOE/г), Citrobacter diversus (4,3±0,41 lgKOE/г), Enterobacter aerogenes (6±0,6 lgKOE/г), Cirtrobacter freundii (5,2±0,5 lgKOE/г).

У больных язвенным колитом облигатные виды микрофлоры составляют 40% , а не 70,1%, как у здоровых. У 6 из 20 больных наблюдается увеличение лактозанегативных кишечных палочек в 2–7 раз.В своей практике мы применяли колибактерин и бификол чаще всего для долечивания, после других методов лечения с целью восстановления микрофлоры кишечника и закрепления ремиссии. Больным с тяжелыми формами и выраженным дисбактериозом кишечника

колибактерин и бификол назначались одновременно с другими препаратами: сульфасалазином, салазопиридазином. Бифидумбактерин назначается при нарушении анаэробной микрофлоры кишечника (содержание в фекалиях бифидобактерий менее 10-3), а также в случаях увеличения содержания кишечной палочки.

У 80% больных наблюдались положительные изменения, связанные с восстановлением нормофлоры толстой кишки (титр клеток бифидобактерий был восстановлен до 10^6-10^7 КОЕ/г, а у некоторых больных – до 10^{10} КОЕ/г). Для восстановления лактофлоры необходимо более длительное время (не менее 2-3 мес.). Так, при полном отсутствии лактобактерий количество их удалось восстановить до 10 5–6 степени. Даже при частичном восстановлении облигатной микрофлоры повышенное количество условно-патогенных бактерий уменьшилось до нормы. Например, первоначально при высоком содержании грибов Candida albicans (5 lgKOE/г) после проведенной коррекции пробиотиками их количество снизилось до 1 lgKOE/г. Таким образом, пробиотики способствуют ремиссии язвенного колита в активной стадии. Наиболее перспективными представляются пробиотики отечественного производства: лактобактерин, бифидумбактерин, колибактерин, бификол.

Выводы. На фоне коррекции микробиоценоза у больных наблюдалась нормализация бифидо- и лактобактерий, а также четкая позитивная динамика представителей условно-патогенной микрофлоры: достоверное уменьшение концентрации стафилококка, грибов рода Candida и энтеробактерий.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Нажмиддинов Л.М., Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М., Яхёева Ф.О.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пострадавших с травмой живота путем совершенствования методов ранней диагностики, хирургической тактики и профилактики осложнений с использованием микрохирургической техники (МХТ) и разработка эффективных методов органосберегательных и заместительных оперативных вмешательств.

Под наблюдением были 458 пострадавших с травмой живота, из них 211 (46%) – с закрытыми повреждениями, 247 (54%) – с открытыми ранениями. Изолированные повреждения были у 350 (76,4%) пострадавших, сочетанные – у 108 (23,6%), у 128 (28%) ранения имели торакоабдоминальный характер. У 124 (27%) повреждения органов брюшной полости не выявлены. Более 80% пострадавших составили мужчины трудоспособного возраста.

В хирургической тактике широко применяли разработанный нами алгоритм ведения пострадавших с травмой живота с использованием МХТ, который включает широкое использование в ранней топической диагностике УЗИ органов брюшной полости, грудной клетки и забрюшинного пространства как в дооперационном периоде, так и интраоперационно; компьютерную томографию; лапароскопию, в том числе при проникающих абдоминальных ранениях; мини-торакотомию при торакоабдоминальных ранениях. При лечении проводятся манипуляции из лапароскопического доступа. В профилактике осложнений применяются щадящие (из минидоступов) операции при травмах печени и поджелудочной железы.

Основные моменты использования МХТ при травмах живота заключались в следующем: 1) использование УЗИ, особенно у пострадавших с сочетанными абдоминальными травмами позволяло выявить доминирующее повреждение, выставить топический диагноз и выбрать адекватный объем операции; 2) хирургическая коррекция повреждений более чем в трети случаев производилась посредством лапароскопии, в большинстве случаев с дополнением манипуляции из минилапаротомного доступа в проекции поврежденного органа; 3) при торакоабдоминальных ранениях предпочтение отдавалось миниторакотомной диагностике плевральной полости и диафрагмы, при их повреждении ушивание ран производилось из данного доступа с переходом на диагностическую лапароскопию; 4) диагностика и хирургическая коррекция проникающих колото-резаных абдоминальных ранений в большинстве случаев производилась с использованием эндоскопических операций.

Противопоказаниями к использованию МХТ при травмах живота являлись: 1) в диагностике – геморрагический шок тяжелой степени, множественные проникающие колото-резаные абдоминальные ранения, огнестрельные ранения; 2) в хирургическом лечении – наличие крови в брюшной и плевральной полостях более 500мл, множественные повреждения органов, разлитой и общий перитониты.

Больные были разделены на 2 группы. Контрольную группу составили пострадавшие, получавшие лечение в Бухарском филиале РНЦЭМП в 2005–2008 гг. У 25,4% из них в хирургической тактике при травмах живота использованы МХТ. Основную группу составили пострадавшие, находившиеся на лечении в 2009–2012гг. МХТ использованы у 88,0% из них. Сравнительный анализ показал, что разработанный алгоритм позволил нам у 82,0% пострадавших установить ранний топический диагноз и провести адекватные оперативные вмешательства на травмированных органах, в том числе у 34,0% из них с использованием эндоскопических операций, а у 36,0% исключить необоснованные хирургические вмешательства, снизить показатели осложнений с 29,7 до 16,8%, летальности с 12,3% до 7,4%.

Таким образом, современная концепция миниинвазивной и органосберегательной хирургической тактики при травмах живота, продиктованная новыми условиями и возможностями в хирургии, является весьма перспективным направлением, позволяющим существенно улучшить результаты лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Нарзиев Й.К., Муродов Т.Р., Кудратов Г.Н.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Возможность применения перидуральной анестезии (ПА) и её комбинации с эндотрахеальной анестезией (ЭА) при выполнении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭК) изучена недостаточно. Анализу подвергнуты результаты обоих способов анестезии у 145 больных, которым выполнена ЛХЭК. Под ЭА произведена 102, под ПА – 43 операции. ЭА и ПА проводили по стандартным методикам. Адекватность обезболивания при ПА оценивали по исчезновению болевой кожной чувствительности на брюшной стенке. Относительно умеренную гиповолемию, связанную с расширением микроциркуляторного русла, устраняли инфузией кристаллоидов и препаратов ГЭК. Создаваемая при этом гемодилюция предположительно может снижать риск развития венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений.

При выполнении операций у всех больных была достигнута релаксация брюшной стенки, достаточная для выполнения ЛХЭК. Однако при ПА релаксация мышц брюшной стенки была более стабильной. Компенсацию и профилактику снижения гемодинамики осуществляли снижением скорости наложения пневмоперитонеума до 2–2,5 л/мин или временным уменьшением давления в брюшной полости до 7–8 мм рт.ст. и инфузией кристаллоидов, препаратов ГЭК до 1,5 л. В целом при хорошей релаксации брюшной стенки достаточный операционный объем в брюшной полости достигался давлением, не превышающим 10 мм рт.ст. Для сравнения эффективности двух видов анестезии проведен мониторинг оксигенации крови (SpO_2), уровня кортизола до и непосредственно после операции, времени от момента завершения до возможности транспортировки больного в палату, потребности в послеоперационном обезболивании и длительности пареза кишечника.

Полученные результаты показали, что в обеих группах оксигенация крови и эффективность обезболивания практически не различаются. Использование ПА не требует проведения ИВЛ и не нарушает моторику кишечника после операции в связи с применением во время операции миорелаксантов и опиодов. Возможные при ПА осложнения со стороны верхних дыхательных путей отсутствуют. Продленная ПА позволяет исключить применение опиоидов в послеоперационном периоде. Кроме того, использование продленной ПА имеет существенные преимущества перед ЭА – исключается раздражающее действие анестетиков и травма дыхательных путей, возможная при интубации трахеи, снижается токсическое действие отдельных препаратов, применяемых для общей анестезии. Все перечисленное способствует быстрому восстановлению после операции спонтанного дыхания и сознания и уменьшает постнаркозную депрессию.

Таким образом, полученные результаты показали, что использование ПА при ЛХЭК возможно как самостоятельно, так и в комбинации с ЭА.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Наубетов Д.Д., Еримбетов Д.А., Торемуратов С.
Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Определение тактических принципов лечения переломов шейки бедренной кости.

В 2011–2012 гг. в отделении сочетанных травм на лечении находились 24 больных с переломами проксимального отдела бедренной кости в возрасте от 60 до 75 лет, из них 19 (79,2%) мужчин и 5 (20,8%) женщин. С переломами шейки было 14 больных, вертельной области – 10.

При консервативном лечении переломов проксимального бедренной кости у 65% больных отмечались пролежни, у 23% – гипостатическая пневмония, у 18% – на стороне перелома выявлялись тромбозы вен нижних конечностей. Неудовлетворительные результаты консервативного лечения привели к необходимости внедрения активной хирургической тактики с дифференцированным подходом к проблеме.

У 4 пациентов с переломом шейки бедренной кости произведен остеосинтез пучками спиц Илизарова. У 12 больных под контролем ЭОП проведено оперативное вмешательство с применением спонгиозных винтов, у 4 больных с переломом шейки бедренной кости выполнено первичное эндопротезирование тазобедренного сустава. При вертельных переломах бедренной кости производили остеосинтез пластинкой НИИТО МЗ РУз.

Все пациенты были активизированы на 2 сутки после операции, к 14–16 дню они уже могли двигаться самостоятельно, с использованием средств опоры, и к этому времени обычно выписывались на амбулаторное лечение. У оперированных больных пролежней, пневмоний, тромбоэмболий легочной артерии не отмечено, а флеботромбозы наблюдались только у 8%.

Таким образом, дифференцированное активное хирургическое лечение с учетом характера перелома, сроков с момента травмы позволило в три раза уменьшить общую летальность и значительно улучшить результаты лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА

Наубетов Д.Д., Еримбетов Д.А., Торемуратов С.
Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Лечение оскольчатых переломов бедра осуществляется преимущественно хирургическим методом. В настоящее время подходы к лечению обычных и оскольчатых переломов бедренной кости почти не различаются, хотя последним присущи некоторые особенности, которые необходимо учитывать при выборе способа и средств фиксации. К таковым относятся анатомические характеристики сегмента, вес ниже лежащего участка конечности, эксклюзивность клинико-рентгенологической картины каждого случая, нестабильность перелома в интраоперационной ситуации и послеоперационном периоде.

Под наблюдением были 62 пациента с оскольчатыми переломами бедра различной степени сложности, подвергшихся оперативному лечению, в 2011–2012 гг. Мужчин было 49 (79%), женщин – 13 (13%), жители города – 27 (43,5%), сельских – 35 (56,5%). Предоперационный период у 78,2% этих больных составил в среднем 3,7 дня, в течение которых проводилось постоянное скелетное вытяжение. В день поступления оперированы 21,8% пациентов с наименее сложными травмами. У 34 человек остеосинтез выполнен погружными металлофиксаторами, у 9 – аппаратами внешней фиксации, у 19 прибегли к комбинации различных металлоконструкций.

Отдаленные результаты изучены у всех 62 пациентов. Хорошие результаты получены у 65% из них удовлетворительные – у 35. Хорошие результаты в основном наблюдались при комбинированном остеосинтезе, а также при монофиксации переломов с достаточным торцевым упором основных отломков. Разнообразие видов остеосинтеза оскольчатых повреждений бедренной кости свидетельствует о трудностях в достижении устойчивой фиксации какой-либо одной металлоконструкцией, а также об отсутствии лечебно-тактической позиции и обоснованного алгоритма действий.

Эти обстоятельства явились причиной вынужденных интраоперационных импровизаций при комбинированном скреплении отломков, которые не были предусмотрены заранее и в итоге оказались не эффективными. Об этом свидетельствовали 6 наблюдений послеоперационной нестабильности фрагментов, их вторичного смещения, миграции конструкций. У 13 больных комбинированный остеосинтез изначально планировался с учетом уровня перелома, формы, величины и количества отломков, положения плоскостей излома и направленности векторов сил смещения. Удерживающее действие отдельных составляющих комбинации дублировалось другими ее элементами.

Таким образом, в условиях очевидной нестабильности оскольчатых переломов бедра наиболее рациональной представляется биомеханически адекватная фиксация отломков комбинацией металлоконструкций, способной обеспечить наиболее полное восстановление функции опоры и движения конечности. В этом качестве комбинированный остеосинтез при накоплении клинического опыта и проведении модельных экспериментов можно будет рассматривать как самостоятельную методику.

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Ниязметов С.Б.
Хорезмский филиала РНЦЭМП

Проанализировани результаты 124 операций, выполненных по поводу кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки. На объем и вид оперативного вмешательства большое влияние оказывают общее состояние больного, сопутствующая патология и интраоперационные находки, в первую очередь, сочетанные осложнения язвенной болезни (стеноз, пенетрация, перфорация). При наличии сочетанных осложнений язвенной болезни выполнялась резекция желудка (71 больной). При отсутствии этих осложнений осуществляли органосберегающие операции. Стволовая ваготомия с пилоропластикой выполнена у 32 пациентов, у 16 с иссечением язвы, у 16 – с ушиванием язвы на задней стенке двенадцатиперстной кишки. 21 больному ввиду тяжелого состояния выполнены паллиативные оперативные вмешательства: иссечение язвы у 7, прошивание – у 14.

Эти операция являются вынужденными, выполняются у наиболее тяжелых больных, но не излечивают от язвенной болезни. В экстренной ситуации при желудочно-кишечном кровотечении значимость этих операций различна. При иссечении кровоточащей язвы условно можно говорить о «радикальной» операции, так как ликвидируется источник кровотечения.

Рецидивы кровотечения после операций отмечалась у 14 больных. Не отмечено рецидива кровотечения после резекции желудка, стволовой ваготомии с иссечением язвы, иссечения язвы. Рецидивы кровотечения возникали при оставлении язвенного дефекта, который ушивали в ходе операции. После стволовой ваготомии с ушиванием язвы кровотечение наблюдалось у 4 (25%) пациентов. При этом у 2 больных рецидивы кровотечения возникли ближайшие три дня после операции. 2 больных после стволовой ваготомии с прошиванием язвы и пилоропластикой были выписаны из стационара, но госпитализированы повторно в течение месяца после операции с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. Все больные с рецидивом кровотечения после стволовой ваготомии, ушивания язвы и пилоропластики перенесли резекцию желудка с благоприятным исходом. Ваготомия способствует усилению кровотока в двенадцатиперстной кишке. По-видимому, эти явления более выражены у лиц молодого возраста, в отличие от пожилых людей,

у которых имеются атеросклеротическое поражение сосудов и явления атрофии железистого аппарата желудка. Эти предположения подтверждаются нашими данными. Так, средний возраст больных, у которых возник рецидив кровотечения, составил 30–34 года, средний возраст больных без рецидива кровотечения – 65 лет.

Самый плохой результат в плане достижения гемостаза наблюдался при вынужденных паллиативных оперативных вмешательствах. При ушивании кровоточащей язвы источник кровотечения не ликвидируется, а опасность возникновения рецидива кровотечения сохраняется. Рецидив кровотечения при этих операциях имел место у 80% больных.

Внедрение в клиническую практику мощных антисекреторных препаратов позволяет уменьшить число рецидивов кровотечения и, соответственно, летальность после этой операции. При проведении антисекреторной терапии и ушивания язвы рецидив кровотечения возник у 50% больных, что значительно меньше, чем после простого ушивания язвы (80%).

Летальные исходы после рецидивов кровотечения чаще наблюдались после паллиативных оперативных вмешательств. После иссечения язвы летальность составила 28,6%, что обусловлено общим тяжелым состоянием больных. Летальность после простого ушивания язвы составила 60%,а на фоне приема антисекреторных препаратов – 25%.

Выводы. Стволовая ваготомия с иссечением язвы, резекция желудка – самые оптимальные операции, так как они не только позволяют удалить источник кровотечения, но и излечить больного. Стволовая ваготомия с иссечением язвы имеет преимущества в экстренной ситуации, так как она менее травматична, чем резекция желудка. Стволовая ваготомия с прошиванием язвы на задней стенке двенадцатиперстной кишки значительно уступает первым двум операциям, так как гемостаз после этих операций недостаточно надежный, и возможно возникновение рецидива кровотечения. У лиц пожилого возраста возможно выполнение стволовой ваготомии с иссечением язвы при стабильной гемодинамике. Больным молодого возраста с локализацией язвы на задней стенке двенадцатиперстной кишки целесообразно выполнять сразу резекцию желудка, что значительно улучшает результаты лечения. Эффективность простого ушивания язвы, операции вынужденной, можно повысить назначением антисекреторных препаратов.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕМОТАМПОНАДОЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Парпиев Э.А., Нишанов Г.Х.

Наманганский филиал РСЦЭМП

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ, ДГП) – заболевание, характеризующиеся увеличением объёма простаты за счёт гиперплазии. ДГПЖ – самое частое урологическое заболевание у мужчин старшего возраста. Так, в возрасте 50 лет симптомы ДГПЖ имеют около 25% мужчин, в возрасте 65 лет – уже 50 %, к 80 годам оно выявляется у 80–90%.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения кровотечений из варикозно расширенных вен доброкачественной гиперплазии предстательной железы осложненной тампонадой мочевого пузыря.

Материал и методы. В 2010–2012 гг. в отделении урологии Наманганского филиала РНЦЭМП находились 18 больных с макрогематурией, осложненной тампонадой мочевого пузыря, в возрасте от 65 до 82 лет. У больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы имелось следующие сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, атеросклеротический кардиосклероз, у 2 сахарный диабет 2-го типа. Больные поступили в стационар в сроке от 2 часов до 3 дней от начала заболевания. Для установления источника гематурии больным проводилось ультразвуковое сканирование почек и мочевых путей и предстательной железы, цистоскопия, обзорная и экскреторная урография, мультислайсная компьютерная томография (МСКТ).

Безуспешная консервативная терапия в течение 6 часов на фоне гемостатической терапии с установкой 3-ходового катетера для отмывания гематомы и продолжающаяся макрогематурия явились показанием к экстренной операции.

У 16 (88,9%) выполнены цистостомия, ревизия, удаление гематомы и трансвезикальная аденомэктомия. У 12 (66,7%) произведена одномоментная аденомэктомия, у 4 (22,2%) – 2-моментная трансвезикальная аденомэктомия .

У 2 (11,1%) больныи осуществлена интраоперационная диатермокоагуляция кровоточащего участка ДГПЖ .

После операции больные находились в реанимационном отделении где получали интенсивную, инфузионную, гемостатическую терапию, по показаниям гемо- и плазмотрансфузии.

Все больные были выписаны на 7-8 день в удовлетворительном состоянии. Послеоперационные осложнение: склероз шейки мочевого пузыря и стриктура простатического отдела уретры наблюдались у 2 (11,1%) больных.

Таким образом, при кровотечении из ДГПЖ, осложненной гемотампонадой мочевого пузыря при безуспешности консервативной терапии необходимо прибегнуть к экстренному оперативному вмешательству. Операцией выбора у этих больных является трансвезикальная аденомэктомия, которая даёт хорошие результаты, особенно у больных пожилого и старческого возраста.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЛИМФОСТИМУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРАЗОТЕМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Пахмурин И.Р.

Андижанский филиал РНЦЭМП,
Андижанский государственный медицинский институт

Профилактика гиперазотемических осложнений раннего послеоперационного периода у хирургических больных – одна из самых сложных проблем современной медицины, требующих комплексного изучения почечных и внепочечных причин, приводящих к угнетению функции почек. Несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники, частота острой кишечной непроходимости не снижается. Дегидратация организма, гиповолемия, артериальная гипотония, циркуляция продуктов распада гемоглобина в сочетании с артериальной гипоксемией - основные факторы, ведущие к накоплению и росту в крови гиперазотемических шлаков. Учитывая наличие ретроградного тока лимфы из почки в околопочечную клетчатку, рациональным средством разрешения указанной проблемы является лимфатическая стимуляция изменения направления потока токсинов на вымывание их из тканей в циркулирующую кровь с целью создания условий для естественной и искусственной детоксикации.

Цель работы. Профилактическая лимфостимуляция в комплексной терапии гиперазотемических осложнений при кишечной непроходимости в зависимости от степени нарушений лимфообращения.

Материал и методы. По поводу острой кишечной непроходимости в 2011–2012 гг. оперированы 228 больных, или 3,65% от общего числа (6233) выполненных под наркозом операций. Из общего числа (87) летальных случаев на данную патологию пришлось 13 (14,97%).

Под наблюдением были 44 (19,29%) пациента которым лимфатическая стимуляция с целью профилактики гиперазотемии проводилась применением массивных объемов жидкостей в виде водной нагрузки и средств,стимулирующих диурез. Необходимо отметить, что гиперазотемия различной степени сопровождала все летальные случаи. Исследованию подлежали больные с острой кишечной непроходимостью при наличии клинических признаков нарушения лимфоциркуляции с повышенным уровнем азотистых шлаков в раннем послеоперационном периоде. В соответствии с классификацией клинических характеристик стадий нарушений лимфопродукции и лимфотока, наиболее часто в клинической практике встречаются пациенты, у которых имеются 2-3 стадии нарушения лимфоциркуляции. Больным с 4 стадией нарушения лимфоциркуляции в первую очередь проводились реанимационные мероприятия с обязательным включением лимфатической стимуляции, а после восстановления функций жизненно важных органов и систем удельный вес ее в проводимом лечении возрастал. Функциональное состояние почек оценивали по содержанию креатинина в сыворотке крови, величине остаточного азота и мочевины крови, скорости клубочковой фильтрации, индексу интоксикации, показателям КЩР, Na^+, K^+, суточному диурезу, удельной плотности мочи.

Результаты и выводы. Профилактическая лимфостимуляция, применяемая в комплексной терапии гиперазотемических осложнений у больных с кишечной непроходимостью в раннем послеоперационном периоде, способствует снижению уровня азотемии. В условиях критических состояний при тяжелых формах нарушения лимфообращения рациональным средством изменения направления потока токсинов на вымывание их из тканей в циркулирующую кровь является стимуляция лимфотока методами водной нагрузки и форсирования диуреза.

НОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Пивоварчук Р.Я., Митникова А.С.

Одесский национальный медицинский университет

Инфекционно-воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей у беременных являются грозным осложнением, требующим тщательного обследования и комплексного лечения.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и лечения инфекционно-воспалительных осложнений почек и мочевых путей на госпитальном этапе у беременных с учетом этиологических факторов и патогенеза их развития и показаний к рациональной лечебной тактике.

Материал и методы. Беременные женщины были рандомизированы на 3 группы: 1-я группа сравнения – 30 беременных женщин без осложнений инфекционно-воспалительного характера почек и мочевых путей; 2-я группа – основная клиническая – 90 беременных, получавших лечение на госпитальном этапе по поводу инфекционно-воспалительных осложнений со стороны почек и мочевых путей; 3-я группа контрольная – 20 небеременных женщин репродуктивного возраста без наличия инфекционно-воспалительных заболеваний почек и мочевых путей.

Результаты и обсуждение. У 92% беременных 2-й группы выявлено значительное повышение уровня С-реактивного белка в крови, у 86% – появление его в моче. Повышение уровня С-реактивного белка в крови в 15 раз наблюдалось у 64% беременных, в 21 раз – у 23% беременных, в 9 раз – у 3% и в 5 раз – у 2%. У 74% беременных количество С-реактивного белка в моче превышало 100 мг/л, у 8% – 60 мг/л, у 2% – 30 мг/л и у 2% было равно 6–29 мг/л. У всех пациенток 2-й группы, у которых уровень С-реактивного белка превышал 60 мг/л, при тщательном дообследовании был диагностирован острый гестационный пиелонефрит. При уровне

С-реактивного белка менее 60 мг/л была диагностирована инфекция нижних мочевых путей. При проведении УЗИ почек и мочеточников в разные сроки гестации в положении ортостаза у 83 (78%) пациенток 1-й и 2-й групп верифицировано расширение чашечно-лоханочной системы. У 75 беременных (71%) определен «не обструктивный» характер уретерогидронефроза, у 8 беременных (7%) – «обструктивный» тип функциональных нарушений верхних мочевых путей.

Выводы. Повышение уровня С-реактивного белка в крови и моче служит маркером для диагностики инфекционно-воспалительного процесса почек и мочевых путей. У беременных с инфекционно-воспалительными осложнениями со стороны почек и мочевых путей чаще выявляется «не обструктивный» характер функциональных нарушений.

КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИЛЕОФЕМОРАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ

Рахимов Б.А., Йулдошев А.А., Хожакбаров А.Х., Отабоев М.Э.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – тяжелое заболевание, сопровождающиеся высокой летальностью, большим количеством осложнений. По разным данным до 95% случаев ТЭЛА обусловлено острым венозным тромбозом в системе нижней полой вены (НПВ).

За период с 2008 по 2011 гг. под нашим наблюдением находились 308 пациентов с тромбозами системы НПВ, из них с острым восходящим тромбофлебитом (ОВТ) 186, с тромбозами глубоких вен - 122. С клиникой ТЭЛА поступили 27 (8,7%) пациентов.

Всем больным с тромбозами глубоких вен нижних конечностей выполняли цветное дуплексное сканирование (ЦДС) на ультразвуковом сканере Phillips EnVisor (Holland) и дистальная флебография. В глубоких венах голени тромб локализовался у 125 (40,5%) больных, в бедренно-подколенном сегменте – у 97 (31,4%), в подвздошно-бедренном сегменте – у 82 (26,6%), в нижней полой вене – у 4 (1,3). Возраст больных колебался от 23 до 78 лет. Все пациенты с тромбозом глубоких вен, при обследовании которых обнаружен окклюзируюший тромб, а также пациенты с тромбозами вен голени получали курс консервативной терапии с применением препаратов НФГ (или НМГ) в течение 5–7 дней, внутривенно реополиглюкин, дезагреганты, венопротекторы, таблетированные формы НПВС в общепринятых дозировках. На фоне консервативной терапии летальный исход наступил у 2 (1,3%) больных вследствие повторной массивной ТЭЛА.

Все больные с ОВТ были прооперированы в первые сутки от момента поступления. Перевязка большой подкожной вены выполнена у 137 (44,4%), перевязка большой подкожной вены, тромбоэктомия из сафенобедренного соустья у 37 (12%), у 3 (0,9%) пациентов с флотирирующим тромбом НПВ проведена операция кавапликации, что предотвратило в послеоперационном периоде клинику ТЭЛА у этих больных.

Полученные нами хорошие результаты лечения больных с острыми тромбозами системы НПВ свидетельствует на необходимость активной тактики лечения этого грозного состояния. При возникновении осложненных форм острого венозного тромбоза оптимальным методом профилактики ТЭЛА является хирургическая коррекция.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Рахимов И.Р.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель. Выбор оптимального режима периоперационной антибиотикопрофилактики, обеспечивающего стабильные концентрации антибиотика выше «критического уровня» в течение оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

Материал и методы. 60 пациентам в плановом порядке выполнены «условно-чистые» интраабдоминальные операции. В качестве антибиотика для периоперационной профилактики был выбран цефтриаксон (ЦЕФ). 30 больных 1-й группы получали 1,5 г ЦЕФ внутривенно за 40 мин до начала операции. 10 пациентам 2-й группы 1,5 г ЦЕФ вводились внутривенно за 15 мин до операции. 20 пациентам 3-й группы основные 1,5 г ЦЕФ вводились за 15 мин до начала операции, дополнительные 0,75 г – через 40 мин после предоперационной инъекции. Оценку клинической эффективности проводили по наличию или отсутствию признаков раневой инфекции. Содержание ЦЕФ определяли в сыворотке и околораневых тканях каждые 15 мин в течение операции. Для расчета концентрации применяли метод диффузии в агар (тест-культура Escherichia coli МВ 3804). В качестве критического уровня использован показатель 4хМПК для Staph. aureus и Staph. epidermidis.

Результаты. В 1-й группе вторичная хирургическая обработка потребовалась 1 (3,3%) пациенту с раневой инфекцией (p=0,601). Содержание ЦЕФ в сыворотке у пациентов трех групп превышало 4 х МПК в 3–11 раз. В тканях у больных 1-й группы уже к началу операции концентрации ЦЕФ были ниже «критического уровня», в дальнейшем отмечалось их прогрессивное снижение до 3,5–4 мг/л. Во 2-й группе тканевые концентрации выше 8 мг/л удерживались только первые 30–40 мин интраоперационного периода. У пациентов 3-й группы в результате введения дополнительной дозы в «кри-

тический период» – через 40 мин после предоперационной инъекции ЦЕФ – уровень антибиотика на протяжении всего оперативного вмешательства (до 2 ч) превышал 4 х МПК = 8 мг/л.

Выводы. Общепринятые режимы однократной предоперационной внутривенной инъекции ЦЕФ не обеспечивают эффективную антибактериальную защиту раны в течение операции. Введение 1,5 г ЦЕФ за 15 мин до операции с дополнительной дозой 0,75 г интраоперационно является оптимальным режимом антибиотикопрофилактики при вмешательствах длительностью до 2 часов.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Рахманова Р.М., Жалилов А.О., Бузуркханова Р. С.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В Наманганском филиале РНЦЭМП В 2007-2012 гг. эмболизация маточных артерий (ЭМА) выполнена 78 пациенткам, в возрасте от 27 до 49 лет, поступившим с диагнозом миома матки осложненной метроррагией. Объем миоматозных узлов составлял от 5–6 до 13–14 недель, в среднем 9–10 недель.

ЭМА проводили под местной анестезией по стандартной методике трансфеморальным доступом. Для эмболизации использовали частицы PVA 300-500 мкВ.

Стойкая остановка кровотечения после применения ЭМА в течение 4-6 часов отмечалась у 65, в течении 24 часов – у 13 больных. На 2–3 сутки у всех пациенток наблюдался постэмболизационный синдром разной степени выраженности. В основном он выражался болями внизу живота, повышением температуры тела до субфебрильной, тошнотой и общей слабостью. Для купирования болевого синдрома назначались спазмолитики и ненаркотические анальгетики. Все больные процедуру ЭМА перенесли хорошо. Только у одной пациентки в первые сутки после ЭМА развился тромбоз общей подвздошной артерии справа, где была деформация стенки артерии. После экстренней тромбэктомии кровоток в бедренных артериях восстановился. На 4–5 сутки всем пациентам производилось допплерография, которая показала снижение скорости кровотока в маточных артериях.

Отдаленные результаты ЭМА прослежены у 64 больных. Рецидив маточного кровотечения наблюдался у 4 из них. Все эти больные прооперированы в срочном порядке после восстановления объема кровопотери.

Таким образом, эмболизация маточных артерий является альтернативным методом лечения при острых метроррагиях, а также может быть использована при предоперационной подготовке у больных с рецидивным маточными кровотечениями.

ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Рахматуллаева Д.С., Шарифуллина Ф.К.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Цереброваскулярные заболевания на данном этапе развития неврологии и нейрохирургии находятся в центре внимания неврологов, нейрохирургов и организаторов здравоохранения.

Цель. Основными появлениями цереброваскулярных заболеваний являются геморрагический синдром, ишемия головного мозга, нарушение ликвородинамики, структурное поражение головного мозга, сочетающееся с развитием очаговых признаков поражения нервной системы и проявляющееся неврологическими симптомами, пароксизмальным синдромом, гиперкинезами, мышечной дистонией и др. При этом нейроофтальмологическая симптоматика проявляется парезом или параличами глазодвигательных нервов , нарушением зрительных функций в связи острым отеком сетчатки, сдавлением глазных вен , кровоизлиянием в сетчатку или распостранение их по оболочкам зрительного нерва.

Материал и методы. Нами обследованы 23 больных с цереброваскулярной патологией. Использовано сочетание классических методов диагностики с новыми диагностическими методами – МРТ и МСКТ.

Результаты и выводы. У больных были диагностированы субарахноидальные кровоизлияния, при которых, наряду с менингиальными симптомами, наблюдались снижение сухожильных рефлексов, парапарез глазодвигательного и отводящего нервов, иногда с нарушением зрительных функций. С кровоизлияниями в мозжечок был 1 больной, у него имели место волнообразные «плавающие» движения глазных яблок, расходящееся косоглазие, миоз. С мешотчатой аневризмой базальной артерии был 1 больной. Помимо мозжечковых расстройств у него отмечалось нарушение функций V,VI, VII, VIII пар черепно-мозговых нервов, а также снижение роговичного рефлекса с нерезко выраженным застоем диска зрительных нервов. С каротидно-кавернозным соустьем было 7 больных. Симптомы: пульсирующий экзофтальм, синхронный с пульсом, резкое расширение вен лица, поражение III, V, VI пар черепно-мозговых нервов, хемоз, конъюктивит, нейропаралитический кератит, тромбофлебит орбитальных вен, тромбоз центральной вены сетчатки, вторичная сосудистая глаукома, амавроз. С артериовенозной мальформацией было 2 больных. Диагноз подтвержден в результате проведения клинико-неврологического, нейроофтальмологического обследования, а также ТКДГ, КТ, МРТ и МСКТ.

Сочетание классических и современных диагностических методов для оценки эффективности применения диагностическо-лечебных комплексов должно быть одним из обязательных требований при цереброваскулярной патологии.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Рашидов М.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В неотложной урологии особого внимания заслуживают повреждения мочевого пузыря, так как они являются одним из наиболее тяжелых среди повреждений органов мочевыделительной системы. В мирное время разрывы мочевого пузыря по разным данным, составляют 0,4–15% от общего числа различных повреждений. По данным отечественных авторов летальность от них достигает 40-80%, а зарубежных 12–22%. Такой высокий показатель объясняется развитием ранних и поздних осложнений, таких как кровотечение, шок, мочевые затеки, урогематомы, эмболия и сепсис.

Ретроспективно проанализированы 62 истории болезни пациентов с повреждением мочевого пузыря, находившихся на стационарном лечении в отделении урологии и экстренной хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУз в 2004–2011 гг. Как и при всех других видах травм, сочетанные повреждения мочевого пузыря чаще встречались у мужчин – 52 (83,9%), реже у женщины – 10 (16,1%); возраст больных от 15 до 79 лет (средний возраст – 39,9). Чаще всего доставлялись пострадавшие после дорожно-транспортных происшествий – 26 (41,9%). Меньше было больны, получивши травму при падении с высоты – 18 (29%), из них более чем с 3–9 (14,5%). Ранение мочевого пузыря из-за прямого удара в эту область было у 13 (20,9%), у 3 (4,8%) больных отмечалась бытовая травма у 2 (3,2%) производственная.

Лечебно-диагностический процесс у больных проводился согласно разработанному в РНЦЭМП диагностическому алгоритму при повреждении мочевого пузыря с учетом доминирующей патологии.

В ранние сроки, в течение часа после травмы в приемный покой РНЦЭМП были доставлены 15 (24,2%) больных с признаками гематурии или уретроррагией. Эти признаки наблюдались в основном при переломах костей таза и повреждениях мочевого пузыря. В сроки 1–3 часов госпитализированы – 3 (4,8%), 3–6 часов – 12 (19,3%), 6–12 часов 5 (8,06%), 12–24 часов – 16 (25,8%), спустя 24 часа – 11 (17,7%) больных. Сочетанная травма мочевого пузыря с переломом костей таза наблюдалась у 21 (33,8%). В момент поступления в приемный покой у 37 (60%) установлен травматический шок I–II степени, у 11 (17,7%) – III–IV степени.

У 14 (22,6%) больных с повреждением мочевого пузыря и переломом костей таза и у 18 (29%) больных без перелома костей таза в послеоперационном периоде на 10–12 сутки в связи с восстановлением самостоятельного мочеиспускания удалены цистостомические дренажи. 19 (30,6%) больных, учитывая пожилой возраст, наличие инфравезикальной обструкции, были выписаны с цистостомическим дренажом. В последующем у этих больных после полного выздоровления цистостомические дренажи удалены поэтапно. От оперативного вмешательства воздержались 3 (4,8%) пострадавших с ушибом мочевого пузыря. Им проводилась антибактериальная, противовоспалительная и гемостатическая терапия на фоне установки постоянного уретрального катетера Фолея в среднем на 7–10 дней. Исход благоприятный.

Таким образом, четкая регламентация и правильность проведения диагностических и тактических мероприятий больным с повреждением мочевого пузыря и других анатомических структур путем внедрения в клиническую практику алгоритма диагностики и лечения травм мочевого пузыря, позволяет значительно повысить эффективность комплекса лечебно-диагностических мероприятий и улучшить результаты лечения.

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Ризаев К.С., Мадумаров Т.С., Рузматов А.Э., Пулатов Х.Н.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценка эффективности нутритивной поддержки у больных острым деструктивным панкреатитом.

Материал и методы. В 2001–2012 гг. в НФРНЦЭМП на лечении находились 1096 больных с деструктивными формами панкреатита, из них мужчин 492 (44,8%), женщин 604 (55,2%). Больные были в возрасте от 18 до 81 года. 252 (23,2%) пациента были подвергнуты оперативному вмешательству по поводу деструктивного панкреатита.

Результаты. Возможности современной реанимации позволяют расширить клиническое использование вариантов энтерального зондового питания как неотъемлемой части интенсивной терапии. В тощей кишке секреция и всасывание относительно автономны от ее моторно-эвакуаторной функции. Это позволяет проводить энтеральную поддержку до восстановления моторной функции кишечника в первые сутки после операции. Предпочтительным местом введения питательных смесей является тощая кишка. Зонд для энтерального питания у больных деструктивным панкреатитом обязательно должен находиться в тощей кишке как можно дистальнее (порядка 30–40 см) связки Трейтца.

При тяжелом течении деструктивного панкреатита с инфицированием очагов некроза и развитием синдрома кишечной недостаточности производили срединную лапаротомию, и после устранения очага деструкции в просвет тонкой кишки установливали многофункциональный двухпросветный назогастроинтестинальный зонд. С помощью зонда проводили декомпрессию ЖКТ, энтеральную терапию, кишечный лаваж и энтеросорбцию. Программу нутритивной поддержки составляли индивидуально с учетом питательного статуса, тяжести состояния и характера повреждения поджелудочной железы. По мере восстановления

функциональной активности ЖКТ начинали вводить 10% полуэлементные питательные смеси со скоростью не более 50 мл/ч, постепенно повышая концентрацию смеси до 20% , а объем питательной смеси доводили до 2 л в сутки. Целесообразно введение через зонд пищеварительных ферментов. Необходимое количество энергии исчисляли из расчета 20-30 ккал/кг/сут., углеводов – 4-6г/кг/сут., белков – 1,2-2г/кг/сут. Введение питательной смеси осуществляли гравитационным способом и ручным болюсным введением. На 7-8 сутки, при условии нормализации уровня амилазы и липазы крови, восстановления функциональной активности ЖКТ больных переводили на пероральный прием питательных смесей. В случае развития непереносимости энтерального питания (увеличение уровня амилазы и липазы крови, стойкий парез кишечника, тяжелая диарея и рвота) больных переводили на полное парентеральное питание с возвратом на энтеральное питание по мере восстановления функции ЖКТ. Мы применяли питательные смеси «Нутрилон». Они содержат олиго- и полисахариды, инулин, галактозу олигосахариды, пектины, сывороточные белки, а также уникальную смесь пребиотиков, которые стимулируют нормальный рост естественной микрофлоры в кишечнике, снижают количество патогенных микроорганизмов и риск возникновения инфекций. Кроме того, в составе «Нутрилона» имеется полный набор витаминов и микроэлементов. Пребиотики – это полисахариды, устойчивые к перевариванию и всасыванию в желудке, которые частично или полностью перевариваются и всасываются в тонкой и толстой кишке. В кишечнике в процессе ферментации образуются жирные кислоты, которые снижают ph кишечника. Снижение ph кишечника приводит к мягкому стимулированию перистальтики, сохранению жидкости в просвете кишечника. Снижение показателя ph делает среду кишечника неблагоприятной для развития патогенной флоры.

Вывод. Раннее применение нутритивной терапии у больных деструктивным панкреатитом способствует более быстрому восстановлению функций ЖКТ, снижению частоты инфекционных осложнений, а также уменьшению расходов на дорогостоящие препараты для парентерального питания, следовательно, возрастает экономическая эффективность проводимой интенсивной терапий в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Ризаев К.С., Эрметов А.Т., Рузматов А.Э., Алижанов А.А., Исманов А.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценка эффективности проводимого лечения с использованием объективных критериев оценки тяжести у больных острым деструктивным панкреатитом.

Материал и методы. В 2001–2012 гг. в отделениях экстренной хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП с диагнозом острый панкреатит на лечении находились 1096 больных. Из числа всех поступивших оперативному вмешательству были подвергнуты 252 (22,9%). Мужчин было 120, женщин 132. Возраст больных – от 19 до 81 лет. Причинами развития деструктивного панкреатита у 173 (68,7%) больных была желчнокаменная болезнь (ЖКБ), у 36 (14,2%) – алкоголь, у 38(14,9%)-травма поджелудочной железы, у 5 (2%) – сахарный диабет. По масштабу поражения поджелудочной железы (ПЖЖ) оперированные больные были распределены следующим образом: мелкоочаговый и субтотальный жировой панкреонекроз – у 79 (31,3%), субтотально-тотальный геморрагический панкреонекроз – у 96 (38,1%), тотальный гнойный панкреонекроз с образованием абсцесса ПЖЖ и забрюшинной флегмоной – у 77 (30,6%). В верификации диагноза и выборе метода хирургического лечения острого деструктивного панкреатита приоритетную роль играют ультразвуковое исследование, компьютерная томография и лапароскопия.

Результаты. Сроки оперативного вмешательства зависели от общего состояния больного, клинического течения болезни и степени нарастания признаков интоксикации (тяжести гемодинамических нарушений и степени панкреатогенного шока), функциональной недостаточности паренхиматозных органов, постнекротических осложнений, а также данных инструментальных исследований.

Для оценки тяжести течения панкреонекроза применяли критерии системы APACHE-II. Полученные показатели позволили выделить из числа больных с панкреонекрозом лиц с повышенным риском осложнений. При оценке тяжести состояния по APACHE-II больные распределились следующим образом: до 10 баллов были – 71, от 10 до 15 баллов – 118, более 15 баллов – 63. Из 252 больных 78 (31,1%) были оперированы в первые сутки после госпитализации. Показателями к экстренному оперативному вмешательству служили: продолжающийся панкреонекроз, деструктивный холецистит, перитонит и отсутствие эффекта от консервативной терапии и прогрессирующее ухудшение состояния больного.

Во время операции у 82 (32,5%) больных выявлено изолированное поражение ПЖЖ в области тела, у 97 (38,7%) – тела и хвоста, у 73 (28,8%) – тотальное поражение паренхимы ПЖЖ с образованием абсцесса сальниковой сумки и забрюшинной флегмоны. Местный перитонит имел место у 67 (26,6%) больных, диффузный – у 139 (55,2%), разлитой – у 46 (18,2%).

Послеоперационный период у больных со степенью тяжести более 15 баллов протекал очень тяжело с проявлением синдрома полиорганной недостаточности (21,7%). У этих больных после операции наблюдались: продолжающийся панкреонекроз с развитием забрюшинной флегмоны (11,5%), формирование абсцессов брюшной полости (10,2%), аррозивные кровотечение из ППЖ (7,4%), желудочно-кишечные (4,7%) и панкреатические свищи (12,9%), формирование псевдокист ПЖЖ (19%).

Среди больных с оценкой до 10 баллов послеоперационная летальность наблюдалась у 12,5%, от 10 до 15 баллов – у 19,8%, более 15 баллов – у 29,9%.

Заключение. Применение критериев оценки тяжести состояния больного позволяет прогнозировать возникновение ранних послеоперационных осложнений и следовательно своевременно провести профилактику грозных осложнений деструктивного панкреатита.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ЭЛЕКТРООЖОГОВ КОЖИ И КОСТНЫХ СТРУКТУР

Рузимуратов Д.А., Фаязов А.Д., Шукуров С.И., Сабитов А.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ожоги при электротравме, которые составляют лишь 2–3% от общего числа ожогов, часто становятся причиной инвалидности и летальных исходов. Летальность при поражении электричеством по разным данным составляет около 10%. Электрические ожоги образуются в результате трансформации электрической энергии в тепловую за счет сопротивляемости кожи и подлежащих тканей. Поэтому участками локализации электрических ожогов являются в основном участки входа и выхода электричества, так как, кожа обладает высокой сопротивляемостью. Ожоговые раны имеют различную глубину и площадь, от «знаков тока» до обширных ожогов IIIБ–IV степени. Образующаяся при трансформации электрическая энергия переходит в тепловую энергию, которая приводит к коагуляции и некротизации тканей. После преодоления сопротивляемости кожи электрическая энергия следует по пути наименьшего сопротивления – по нервной ткани и с кровью, поражая окружающие ткани и приводя к общим изменениям.

Электрический ток, воздействуя на поперечную и гладкую мускулатуру, приводит к спазмам, судорогам скелетных мышц вплоть до переломов костей. Спазмы мышечного слоя сосудистой стенки проявляются повышением артериального давления. Возникающие при этом органические поражения обусловливают в последующем часть аррозивных кровотечений

За период с 2001 по 2012 гг. были госпитализированы 416 больных с электротравмами. По нашим наблюдениям, число таких пострадавших из года в год увеличивается. Средний возраст пострадавших 17,5±16,2 года (от 6 месяцев до 80 лет). Мужчин было 317 (76,2%), женщин – 99 (23,8%). 185 (44,5%) пострадавших были трудоспособного возраста от 19 до 60 лет. Большинство пострадавших – 231 (55,5%) – дети и подростки, половина из которых в возрасте от 1 года до 6 лет.

Электротермические поражения характеризуются ограниченной площадью ожога. Только у 48 (11,5%) пострадавших этой группы общая площадь термического поражения превышала 10% п.т., у 169 (40,6%) «знаки тока» занимали площадь менее 1% п.т., у 102(24,5%) имело место поражение от 1 до 3% п.т., у 97 (23,3%) – 3–10% п.т.

Оперированы 109 (26,2%) больных с глубокими и распространенными ожогами, у которых мы старались придерживаться активной хирургической тактики. В ранние сроки после травмы некрэктомия выполнена у 96 (47,5%) пациентов, у 42 (20,8%) оперированных она дополнена остеонекрэктомией костей свода черепа, у 27 (13,4%) – фасциотомией в первые 6-12 часов после поступления в клинику. При обширных и глубоких ожогах после некрэктомии дефекты кожи закрывали временными раневыми покрытиями «Васкопран» и «Парапран» с различными вариантами.

Существенная глубина некроза при электроожогах требует решения вопроса об ампутации и экзартикуляции. Показанием к ампутации служит тотальный некроз мягких тканей конечностей или их сегментов с вовлечением в процесс суставов, магистральных сосудов и нервных стволов. К ампутации и экзартикуляции сегментов конечностей пришлось прибегнуть у 33 (16,3%) пострадавших. У 4 (1,9%) пациентов вмешательства выполнены по поводу комбинированных поражений: одному больному – лапаротомия, ушивание разрыва печени, 3 – ПХО ран, в том числе перевязка кровоточащего сосуда у 1.

У 81 оперированного после формирования грануляционной ткани произведена аутодермопластика, у 1 операция дополнена аллопластикой, еще у 1 пациента выполнена пластика по Борхину-Конверсу, у 1 – формирование филатовского стебля.

Одной из наиболее сложных форм электротермических поражений является остеонекроз костей свода черепа, который наблюдался у 29 (9,2%) наших больных. Изолированные некрозы костей свода черепа были у 19 (65,5%) пострадавших, у 10 (34,5%) больных они сочетались с ожогами других локализаций на площади от 5 до 80% поверхности тела. Для количественной оценки поражений костей свода черепа использован метод рентгеноденситометрии. С целью уточнения площади остеонекрэктомии рентгеноденситометрию проводили на нескольких участках ожоговой раны, а также в зоне здоровой костной структуры черепа. Рентгеноденситометрические исследования показывали, что в зоне некроза практически отсутствует минерализация кости, которая постепенно переходит в нормальную. Степень регенерации костной ткани оценивали также после ее активной стимуляции путем наложения фрезевых отверстий.

Учитывая такие особенности электротравмы, как поражения субфасциальных структур (сосудисто-нервные пучки, мышечная ткань и сухожилия), высокую вероятность развития последствий электротравмы, этих больных в последующем направляли для проведения курсов консервативной реабилитации.

Таким образом, современный подход к хирургическому лечению электроожогов включает: применение методов активной хирургической тактики с использованием временных раневых покрытий и последующее проведение курса консервативной реабилитации, что во многом предопределяет благоприятный исход результатов лечения.

ГИПЕРОКСИЧЕСКИЙ САНОГЕНЕЗ ПРИ ЭНДОГЕННОЙ АММИАЧНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Савилов П.Н.[1,3], Молчанов Д.В.[2,3]

[1]ТОГБУЗ «Тамбовская ЦРБ», Тамбовская обл.,
[2]ФГБУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии», Москва,
[3]ФГУВО и ПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко», Воронеж

Одной из проблем реабилитации «живых доноров» части печени является развитие в послеоперационном периоде эндогенной аммиачной интоксикации в результате нарушения основных путей детоксикации аммиака в печени – образования глутамина и синтеза мочевины (Savilov P.N.et al., 1997) .

Цель исследования. Изучение некоторых механизмов лечебного действия ГБО при эндогенной аммиачной интокскации, вызванной резекцией здоровой печени (РП).

Материал и методы. Исследования проведены на 154 беспородных половозрелых белых крысах-самках. Контрольную группу (к.гр.) составили животные с РП, которую осуществляли удалением электроножом части левой доли органа (15-20% от его массы). В опытную группу (оп.гр.) вошли животные с РП и ГБО, которую применяли в первые трое суток после операции в режиме 3 ата, 50 мин по одному сеансу в сутки. Животных исследовали на 3-и сутки после РП. Объектами изучения служили ткани средней доли печени и почки, а также артериальная кровь (АК, аорта), кровь воротной вены (КВВ), кровь печёночных вен (КПечВ), кровь почечной вены (КПочВ), моча. В указанных объектах определяли содержание аммиака (Ам) и глутамина (Гн).

Результаты. Если на 3 сутки после РП концентрация Ам в АК, превышала норму (0,104 ± 0,004 ммоль/л) на 46% (p<0,05), то при ГБО формирование послеоперационной артериальной гипераммониемии *устранялось.* Это достигалось *торможением в условиях гипероксии* выделения оперированной печенью Ам в кровь. В результате его концентрация в КПечВ у животных оп. гр. превышала норму (0,087±0,006 ммоль/л) на 20% (p<0,05), тогда как в к.гр. - на 93% (p<0,05). Если у животных к.гр. концентрация Ам в ткани печени на 55% превышала норму (0,94 ± 0,04 ммоль /кг вл. ткани), то у животных оп.гр. она достоверно не отличалась от неё. Одна из причин- стимулирующее влияние ГБО на образование Гн в оперированной печени (Савилов П.Н., 2010). Это объясняет сохранение у животных оп.гр концентрации Гн в КПечВ в пределах нормы (0,828±0,014 ммоль/л), тогда как в к.гр она была снижена на 35% (p<0,05). Если у животных оп. гр концентрация Ам в КВВ снижалась на 38% (p<0,05) к норме (0,352±0,013 ммоль/л), то у животных к.гр только на 20%. Это указывает на *прогрессирование в условиях гипероксии* послеоперационной портальной гипоаммониемии., т.е снижение аммонийной нагрузки на гепатоциты. У оксигенированных крыс с РП это достигается за счет активного вовлечения Ам в образование Гн энтероцитами (Савилов П.Н., 2012). Последнее детерминирует *прогрессирование в условиях гипероксии* послеоперационной портальной гиперглутаминемии. Поэтому, если у животных к.гр. содержание Гн в КВВ превышало норму (0,538±0,022 ммоль/л) на 35% (p<0,05), то у оксигенированных крыс в 2 раза. Последнее объясняет обнаруженную ранее (Savilov P.N. et al., 1997) стимуляцию Гн-зависимого пути синтеза мочевины в оперированной печени при ГБО. Устраняя при РП артериальную гипераммониемию, ГБО *усиливает* экскрецию ионов аммония с мочой, в результате их содержание в ней превышало норму (1, 12±0,12 ммоль/л) на 68% (p<0,05). Одной из причин этого является *снижение реабсорбции* Ам в собирательных трубочках, что приводит к уменьшению на 19% (p<0,05) его содержания в КПочВ к норме (0,127±0,007 ммоль/л). Другой, – стимуляция дезамидирования в почках «артериального» Гн (Молчанов Д.В., 2012). При этом в условиях ГБО *ингибировалось накопление* Ам почечной тканью: его концентрация была ниже нормы (1,95 ± 0,11 ммоль/кг вл. ткани) 26% (p<0,05), тогда как в к.гр. превышала её на 45% (p<0,05). Формирование артериальной гиперглутаминемии у животных к.гр. не приводило к достоверным изменениям концентрации Гн в почках относительно нормы (2,41 ± 0,18 ммоль/кг вл. ткани), в отличие от оп.гр, где она была увеличена на 31% (p<0,05). Если учесть. что ГБО *предупреждала* увеличение концентрации Гн в КПочВ, которая в к.гр. превышала норму (0,441±0,01 ммоль/л) на 38% (p<0,05), то можно говорить *о задержке в почках* оксигенированнх крыс Гн, образованного нефроцитами. При этом стимулирующее влияние ГБО на образование «почечного» Гн следует рассматривать как одну из причин развития «дефицита» аммиака в почечной ткани оперированных крыс в условиях гипероксии.

Заключение. Одним из механизмов гипероксического саногенеза эндогенной аммиачной интоксикации при РП является изменение в гипероксических условиях метаболизма в оперированном организме обратимой формы связывания аммиака- Гн. Стимулируя потребление оперированной печенью «портального» Гн, ГБО одновременно устраняет причины, препятствующие активации образования Гн самими гепатоцитами и активирует поступление «печёночного» Гн в кровоток. Одновременно с этим в почках при ГБО активируется дезамидирование «артериального» Гн, что детерминирует повышенную секрецию аммиака в почечные канальцы. Одновременно с этим тормозится поступление Ам из почек в кровоток, чему способствует увеличение образования в нефроцитах «почечного» Гн с частичной задержкой последнего в почечной ткани.

ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Садыков Р.А., Тешаев О.Р., Садыков Р.Р., Муродов А.А.

Ташкентская медицинская академия

Гнойные осложнения остаются нерешенной проблемой в хирургии и достигают 5–30%. Внутрибольничная инфекция, как правило, оказывается резистентной ко многим антибиотикам. Фотодинамическая терапия (ФДТ) открывает новые возможности в лечении антибиотико-резистентных штаммов бактерий.

Цель. Изучение возможностей ФДТ в профилактике гнойных раневых осложнений.

Материал и методы. Изучен опыт выполнения оперативных вмешательств с использованием высокоэнергетических лазеров на мягких тканях у 86 пациентов, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в Республиканском специализированном центре хирургии им. акад. В.Вахидова. ФДТ заключалась в нанесении фотосенсибилизированной мази на поверхность операционной раны и, в последующем, через 3–12 часов темновой фазы, облучении специальным источником красного излучения аппаратом Фодус-1. Длительность облучения до 20 минут с плотностью мощности 200 Дж/см^2. Критериями оценки эффективности ФДТ служили сроки заживления раны, состояние раны, характер отделяемого, бактериологический контроль раны. Оценку результатов проводили на 3,7,14 сутки после операции. Методика и стандартные растворы разработаны по Гранту АТСС 31–8. Для ФДТ использовались низкоэнергетические лазеры и аппарат ФДУ-1.

Результаты. В контрольной группе сроки заживления ран доходили до 18–20 суток. В качестве антисептиков использовались мази, дезинфицирующие растворы. Нагноение раны наблюдалось в 12% случаев, в виде удлинения сроков заживления, появления отделяемого из раны в виде сукровицы.

Сроки заживления ран у больных основной группы в среднем составили 12±2 дней (96%). Более длительный срок заживления раны был связан с глубиной лазерной деструкции. Заживление раны проходила под струпом, без признаков воспаления. Рана велась открыто , без наложения повязок.

Заключение. ФДТ представляется новым и эффективным методом лечения и профилактики гнойной инфекции. ФДТ одинаково эффективен в отношении антибиотикорезистентных штаммов бактерий.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ

Садыков Р.Р., Тешаев О.Р., Садыков Р.А., Рузиметов Х.Ф.

Ташкентская медицинская академия

Высокая урбанизация и рост населения привели к увеличению частоты травматизма. Среди всех травм мирного времени 3 место занимают ожоговые травмы. Большая доля приходиться на термические ожоги. Летальность достигает 5,5%. Развитие грубых рубцов и стягивающих контрактур (26%) становится причиной инвалидизации данной категории больных. Ожоги кожи I-II-III а степени составляют 60%, III б 30%, и IV степени – 10%. Неминуемое инфицирование ожоговой поверхности госпитальными штаммами патогенной флоры приводит к развитию осложнений и увеличению сроков пребывания больных в стационаре. Бактериальная флора раны носит смешанный характер, что затрудняет выбор антисептиков и снижает эффективность. В последнее время широкое применение получил метод антимикробной фотодинамической терапии (ФОТ), который обладает выраженным эффектом в отношении резистентных штаммов микробов, а также ингибирующим эффектом на избыточный рост рубцовой ткани.

Цель. Изучение возможностей ФДТ в комплексном лечении больных с термическими ожогами кожных покровов.

Материал и методы. В ожоговом отделении 1 городской больницы в 2011 г. на лечение находились 30 пациентов с термическими ожогами. Больные с ожогами I–II ст. – 40%, IIIа – 15%, IIIб – 25%, IV – 20%. Часто у одного пациента наблюдалось сочетание II–IIIа-б-IV степени ожога. Ожоги конечностей имели место у 50%, ягодичной области – у 20%, спины, живота 5% – у 3%, лица, головы – у 12–10%. Всем больным проводились стандартные методы обследования. ФОТ проведена 10 пациентам с использованием фотосенсибилизатора (ФС) метиленовая синь 1 молярный водный раствор. Рану облучали установкой Восток «ФДУ-1» в течение 30 мин, плотностью мощности 200 мВтсм^2 с длиной волны 635–650 нм. Эффективность метода оценивали по обесцвечиванию фотосенсибилизатора, по качественному и количественному составу раневой микрофлоры, данными планиметрии, морфологических исследований на светооптическом уровне, характеру сформировавшегося рубца и по длительности пребывания больного в клинике.

Результаты. В ходе исследования нами установлен выраженный антимикробный эффект ФДТ с использованием 1 молярного раствора ФС. Уменьшение количества гнойного отделяемого с поверхности раны наблюдалось уже после первого сеанса. При ожоге I–II ст. ФДТ позволяет, наряду с антимикробным эффектом, ускорить эпителизацию раны без формирования грубых рубцов. У 4 пациентов после 2 сеанса ФДТ отмечалась активная эпителизация поверхности. Количество койко-дней составило 6±1. При ожоговых ранах IIIа степени также отмечено уже после первого сеанса лечения уменьшалось гнойное отделяемое. Активные грануляции появлялись на 5 сутки, с началом краевой эпителизации. Раны заживали с формированием нежного рубца, без келоидной трансформации. Количество койко-деней составило 10±1,5.

При III б, 1V степени фотодинамическая терапия носила подготовительный характер и оказалась эффективной для раннего начала пластических операций. У данной категории больных ФДТ позволила уменьшить количество гнойного отделяемого и стимулировать появление грануляций. При этом активно гранулирующая ткань появлялась на 7-9 сутки, число сеансов ФДТ составило 5 ± 1,2. Количество койко-дней, при проведении ранней некрэктомии и свободной кожной пластики составило 15±1,5 дней.

Заключение. Метод фотодинамической терапии является эффективным в комплексном лечении ожоговых ран, обладает выраженным антимикробным действием, а также способствует стимуляции эпителизации раны, без формирования грубых рубцов. ФДТ может быть основным методом лечения при ожогах I, II, IIIa степени, а при III б- IV степени используется на этапе подготовки к аутотрансплантации кожи.

THE SURGICAL TREATMENT OF THE FAILED BACK SURGERY SYNDROME

Saidov S.S., Yuldashev R.M., Djumanov K.N., Norov A.U., Babahanov F.H., Matmusaev M.M., Halikov Sh.A., Mirzabaev M.D.

Republican Scientific Centre of Neurosurgery, Tashkent

The failed back surgery syndrome(FBSS) is a long or reiterative chronic pain in lower part of back and/or in leg after a successful from anatomical standpoint operation on spine.

Material and methods. During the 2011–2012yy in the Republican scientific centre of neurosurgery were operated 34 patient with FBSS. All pathient passed neurological and instrumental study(MRI, functional Xray films in lumbar division, CT, MSCT, ENMG.). Radicular pains prevailed in the majority of patients.

Results. Patients with neurological symtoms presented with a motor deficit, sensitive deficit and breach to functions of pelvic organs in different levels. 7 patients with spinal stenosis were operated decompression laminectomy with the following spondilodesis with transpedicular fusion system, 7 patents with recidive hernia disc with spinal instability were operated removing of the hernia disk with following spondilodesis cage and epidural transposition fat, 7 cases were operated removing epidural fibrosis with epidural transposition fat, 12 patients with recidive hernia disk were operated on the removing recidive hernia disk and epidural transposition fat (5 cases true recidive hernia disk, 4 cases on the contralateral side and 3 cases adjacent(another) level), in one case there was the mistake on the level. From these patients 1 cases were operated 7 times, 6 cases were operated 3 times and other were operated two times.

After operation low back pain syndrome and neurological symptoms regressed in majority of cases. Good results were among 20 cases, satisfactory 11 and 2 cases conditions after operation remained without changes.

Conclusion. Thereby surgical tactics at treatment of FBSS by a surgical etiology remains by the choice of the method of treatment.

НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПОЗВОНОЧНИКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Саидов С.С., Бабаханов Ф.Х., Матмусаев М.М., Халиков Ш.А., Мирзабаев М.Д.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Синдром оперированного позвоночника – длительная или повторяющаяся хроническая боль в нижней части спины и/или в ногах после успешной с анатомической точки зрения операции на позвоночнике.

Цель. Выяснение, этиологии болевого синдрома у больных, оперированных по поводу грыж поясничных межпозвонковых дисков, нестабильности в оперированных сегментах и ее значения в генезе остаточных болевых синдромов.

Материал и методы. Ретроспективно изучены истории болезни и амбулаторные карты 426 больных, оперированных в Республиканском научном центре нейрохирургии в 2007–2008 гг. по поводу грыж поясничных межпозвонковых дисков. Важным было выявление нестабильности во время операции в одном или двух оперированных сегментах. Все больные разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 312 (73,2%) больных, у которых во время операции нестабильность не выявлена или не было указания на ее наличие в истории болезни, во 2-ю – 114 (26,8%) больных, у которых на операции обнаружена нестабильность в одном или двух смежных сегментах.

Результаты. Отдаленные результаты лечения распределялись следующим образом: в 1-й группе отличный результат получен у 258 (82,7%) больных, хороший – у 48 (15,4%), удовлетворительный – у 6 (1,9%). Во 2-й группе – соответственно у 96 (84,2%), 12 (10,53%) и 6 – (5,26%). Как видно из приведенных данных, отличные и хорошие результаты в обеих группах в процентном соотношении были примерно одинаковыми.

У 15 (13,2%) больных 2-й группы отмечался той или иной степени выраженности остаточный болевой синдром, из них у 6 больных боли только в пояснице были связаны с физическими нагрузками и положением тела, у 9 интенсивность болей не зависела от положения тела и носила периодический характер, у 6 сохранялся уплощенный лордоз, у 3- сколиоз. Тем больным обеих групп, у которых сохранялись боли в пояснице, связанные с положением тела и физическими нагрузками (6 больных 1-й и 6 – 2-й группы) произведены функциональные рентген снимки в положении максимального сгибания и разгибания поясничного отдела

позвоночника. Выявлен антелистез с максимальным смещением до 4 мм у 5 больных 1-й и 4 больных 2-й группы, ретролистез с максимальным смещением до 3 мм у 1 больной 1-й и 2 больной 2-й группы.

Выводы. 1. Нестабильность, визуально определяемая у больных с грыжами поясничных межпозвонковых дисков во время операции, в отдаленном периоде проявляется и рентгенологически.

2. В отдаленном послеоперационном периоде нестабильность в генезе остаточных болей играет значительную роль.

3. Устранения болевого синдрома при нестабильности одного или более сегментов путем спондилодеза требует дальнейшего исследования.

СИНДРОМ ОПЕРИРОВАННОГО ПОЗВОНОЧНИКА — ПРИМЕНЕНИЕ ЗАДНЕГО МЕЖТЕЛОВОГО СПОНДИЛОДЕЗА

Саидов С.С., Джуманов К.Н., Юлдашев Р.М., Мирзабаев М.Д.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Задняя межтеловая стабилизация (posterior lumbar interbody fusion) пояснично-крестцового отдела – одновременное воздействие на патологию, охватывающую переднюю и заднюю колонны позвоночника из одного хирургического доступа и восстановление высоты межтелового промежутка титановым кейджем.

Цель работы. Оценка надежности метода задней стабилизации межтеловыми титановыми кейджами при заболеваниях нижнепоясничного отдела позвоночника.

Материал и методы. В 2010–2013 гг. были оперированы 35 больных (20 женщин и 15 мужчин) в возрасте от 32 до 71 года (средний возраст 44,9 года). Период наблюдения составил от 12 до 24 месяцев. Хирургическая операция при спондилолистезах I-II степени и стенозах заключалась в декомпрессии задних структур позвоночного канала путем ламинотомии и задней межтеловой стабилизации титановыми кейджами. При нестабильности, рецидивных грыжи диска операция ограничивались частичной резекцией смежных дужек с удалением нижних суставных отростков вышележащего позвонка и задней межтеловой стабилизацией кейджами.

Результаты. Полный регресс болевого синдрома и возвращение к работе получен у 20 (57,1%) больных. Значительное улучшение состояния, которое проявлялось уменьшением интенсивности болей и периодическим приемом обезболивающих препаратов, отмечалось у 10 (28,7%) больных. О незначительном улучшении – периодическом приеме НПВС и/или обезболивающих препаратов – говорили 4 (11,4%) больных. Ухудшение в виде усиления корешковых болей было у 1 (2,85%) больного.

Техника заднего межтелового спондилодеза поясничного отдела позвоночника (PLIF) делает возможной полную декомпрессию нервных образований внутри позвоночного канала, обеспечивая одновременно достаточную стабильность позвоночника. Нервные корешки освобождаются благодаря декомпрессии. Межтеловой имплант удерживает и сохраняет первоначальную высоту межтелового промежутка, а также нормальные анатомические соотношения между нервными и костными структурами (корешковое межпозвонковое отверстие), создавая хорошие условия для артродеза. В случае истинного спондилолистеза и патологической подвижности в позвоночно-двигательном сегменте кейджи стабилизируют его, устраняют его патологическую подвижность и предупреждают дальнейшее развитие заболевания.

Выводы. 1. Титановый имплант является безопасным материалом.

2. Задняя межтеловая стабилизация позволяет рано активизировать больных и не ограничивает их активность.

3. Технику PLIF следует признать безопасной для лечения болевых синдромов пояснично-крестцового отдела позвоночника.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕНИНГИОМ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сариев А.У., Бурнашев М.И.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Материал и методы. В отделении общей нейрохирургии РНЦН в период с 01.03.2013 по 01.07.2013 гг. оперированы 26 больных с супратенториальными менингиомами головного мозга. При диагностике менингиом чаще всего использовалась МРТ, а 6 пациентам с целью уточнения вовлеченности костных структур произведено МСКТ головного мозга в костном режиме, что позволило выяснить степень поражения и распространения опухоли. Возраст больных – от 19 до 72лет. Функциональное состояние оценивалось по шкале Карновского.

Результаты. Хорошая визуализация опухоли в дооперационном периоде давала возможность заранее определить степень радикальности операции. При оценки степени радикальности использовалась классификация Симпсону. 17 пациентам произведен широкий доступ с выполнением трепанации костно-пластическим способом с дальнейшим установлением костного лоскута. У остальных больных осуществлена резекционная декомпрессивная трепанация черепа с целью радикализации операции 7 больным и вследствие развившего отека головного мозга.

Операции всем больным проводились с использованием микрохирургического инструментария и микроскопа. Ретроспективный анализ показал, что удаление по Симпсону I проведено у 12 больных, по Симпсону II – 10. У 4 пациентов радикальность составила по Симпсону III и IV, что было обусловлено глуби-

ной распространения и функциональностью значимых зон в месте поражения.

В послеоперационном периоде с целью профилактики борьбы с возможными осложнениями в виде отека мозга и вторичных ишемических нарушений мы использовали дегидратационную терапию реосорбилактом и сорбилактом, у последнего дегидратационный эффект был выше. В послеоперационном периоде у больных наблюдалось улучшение качества жизни, о чем свидетельствовало повышение индекса по шкале Карновского.

Выводы. 1. Адекватная дооперационная диагностика позволяет планировать радикальность инвазии при супратенториальных менингиомах головного мозга. 2. Использование микрохирургических методов способствует снижению риска развития неврологических осложнений и улучшению качества жизни. 3. В послеоперационном периоде необходим постоянный контроль внутричерепного давлением и проведение адекватной терапии.

СИНДРОМ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Сафаров М.Н., Юлдашев Б.Б., Жумаев Б.Э.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Жировая эмболия сопровождает от 60 до 90% скелетных травм, но синдром жировой эмболии (FES– fat embolism syndrome), когда появляется выраженная клиническая симптоматика, встречается лишь у 5–10% пострадавших, а смерть развивается в 1–15% случаев. К факторам риска развития жировой эмболии относятся травматический шок, тяжелая механическая травма костей таза, голени и бедра; отсутствие или недостаточность транспортной иммобилизации; транспортировка больного в острый период травматической болезни из одного лечебного учреждения в другое, частые попытки репозиции переломов и «травматичная» операция. При наличии у больного 2 и более из перечисленных факторов, следует считать вероятность развития синдрома жировой эмболии высокой.

В 2009-2012 гг. в Бухарском филиале РНЦЭМП мы наблюдали 27 больных, у которых на фоне тяжелой скелетной травмы развился различной степени тяжести и формы синдром жировой эмболии. Из них лиц мужского пола было 15, женского – 12, возраст – от 20 до 78 лет. Перелом бедра отмечался у 11 больных, перелом костей голени у 7, у 8 больных диагностирована сочетанная, у 1 – комбинированная травма. Все больные были госпитализированы в состоянии травматического шока различной степени. Самотеком поступили 19 больных, 3 больных были переведены из другого стационара. Пациентам, которые поступали самотеком, не произведена адекватная иммобилизация конечностей и транспортировка. В связи с этим у всех больных развилась клиника синдрома жировой эмболии. У 3 пациентов, которые были переведены из других стационаров, из анамнеза выяснилось, что они были госпитализированы в ЦРБ без соответствующей иммобилизации и транспортированы на легковом автомобиле.

Диагностическими критериями синдрома жировой эмболии явилось раннее нарушение сознания (от легкого оглушения до комы), психические нарушения, острая дыхательная недостаточность по механизму СОПЛ/РДСВ, петехиальные высыпания на коже, стойкая немотивированная тахикардия, несмотря на адекватное восполнение ОЦК и обезболивание, гипертермия по типу постоянной лихорадки (до 38-40°С); выявление капель нейтрального жира в биологических жидкостях (моча).

Всем больным с момента поступления начинали противошоковые мероприятия (введение наркотических анальгетиков, кортикостероидов, препаратов ГЭК, остановка кровотечения и иммобилизация конечностей) и массивная инфузионная терапия. С целью адекватной доставки кислорода к тканям пациентам подключена система с подачей увлажненного кислорода, 14 больных переведены на ИВЛ путем протезирования дыхательных путей интубацией трахеи. Для предотвращения системных расстройств микроциркуляции применены препараты на основе сорбитола (реосорбилакт) и антиагрегант пентоксифиллин (трентал) до 1200 мг/сут. Для ликвидации анемии проводили гемотрансфузию отмытой эритроцитарной массы. Медикаментозная терапия гипоксии мозга, борьба с патологической импульсацией включала антигипоксанты (ГОМК, сибазон), опиаты (промедол, морфин).

При высоком внутричерепном давлении, выявленном по данным клиники и люмбальной пункции, использовали осмотический диуретик с наименьшим феноменом отдачи глицерин. Нейрометаболическая терапия и биостимуляция включала курсовое введение препаратов пирацетам, мельдоний, церабин-Ц, нейромидин. С целью коррекции системы коагуляции и фибринолиза применяли низкомолекулярный гепарин клексан до 0,8 п/к. Для восстановления физиологического растворения дезэмульгированного жира в крови и профилактики дезэмульгирования применяли эссенциале до 40 мл/сут. Необходимым компонентом лечения являлся 33% этиловый спирт до 300 мл/сут. Во время интенсивной терапии с целью поддержки ОЦК применяли препараты ГЭК (рефортан, гекодез). После стабилизации показателей гемодинамики больным проведена оперативная стабилизация переломов, которая является важнейшей в лечении пациентов с синдромом жировой эмболии после тяжелой скелетной травмы.

Выход больных из критического состояния происходил на 9–56 сутки. 5 больных на фоне проведения интенсивной терапии в результате прогрессирования явлений полиорганной недостаточности погибли. 22 больных выписаны домой с улучшением после оперативного вмешательства.

Комплексное лечение больных с СЖЭ оказалось эффективным более чем в 80% случаев.

Таким образом, профилактика жировой эмболии после тяжелой скелетной травмы должна начинаться на догоспитальном этапе и включать соответствующую иммобилизацию, транспортировку и адекватное обе-

зболивание. После госпитализации нужно незамедлительно начать массивную инфузионную терапию, обеспечить адекватное обезболивание, раннее применение эмульгаторов и оперативную стабилизацию переломов после стабилизации центральной гемодинамики.

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

Сафаров Х.О., Шодиев А.С., Хусенов О.Н., Ёдгоров У.И.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Часто по линии санитарной авиации в РНЦЭМП Бухарского филиала отделения токсикологии и ЭКД поступают вызовы из областных субфилиалов и сельских врачебных амбулаторий (СВА) об острых отравлениях. Как правило, сельские врачи не могут оказать специализированную помощь. Самые отдаленные субфилиалы находятся в 100–120 км, а СВА – в 150–225 км от города Бухары. До организации консультативной помощи специалиста проходит несколько часов из-за расстояния. Всем известно, что лечение проводится с учетом вида, пути поступления, особенностей фармакокинетики, фармакодинамики яда и стадии острых отравлений. Распределение токсических веществ в организме зависит от трех основных факторов: пространственного, временного и концентрационного. Пространственный фактор включает пути поступления, выведения и распространения яда. Временной фактор характеризует скорость поступления яда в организм, его разрушения и выведения, т.е. он отражает связь между временем действия яда и его токсическим эффектом. Концентрационный фактор, т.е. концентрация яда в биологических средах, в частности в крови, считается основным в клинике отравления.Отравление чаще возникает внезапно, развивается очень быстро, и в случае промедления в оказании медицинской помощи может привести пострадавшего к смерти в первые же часы после отравления.Вполне понятно, что в такой ситуации необходима быстрая ориентация врача в своеобразной патологии, умение распознать природу отравления, готовность немедленно принять необходимые срочные меры по обезвреживанию яда и устранению наиболее опасных клинических симптомов. Наиболее часто на догоспитальном этапе врач оказывает помощь в токсикогенной фазе острого отравления. Качество проведенного именно на этом этапе лечения оказывает решающее влияние на прогноз и исход заболевания.

Цель. Повышение качества лечения, предоставление информации об антидотной терапии при отравлениях и снижение летальности в следствии острых отравлений с помощью средств связи.

Произведен ретроспективный анализ структуры токсикологических вызовов РНЦЭМП Бухарского филиала. По районам области в 2002–2012 гг. было осуществлено 423 вызова по линии санитарной авиации к 527 больным с острыми отравлениями химической этиологии. По данным токсикологического мониторинга с острыми лекарственными отравлениями были 211 (40,2%) больных, отравлениями прижигающими ядами– 74 (14,1%), угарным газом – 68 (12,9%), этаноловыми интоксикациями – 57 (10,8%), отравления токсическими веществами, содержащимися в пищевых продуктах – 52 (9,8%), биологическими ядами (укусы змей, насекомых) – 33 (6,2%), фосфорорганическими соединениями – 24 (4,5%), отравлениями нефтепродуктами – 8 (1,5%). 63% составляли женщины. У 120 (22,7%) пациентов была легкая, у 183 (34,7%) – средняя и у 224 (42,6%) тяжелая степень отравления. Летальность составила 2,4% (13 больных). Пострадавшие поступали в стационар от 2 до 12 часов после отравления, а в течение 12–24 часов была организована консультативная помощь специалистом-токсикологом по линии санитарной авиации. С 2009 г. внедрена программа «Poison». В программе имеется база данных: «Отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами» (T36-T50). «Токсическое действие веществ преимущественно немедицинского назначения» (T51-T65 по МКБ-10). После поступления вызова в отделение токсикологии немедленно проводился сбор анамнеза острого отравления, лечащий врач информировался о токсичных дозах, клинических симптомах, антидотной терапии и методах лечения до приезда токсиколога-консультанта с целью уменьшения токсикогенной фазы отравления. С 2010 г., чтобы в любое время дня и ночи получить подробные инструкции от квалифицированных врачей, токсикологическое отделение пропагандировало свои услуги в областных СМИ.

Контрольную группу составили 298 вызовов, в которых 349 больным оказана консультативная помощь специалистов-токсикологов по линии санитарной авиации. Исследуемую группу составили 125 вызовов к 178 больным. С первых часов поступления вызова врач информирован о токсичных дозах, клинических симптомах, антидотной терапии и методах лечения до приезда консультанта. У больных, получавших помощь информированного врача по телефону, значительно уменьшилась длительность токсикогенной фазы отравления. Количество койко-дней уменьшилось с 3,6 в 2002–2008 гг. до 2,3 в 2009–2012 гг. Общая летальность от острых отравлений период снизилась с 3,3% в 2000–2008 гг. до 2,2% в 2009–2012 гг.

Таким образом, предоставленная информационно-консультативная помощь лечащему врачу для оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе способствует значительному совершенствованию токсикологической службы по линии санитарной авиации.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ ШОШИЛИНЧ УРЕТРОЛИТОТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДА КОМБИНАЦИОН НАРКОЗ

Собиров О.А., Очилов У.Х., Болтаев Э.Р, Бекчанова Ю.Х.

РШТЁИМ Хоразм филиали

Сурункали буйрак етишмовчилиги бўлган беморларда тошнинг сийдик йўлларидаги обтурацияси уремия ҳолатининг прогрессив ривожланишига сабаб бўлади.Бу ҳолат шошилинч тиббиётда анестезиологлар олдига мураккаб вазифалар қўяди.Умумий оғриксизлантиришда ишлатиладиган анестетикларнинг организмдан чиқиб кетишининг қийинлашуви операция давомида ва операциядан кейинги даврда наркознинг асоратлари кўпайишига сабаб бўлади. Умумий анестезиянинг спинал анестезия билан комбинациясидан асосий мақсад сурункали буйрак етишмовчилиги бўлган беморларнинг уретролитотомия операциясида наркознинг асоратларини камайтиришдан иборат.

Максад. Сурункали буйрак етишмовчилиги мавжуд беморларда наркоз асоратларини ургаииш.

Материал ва методлар. РШТИМ Хоразм филиали урогинекология бўлимида сурункали етишмовчилиги аниқланган 51 нафар беморга комбинацион наркоз билан уретролитотомия операцияси ўтказилди.Беморлар ўртача 40 дан 72 ёшгача бўлиб, уларнинг 21 нафарини (41,2%)аёллар, 30 нафарини (58,8%) эса эркаклар ташкил қилди.Уларкеракли миқдордаги клиник ҳамда лаборатория текширувларидан ўтказилди.

Операциядан 30 дақиқа олдин премедикация мақсадида атропин 0,1%-1 мл +промедол 2%-1 мл +димедрол 1%-1 мл мушак орасига юборилди.Бемор ўтирган ҳолатда VL1-VL2 соҳасидан спинал бўшлиққа бупивикаин анестетикининг 0,5% изобарик эритмасидан 0,2 мг/кг дозада юборилди. Умумий оғриксизлантиришда индукция пофол, фентанил ҳамда миорелаксант дитилиндан фойдаланиб интубация қилинди. Асосий наркоз учун фентанил ва пофолдан фойдаланилди. Интероперацион асоратлар сифатида тахикардия 140 марта/дақиқасига – 0,4%,брадикардия 40 марта/дақиқасига – 0,2 %,артериал гипертензия 180 мм.сим.уст дан юқори – 0,9%,бўлмача ва қоринча аритмиялари – 0,8%,миокард ишемияси – 0,1% ҳолатларда кузатилди.

Хулоса. ўтказилган муолажалар натижасида сурункали буйрак етишмовчилиги бўлган беморларга уретролитотомия операцияларини ўтказиш жараёнида комбинацион наркозни қўллаш орқали операция давомидаги ва операциядан кейинги даврдаги асоратларни сезиларли даражада камайтиришга эришилди.

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Сойибов И.Э., Мирзабаев М.Д., Умаров А.Х.

Республиканский научный центр нейрохирургии

У больных с черепно-мозговой травмой на фоне заболеваний сердечно-сосудистой системы, наблюдается своеобразная клиническая картина, которая зависит не только от тяжести повреждения мозгового вещества, но и от преморбидного состояния организма. Прогрессивный рост частоты черепно-мозговой травмы, с одной стороны, увеличение заболеваний сердечно-сосудистой системы (ГБ, ССН и ИБС) обусловливают частое сочетание этих видов патологии у лиц пожилого и старческого возраста.

Цель. Изучение влияния заболеваний сердечно-сосудистой системы на течение черепно-мозговых травм в остром периоде, а также воздействия повреждений мозга на динамику предшествовавшей сердечно-сосудистой патологии.

Материал и методы. Проведено обследование 46 больных в возрасте от 60 до 82 лет с тяжелой черепно-мозговой травмой на фоне заболевания сердечно-сосудистой системы, из них 21 мужчина и 25 женщин. Всем больным проведено обследование, включающее КТ (МРТ), Эхо ЭГ, ТКДГ, ЭКГ, осмотр окулиста и терапевта.

Результаты и обсуждение. У 21 больного на КТ обнаружена субдуральная гематома лобно-височной и лобно-теменной локализации, у 23 – эпидуральная гематома, у 3 – внутримозговая гематома, у 2 из которых она сопровождалась субарахноидальным кровоизлиянием. У всех больных в анамнезе была гипертоническая болезнь I-III стадии, 6 больных ранее перенесли инфаркт миокарда. Всем больным произведено оперативное лечение. У 10 больных послеоперационный период осложнился ИБС: у 3 – острым инфарктом миокарда, у 2 – повторным инфарктом миокарда, у 5 стенокардией напряжения. Течение черепно-мозговых травм на фоне гипертонической болезни и ишемической болезни сердца характеризуется более стойкой и длительной как общемозговой, так и очаговой, неврологической симптоматикой, резистентная к лечению. Тяжелая черепно-мозговая травма у лиц пожилого и старческого возраста приводит к декомпенсации соматических органов, особенно сердечно-сосудистой системы. У этих пациентов выражены мнестические и психоэмоциональные нарушения, посттравматические вегетативные дисфункции.

Выводы. Сочетание черепно-мозговых травм и заболеваний сердечно-сосудистой системы порождает качественно новую патологическую ситуацию, обусловленную взаимным отягощающим влиянием. Для улучшения результатов лечения эти больные нуждаются в комплексном лечении в остром периоде с учетом клинической формы черепно-мозговых травм и сопутствующего заболевания сердечно-сосудистой системы с обязательной последующей диспансеризацией в кардиологических стационарах.

ОЦЕНКА СТРЕССОРНЫХ РЕАКЦИЙ ПОСЛЕ ОБЪЕМНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АТАРАЛГЕЗИИ

Сокорнов И.А., Лапшин В.Н., Страхов И.В., Теплов В.М.

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

Одной из основных задач анестезии является защита от операционного стресса, возникающего в ответ на хирургическое воздействие. Основные маркеры стресса - гормоны (адренокортикотропный, тиреотропный, тироксин, кортизол), уровень которых закономерно возрастает в ответ на хирургическую травму, а также уменьшение количества Т-лимфоцитов. Для предотвращения операционного стресса при хирургическом вмешательстве используются обезболивание и медикаментозное угнетение сознания.

Цель исследования. Определение характера воздействия атаралгезии на содержание в крови стресс-реализующих гормонов и Т-лимфоцитов до и после оперативного вмешательства.

Материал и методы. В исследование включены 24 пациента (возраст 52±2 года, 75% мужчин) с риском анестезии I-II классов по Классификации Американской Ассоциации Анестезиологов (ASA), которым выполняли операции на органах брюшной полости 3 и 4 классов травматичности. Всем пациентам проводили общую комбинированную анестезию с интубацией трахеи и ИВЛ без использования методов регионарной анестезии. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 2,5±0,46 ч. Анестезиологическое пособие включало препараты с коротким временем полувыведения (бензодиазепины, барбитураты, закись азота, наркотические анальгетики). Глубину и адекватность анестезии у пациентов оценивали клинически, мониторировались уровень АД, сатурация, содержание углекислого газа в конечной порции выдыхаемого воздуха, газовый состав и КОС артериальной крови, а также уровень сахара крови. Одновременно определяли содержание в крови гормонов стресса (АКТГ, ТТГ, кортизола, свободного Т4) с помощью иммуноферментного анализа, количество CD3+ и CD4+ лимфоцитов в крови иммуноцитохимическим методом. Исследования проводили непосредственно перед оперативным вмешательством, сразу же после его окончания, через 24 часа после операции и через 3 дня. Все пациенты перенесли хирургические вмешательства без особенностей, ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Для статистической обработки полученных данных использовались метод парных сравнений и корреляционный анализ. Через сутки наблюдалось достоверное снижение уровня $CD3^+$ - и $CD4^+$ -лимфоцитов, который на 3 сутки после оперативного вмешательства количество лимфоцитов восстановилось до нормальных значений.

Результаты. По результатам исследования проб крови вскоре после окончания оперативного вмешательства выявлена сильная корреляционная связь между уровнем кортизола в крови пациентов и количеством CD3+ Т-лимфоцитов (r=-0,78, p<0,01). Одновременно регистрировалась положительная корреляция между содержанием в крови АКТГ и кортизола (r=0,76, p<0,05). На 3 сутки после операции наблюдалось формирование адаптивной реакции на стресс и нормализация содержания в крови АКТГ (22,4±5,9 пг/мл), кортизола (672±236 нмоль/л) и Т-лимфоцитов. Значимых изменений значений ТТГ и Т4 до и после оперативного вмешательства не отмечалось.

Заключение. Атаралгезия обеспечивает адекватную анестезию, сопровождается развитием адаптивной транзиторной стрессовой реакции с нормализацией показателей эндокринной и иммунной систем к 3суткам после операции. В комплексной терапии раннего послеоперационного периода необходимо учитывать развитие возможных патологических реакций на стресс.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ЭКЗОТОКСИЧЕСКИМ ШОКОМ

Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

При отравлении уксусной кислотой повреждение тканей обусловлено нарушением клеточных мембран в результате растворения липидов, составляющих их основную структурную единицу. Разрушение клеточных мембран слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, сосудистой стенки приводит к прогрессирующему уменьшению массы циркулирующей крови за счет потери ее жидкой части и развитию абсолютной гиповолемии, являющейся постоянным звеном экзотоксического шока (ЭШ) при данной патологии. Поэтому в отделении токсикологии РНЦЭМП разработан комплекс противошоковых мероприятий позволяющий противодействовать основным факторам ЭШ.

Цель. Изучение эффективности разработанной тактики интенсивной терапии у больных с острыми отравлениями уксусной кислотой, осложненными экзотоксическим шоком.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 54 пациентов с тяжелым отравлением уксусной кислотой, которые находились на лечении в отделении токсикологической реанимации РНЦЭМП в 2008–2012гг. Средний возраст пострадавших 24,7±5,8 года, средний уровень гемолиза 14,9±3,8 г/л. В исследование не включались больные с тяжелой соматической патологией: ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, сахарным диабетом, сосудистыми заболеваниями головного мозга, алкогольным опьянением средней и тяжелой степени тяжести и рядом хронических заболеваний.

Пациентов разделили на 2 группы: 1-я группа – 30 больных, поступивших в 2011-2012 гг., в интенсивную терапию которых включен разработанный нами ком-

плекс интенсивной терапии, включающий препараты, улучшающие микроциркуляцию и волемический баланс (6% растворы гидроксиэтилкрахмала, реосорбилакт, 7,5% раствор натрия хлорида) с момента поступления в течение 3-5 дней после отравления, высокие дозы глюкокортикостероидов (300-360 мг преднизолона в сутки), инъекции субстратного антиоксиданта цитофлавина по 20,0 мл/сутки. 2-я группа – 24 больных поступивших в 2008-2010 гг., которым проводили традиционную терапию.

У всех пациентов с момента поступления изучали показатели АД, ЧСС, определяли индекс минутного объема сердца (QVm) по формуле QVm = (амплитуда в покое × частота пульса в покое)/(нормальная амплитуда × нормальная частота пульса) – в норме 0,7–1,5, шоковый индекс Альговера (ШИ), ЦВД, уровень диуреза. Показатели изучали при поступлении, через 6, 12 и 24 часа.

Результаты. Исходное состояние пациентов обеих групп было критическим, на фоне высокого гемолиза, уже с момента поступления отмечалось развитие тяжелого ЭШ. Это проявлялось повышением QVm до 2,1±0,5, ШИ до 1,27±0,2, ЧСС – 114±14, отрицательным ЦВД, снижением объема диуреза до 20,5±6,3 мл/ч. На фоне проводимой интенсивной терапии у пациентов 1-й группы уже через 6 часов отмечалось снижение QVm до 1,7±0,2, ШИ до 0,94±0,2, ЧСС до 92,3±7,0, диурез на фоне форсирования восстановился до 65,5±9,6 мл/ч, ЦВД до 40,4±10,5 мм водн.ст. У больных 2-й группы QVm составил до 2,0±0,3, ШИ – 1,1±0,2, ЧСС – 110,3±6,0, диурез 35,2±5,4 мл/ч, ЦВД оставалось отрицательным, что свидетельствовало о продолжающиеся декомпенсированном ЭШ.

В динамике через 12 и 24 часа у пациентов 1-й группы показатели QVm составили 1,4±0,1 и 1,1±0,1, ШИ– 0,9±0,1–0,8±0,2, ЧСС – 88±8-84±7,0, диурез до 82±9,4–118,4±12,6 мл/ч, ЦВД 65,6±4,4 и 78,2±9,6 мм водн.ст. У пострадавших 2-й группы даже через 24 часа уровень QVm, ШИ был в 1,4–1,3 раза выше, а ЧСС, диуреза, ЦВД – в 1,5–1,7–1,6 раза ниже, чем у больных 1-й группы.

Из общего числа пациентов 1-й группы острая почечная недостаточность (ОПН) развилась у 6 (20%), летальный исход наступил у 5 (16,6%), во 2-й группе ОПН развилась у 14 (58,3%), умерли 11, что составило 45,8% от общего числа поступивших.

Вывод. Включение в состав интенсивной терапии острых отравлений уксусной кислотой препаратов, улучшающих микроциркуляцию и корригирующих волемические расстройства, позволяет значительно сократить сроки выведения из шока и провести профилактику развития острой почечной недостаточности.

БЎЙИН МАГИСТРАЛ ҚОН ТОМИРЛАРИ ШИКАСТЛАРИДА ОПЕРАТИВ ЧОРА-ТАДБИРЛАР

Сувонов Ж.Н., Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Дадабоев Х.Р.
РШТЁИМ Фарғона филиали

Материал ва текшириш усуллари. 2006–2012 йилларда РШТЁИМ Фарғона филиалига бўйин магистарл қон томирлари шикасталанишлари билан 46 бемор мурожат килган. Шулардан 31 (67,4%) эркак, 15 (32,6%) таси аёллар бўлган. Беморларнинг ўртача ёши 29 ёш.

2 (4,3%) беморда умумий уйқу артерияси ва ички бўюнтурук венасини, 4 (8,7%) таси ички уйқу артерияси, 3(6,5%) таси ташқи уйқу артерияси, 3 (6,5%) таси ички уйқу артерияси ва ички буюнтирик венаси, 6 (13,4%) юз артериясини, 12 (26,8%) таси калқонсимон безнинг юкори артерияси, 5 (10,9%) таси ташқи бўюнтирик венаси, 11 (23,9%) таси умуртка артерияси шикасти билан оператив даволанган. Магистрал томирлар шикастланиши билан бир вақтда қизилунгач, трахея, орқа мия, елка нерв чигали ва кўкрак кафаси лимфа йўллари шикастланиши кузатилган.

Натижалар. Беморларни барчасига ўз вактида оператив даво ўтказилган. Оғир жарохат олган ва жарохатдан қон кетиши давом этган беморларнинг умумий холати, қўшимча аъзолари шикастлашиши бахоланган. Операция вақтида актив қон кетиш кузатилмаган ва операциядан сўнг жарохатлар бирламчи битган. Шикастланган уйқу артерияларида бош мияни кислородга чидамлигини оширувчи чора-тадбирлар ўтказилган ва артериялар тикилган. Шикастланган ички бўйинтуруқ венаси проксимал ва дистал охирлари қон-томир кискичларга олиниб тугунли чоклар қўйиб тикилган. Ташқи бўйинтуруқ веналари шикастланган холатларда боғлаб қўйилган.

Шунингдек, беморларга антикоагулянт, антиагрегант, микроциркуляцияни яхшиловчи препаратлар ва операциядан олдинги антибиотикопрофилактика даво-муалижалари ўтказилган. Оғир беморларга юрак ва плевра бўшликлари ультратовуш текшируви, зарур бўлганда плеврал пункция, плевра бўшлиғини найчалаш ўтказилган. 10 та беморга ўпка рентгенографияси, 5 тасига – умуртқа рентгенографияси, 3тасига – фиброэзофагогастроскопия, 2 тасига эхоэнцефалография текширувлари ўтказилган.

42 (91,3%) беморда ижобий натижа олинган. 4 (8,7%) тасида ўлим натижаси кузатилган. Ўлим сабаби оғир геморрагик шок ва полиорган етишмовчилик.

Хулоса. Бизнинг текширув ва тахлиллар натижаларига асосланган холда шуни айтиш мумкинки юқоридаги шикастланишларда бирламчи жаррохлик ишловини тўла-тўкис бажариш, қон-томирларни оптик мосламалари остида тикиш, антикоагулянт, антиагрегант, микроциркуляцияни яхшиловчи препаратларни қўллаш, антибиотикопрофилактикани операциядан олдин қўллаш мақсадга мувофик бўлиб, операциядан кейинги асоратлар профилактикаси ва операциядан кейинги даврнинг хавфсиз кечишида кўп холларда асосий омил хисобланади. Бу омиллар рўй бериши мумкин бўлган асоратларни камайтиради ва асосий касалликларни даволаш натижаларини яхшилашда мухим ахамиятга эга.

РОЛЬ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Султонов Б.К., Жуманиязов М.Б.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Определение роли раневой инфекции в развитии системного воспалительного ответа в ранних периодах ожоговой болезни у пострадавших с тяжелой термической травмой.

Материал и методы. Обследованы 18 пострадавших в возрасте от 16 до 52 лет с индексом тяжести травмы более 85 у.е. Для диагностики инвазивных форм раневой инфекции выполнялась биопсия раневой поверхности (ожоговый струп с подлежащими тканями до жизнеспособных) на 2, 3, 4, 5, 6 и 7-е сутки после получения травмы. Для определения стадии инфекционного процесса использовалась классификация B.A.Pruitt (1993).

Результаты исследования. При анализе результатов исследования у пострадавших с обширными глубокими ожогами в раннем постшоковом периоде были выявлены гистоморфологические признаки инвазии раневой инфекции. В микробном пейзаже преобладали грамотрицательные, грамположительные микроорганизмы выявлялись в 30 % случаев.

Гистоморфологическая картина умерших пострадавших характеризовалась ранним развитием инвазивных форм раневой инфекции. У всех умерших на 2-4 сутки от момента травмы наблюдалась инвазия ассоциации грамм-положительных и грамм-отрицательных микроорганизмов.

При анализе данных клинико-лабораторного исследования у умерших было выявлено 4 критерия ССВО. Летальные исходы наступили в результате развития раннего ожогового сепсиса.

Таким образом, у пострадавших с критической ожоговой травмой развитие инвазивных форм раневой инфекции вносит существенный вклад в формирование ССВО, СПОН в ранние периоды ожоговой болезни. Основной причиной летальных исходов в этой группе пострадавших является ранний ожоговый сепсис.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Тен Д.О., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Тургунов Ш.Ш.
Андижанский филиал РНЦЭМП,
Андижанский государственный медицинский институт

В Андижанском филиале РНЦЭМП на базе кафедры хирургических болезней ФУВ АГМИ в 2009–2013 гг. на лечении находились 83 больных с острым панкреатитом. У 47 (56,6 %) из них был острый деструктивный панкреатит. Мы проанализировали результаты лечения 39 больных острым деструктивным панкреатитом, которым проводили оперативное лечение. Мужчин – 31 (79,4%), женщин – 8 (20,5%). В возрасте до 30 лет был 1 (2,5%) больной, от 30 до 40 лет – 9 (23%), от 40 до 50 лет – 13 (33,3%), от 50 до 60 лет – 9 (23%), 60 лет и старше – 7 (17,9%). Осложнения возникли у 28 (71,7%) больных.

Осложнения возникали в основном на 8–14 сутки и позже от начала заболевания. Из всех больных, оперированных по поводу абсцесса головки (5), тела (5) и хвоста (3) поджелудочной железы, развился тотальный гнойный панкреонекроз с парапанкреатической флегмоной. 5 больных, у которых применен полуоткрытый метод дренирования с запланированной релапаротомии (Ф.Г.Назыров), выздоровели 5 больных, остальные 8 (61,5 %) больные умерли.

Аррозивное кровотечение отмечалось у 11 больных (у 3 – из желудка, у 4 – из двенадцатиперстной кишки, у 4 из поджелудочной железы). Из них умерли 5 (45,4%) больных.

Поддиафрагмальный абсцесс вскрыт у 6 больных. Умерли 3 из них от продолжающегося панкреонекроза и нарастающей интоксикации несмотря на проведенное программное послеоперационное лечение. Свищ тонкой и толстой кишки обнаружен у 2 больных с гнойным панкреонекрозом и обширной забрюшинной флегмоной. Эти больные после запланированной релапаротомии получали комплексную терапию с современными антибактериальными препаратами, цитостатическими средствами, ингибиторами протеаз и выписаны с выздоровлением. Время пребывания больных в стационаре в среднем составило 27,3±1,2 дня. У 9 пациентов диагностирован парапанкреатический инфильтрат. Все они выздоровели.

Таким образом, после операции по поводу острого деструктивного панкреатита и его осложнений умерли 16 (41 %) больных: острый геморрагический панкреатит был у 3 умерших, гнойный панкреонекроз – у 5, смешанный – у 8.

Среди сопутствующих заболеваний, сыгравших определенную роль в возникновении острого панкреатита, чаще всего наблюдалась желчнокаменная болезнь (72 %), алкоголизм (19 %), ожирение (9 %).

Таким образом, тяжесть состояния больных острым деструктивным панкреатитом во многом зависит от осложнений, возникших в ранние и поздние сроки заболевания. Летальный исход в 85–90 % наблюдений наступает в фазе нагноения с поражением всей или большей части поджелудочной железы.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА

Тен Д.О., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Тургунов Ш.Ш.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Любое оперативное вмешательство у больных пожилого и старческого возраста обычно представляет большой риск. Поэтому в предыдущие годы мы стремились проводить у них в основном консервативное лечение. До 2010 года хирургическая активность среди больных старше 60 лет составила 38,7%. При этом послеоперационная летальность была равна 12,8%, а летальность среди больных, лечившихся консервативно – 11,2%.

В последние годы в Андижанском филиале РНЦЭМП методы диагностики острых заболеваний органов брюшной полости были значительно усовершенствованы благодаря применению ФГДС, лапароскопии, УЗИ и рентгенологического исследования. Все это позволило сократить диагностический период и в то же время уточнить характер патологического процесса в брюшной полости, а следовательно, и более четко ставить показания к оперативному вмешательству.

Снизить риск оперативного вмешательства позволяет проведение интенсивной терапии в пред- и послеоперационном периоде, а также совершенствование методов обследования.

В 2010–2013 гг. в отделение лечились по поводу острых заболевании органов брюшной полости лечился 61 больной в возрасте старше 60 лет. У 7 из них имелся острый аппендицит, у 21 – острый холецистит, у 12 – острая кишечная непроходимость, у 10 –осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, у 11 – осложнения злокачественных опухолей органов желудочно-кишечного тракта.

Активная хирургическая тактика привела к тому, что диагностический период за это время сократился в среднем с 4,5 до 2,5 суток, а хирургическая активность возросла до 64,2%. В то же время послеоперационная летальность снизалась до 5,6%, а среди больных, лечившихся консервативно, – до 2,3%.

Следует отметить, что причиной летальных исходов в 86,7% случаев было обострение существующих заболеваний (чаще всего сердечно-сосудистой системы) и лишь у 8,7% – различные осложнения со стороны брюшной полости. Таким образом, активная хирургическая тактика при лечения острых заболевании органов брюшной полости у больных преклонного возраста вполне оправдана.

ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА ПРИ ДТП НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Тиляков А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В отделе травматологии РНЦЭМП в 2004–2012 гг. находились 527 больных с повреждениями таза, из которых 352 (66,8%) получили травму в результате ДТП. У 294 (55,7%) из них травма носила сочетанный и множественный характер. При анализе оказания догоспитальной помощи установлено, что 358 (68%) пациентов поступили в клинику самотеком, без оказания догоспитальной помощи. 169 (32%) пострадавших доставлены по линии скорой медицинской помощи, из них лишь у 24 (14%) диагностированы переломы костей таза и оказана помощь на этапах медицинской эвакуации. Нарушение стабильности тазового кольца в процессе диагностики выявлено у 229 (43,4%) пострадавших.

Для диагностики и оказания необходимой догоспитальной помощи пострадавшим с повреждениями костей таза мы предлагаем медицинскому персоналу на догоспитальном этапе особое внимание уделить следующим аспектам этой проблемы.

Правильная оценка тяжести состояния пострадавшего. Для переломов костей таза, как правило, характерны признаки острой кровопотери и травматического шока. Местно при ощупывании тазового кольца во взаимно перпендикулярных направлениях отмечается резкая болезненность. Могут повреждаться мочевой пузырь, прямая кишка, уретра.

Повреждения мочевого пузыря проявляются болями в нижней половине живота, бесплодными попытками осуществить мочеиспускание, отсутствием мочепузырной тупости над лобком. При повреждениях прямой кишки пальцевым исследованием выявляется наличие крови в ее просвете.

Для повреждения мочеиспускательного канала характерны болезненные позывы к мочеиспусканию и невозможность осуществить его.

При натуживании из наружного отверстия уретры появляется несколько капель крови. Над лобком определяется увеличенный мочевой пузырь.

Догоспитальная помощь пострадавшим с повреждениями таза и его органов:

1) обезболивание путем применения ненаркотических и наркотических анальгетиков, асептические повязки на раны;

2) иммобилизующее положение пострадавшего на щите и носилках для транспортировки;

3) введение сердечных и дыхательных аналептиков (строфантин, коргликон, кордиамин);

4) инфузионная терапия (внутривенное капельное вливание полиглюкина) при признаках острой кровопотери или травматического шока;

5) быстрейшая транспортировка в ближайший стационар.

Необходимо подчеркнуть, что при любых травмах таза (закрытых или открытых) пострадавшие, даже если их состояние удовлетворительное, должны быть доставлены в хирургический стационар.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА

Тиляков А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Нами проанализированы результаты лечения 285больных с различными видами повреждений таза. 217 (76%) больных были наиболее трудоспособного возраста 25–55 лет. Преобладали лица мужского пола - 208 (73%), женщин было 77 (27%). Учитывая тот факт, что основной причиной повреждений таза явились дорожно-транспортные происшествия и падения с высоты, сочетанный и множественный характер травмы отмечался у 202 (71%) больных, у 159 из них была черепно-мозговая травма различной степени тяжести, у 56 – повреждения грудной клетки и легких, у 57 – травмы органов брюшной полости, у 31 – повреждения почек и мочевого пузыря, у 146 больных повреждения костей таза сочетались с травмами костей конечностей. У 216 больных, доставленных в стационар, наблюдались явления травматического шока различной степени тяжести.

По клинико-анатомическим вариантам повреждений таза и тактики лечения пострадавшие разделены на три группы согласно классификации Центра документации АО. 1-я группа: переломы костей таза тип А – 99 больных, 2-я группа: тип В – 106 больных, 3-я группа: тип С – 80 больных.

У всех больных с повреждениями костей таза обследованиее и лечение проводили по стандартной схеме, с учетом доминирующей патологии. При поступлении все больные с сочетанными повреждениями таза госпитализировались в шоковую палату, где их осматривали травматолог, нейрохирург, реаниматолог, хирург и уролог и другие специалисты по показанию. При наличии нестабильной гемодинамики проводили противошоковые мероприятия. Одновременно проводили обследование, включающее забор анализов (общий анализ крови, мочи, кровь на группу и резус фактор, кровь на биохимию и коагулограмму), рентгенологическое исследование, ультразвуковое исследование внутренних органов, Эхо-энцефалоскопию, при наличии показаний – компьютерную томографию и мультисканную компьютерную томографию.

Лечение повреждений таза является лишь частью общих лечебных мероприятий. Основное внимание уделяли оценке тяжести состояния пострадавших, так как основная масса больных поступали в состоянии шока различной степени тяжести. Следует отметить, что обследование больных проводилась на фоне противошоковой терапии и обезболивания, применялась внутритазовая анестезия по Школьникову-Селиванову.

У 41 (41,4%) больного 1-й группы выполнены оперативные вмешательства. При краевых переломах крыла подвздошной кости производили остеосинтез компрессирующими винтами. При переломах ветвей лонно-седалищных костей в сочетаннии с повреждениями органов брюшной полости и мочевыводящих путей (наличие эпицистостомы, требующей ранней активизации) осуществляли переднюю стабилизацию облегченным вариантом стержневого аппарата клиники. В последующем больные получали общеукрепляющую и физио-функциональную терапию с соблюдением ортопедического режима на срок 4-6 недель.

У 106 больных 2-й группы с ротационно нестабильными, но вертикально стабильными повреждениями таза широко использовали методы миниинвазивного чрескостного остеосинтеза с применением разработанных нами стрежневых и спицестержневых аппаратов для лечения повреждений таза. Учитывая, что у этих больных отсутствует вертикальное смещение половины таза и наличие повреждения таза по типу «открытой книги» смещения легко устранялись в аппаратах (94, или 88,7% больных). В данной группе оптимальным методом лечения повреждений таза являлся остеосинтез стержневыми аппаратами. Срок аппаратной фиксации составлял 2–2,5 месяца. Больные активизировались на 10–12 сутки. В дальнейшем в течение 3–5 месяцев больные передвигались с помощью костылей.

3-ю группу составили пострадавшие с тяжелыми повреждениями ротационно - и вертикально нестабильными повреждениями, характеризующимися полным разрывом тазового кольца, включая задний крестцово-подвздошный комплекс (тип С). У 70 (87,5%) из этих больных использованы методы погружного накостного остеосинтеза и перкутанного остеосинтеза колон вертлужной впадины резьбовыми стержнями (21), а в комбинации с чрескостным остеосинтезом с применением стержневых аппаратов выполнено 35 оперативных вмешательств. Физио-функциональную терапию с соблюдением ортопедического режима проводили согласно срокам биологической консолидации костей таза.

Отдаленные результаты оперативного лечения при нестабильных переломах таза в сроки от 6 месяцев до 3 лет изучены у 182 больных. Все больные оперированы в раннем посттравматическом периоде до 10 суток. Во всех случаях была полностью восстановлена стабильность тазового кольца, что подтверждено рентгенологически нормальными взаимоотношениями в лонном и крестцово-подвздошном сочленениях.

Результаты лечения, несомненно, должны зависеть от качества репозиции. Из 182 больных, лечившихся с применением различных вариантов хирургической коррекции, полная репозиция достигнута у 114 (62,9%). У этих больных получены отличные результаты. У 48(26%) пациентов репозиция была неполной, отличный функциональный результат наблюдался у 15 (31,2%) больных, хороший – у 33 (68,8%). Плохая репозициея была у 20 (11%) больных, у 13 (65%) результат был расценен как удовлетворительный. У 7 (34%) больных с вертикальной и ротационной нестабильностью получены плохие результаты.

Таким образом, применение активного хирургического лечения, сочетающего внутренний и внешний остеосинтез тазового кольца, при тяжелых нестабильных переломах таза с разрывами лонного сочленения позволяет выполнить точную репозицию и надежную фиксацию костных фрагментов, тем самым обеспечить оптимальные условия для ранней активизации, социальной адаптации и выздоровления больных.

РЕПОЗИЦИОННО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИЙ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Тогаев Ш.Б., Бердиев С.Х. , Холлиев Ш.Б., Маматов М.М.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Транспедикулярная система позволяет выполнять трехплоскостную коррекцию деформации (включая сгибание, разгибание, ротацию и трансляцию) с восстановлением нормальных анатомических соотношений в сегментах позвоночника как одномоментно, так и пролонгировано, дозировано без резекции костно-связочных структур позвоночника и мобилизации деформации (так называемая «закрытая декомпрессия»). Тактика лечения зависит от характера повреждений позвоночника и спинного мозга, давности травмы, предшествующего лечения, клинических проявлений (особенно неврологического статуса), возраста и соматического состояния пациента.

В последнее годы большое внимание уделяется состоянию костной ткани, в частности наличию и выраженности остеопороза. Для диагностики повреждений и оценки результатов лечения использовались рутинные методы визуализации: рентгенография, мультиспиральная и магнитно-резонансная томография, денситометрия скелета.

Транспедикулярные устройства с использованием внешней репозиционной системы позволяли одномоментно добиться полного восстановления анатомических соотношений в сегменте позвоночника, и в частности стенок позвоночного канала, т. е. выполнить закрытую декомпрессию. Травматичность вмешательства намного меньше, чем стандартных способов лечения, а эффективность по сравнению с нейрохирургической и ортопедической составляющими - достоверно выше за счёт того, что благодаря меньшей травматичности оно использовалось в ранние сроки после травмы у пациентов с сочетанными повреждениями головы и грудной клетки, требовавшими предварительной коррекции соматического статуса. В дальнейшем репозиционные возможности транспедикулярных устройств снижались пропорционально времени.

Выводы. 1. Всем больным с компрессионными осложненными переломами тел позвоночника необходимо провести раннюю полноценную декомпрессию с обязательной дополнением ее полноценной стабилизацией. 2. При этом резко снижается количество осложнений, связанных с инфекционно – воспалительным процессом, в том числе застойные пневмонии, пролежни, восходящая инфекция мочевыделительной системы. 3. Такая тактика лечения способствует ранней реабилитации больных и уменьшает сроки пребывания их в стационаре.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Тогаев Ш.Б., Норбаев О.И., Элмуродов Ш.М., Файзуллаев Ф.Р.
Кашкадаринский филиал РНЦЭМП

Интенсивное развитие производства, высокие темпы строительства, перегруженность транспортными средствами автомобильных дорог приводит к увеличению частоты производственного и автодорожного травматизма. Своевременное установление диагноза при сочетанных травмах является основанием для выбора тактики лечения. Трудность ранней диагностики повреждений обусловлена множеством факторов: тяжелым состоянием пострадавших, отсутствием сознания, наслаиванием и извращением типичных признаков, изменением болевой чувствительности, наличием тяжелого травматического очага.

За 2004-2013 гг. в Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП при сочетанных травмах с подозрением на повреждение органов брюшной полости выполнено 417 лечебно-диагностических лапароскопий. Мужчин было 285 (68,3%), женщин 132 (31,6%). Изолированная травма живота встречалась у 94 (23%), политравма – у 76 (18%) пострадавших.

Повреждения органов сочетались с переломами костей конечностей у 65 (15%), с повреждением почек– 43 (10%), торакоабдоминальная травма выявлена у 50 (12%) пострадавших, травма органов брюшной полости сочеталась с переломами костей таза – у 32 (7%), с переломами позвоночника у 10 (2%), разрыв печени диагностирован у 38 (9,1%) больных, разрыв брыжейки тонкой кишки у 9 (2%), брыжейки ободочной кишки с обширной гематомой у 4 (1%), обширная гематома забрюшинного пространства и гемоперитонит– у 33 (9,7%), разрыв и гематома большого сальника у 6 (1,5%). Забрюшинная гематома без гемоперитонита имело место у 29 (8,0%) пострадавших. У 125 (30,6%) больных при диагностической лапароскопии не выявлено серьёзных повреждений органов брюшной полости, а имеющиеся гематомы, ушибы внутренних органов не потребовали дополнительных манипуляций.

У 12 (31%) больных с разрывами печени гемостаз достигнут лапароскопической коагуляцией ран печени, также у 12 (32%) с разрывом большого сальника, брыжейки тонкой кишки, кровотечение остановлено биполярной диатермокоагуляцией.

У 130 (31%) пострадавших повреждение устранено лапароскопическим способом. Однако у 162 (39,8%) больных в связи с серьезными повреждениями брюшной полости потребовались традиционные оперативные вмешательства.

Таким образом, применение видеолапароскопических технологий позволяет значительно снизить процент диагностических ошибок и сократить период установление диагноза. Видеолапароскопия при сочетанных травмах изменяет тактику лечения пациентов и избавляет их от «ненужных» лапаротомий.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ МИНИМИЗАЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТРАВМАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тогаев Ш.Б., Наврузов М.Н., Пирматов Ш.Р.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Отделение детской хирургии Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП в течении 2002-2012 гг. располагает опытом лечения 14 больных с травмой поджелужочной железқ (ТПЖ). Из них 12 мальчиков и 2 девочки. Возраст больных – от 2 до 12 лет. 11 больных поступили в течении от 30 минут до 4 часов с момента получения травмы, из них у 2 больных была изолированная травма ПЖ. У 3 детей на раннем этапе в сельских условиях ТПЖ не диагностирована и они поступили на 2 неделе после образования посттравматической кисты ПЖ с явлениями панкреатита.

Всем больным произведена лапаротомия и 5 больным ТПЖ установлена интраоперабельно. Объём операции зависел от степени повреждения ПЖ, от характера выявленных повреждений и от состояния больного на момент операции. 1 больному проведено ушивание краёв, 1 больному наложен цистоеюноанастомоз с энтероэнтероанастомозом по Брауну, а у 2 пациентов дренирована полость кисты. Остальным больным мы ограничились проточным дренированием сальниковой сумки.

В послеоперационном периоде всем больным проводилась профилактика развития острого панкреатита. 1 больной умер на 8 сутки из-за наличия тяжёлой сочетанной травмы, осложнённой полиорганной недостаточностью. Остальные больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, ТПЖ относится к тяжелым повреждениям и чаще сочетается с повреждениями других органов брюшной полости и выбор оперативного вмешательства зависит от характера повреждения, но во всех случаях необходимо дренирование сальниковой сумки. Профилактика панкреатита должна проводиться у всех больных с ТПЖ.

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРЕДНЕЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА ПРИ КОМПРЕССИОННО-ОСЛОЖНЕННЫХ И НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА

Тогаев Ш.Б., Бердиев С.Х., Боймурадов Х.Б., Холлиев Ш.Б.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучение эффективности передней декомпрессии позвоночного канала при компрессионно – осложненных и неосложненых переломах позвоночника грудопоясничной локализации.

Материал и методы. За период с сентября 2010 г. до мая 2013 г. в нейрохирургическое отделение Каршинского филиала РНЦЭМП были госпитализированы 246 пострадавших с переломами грудного и поясничного отделов позвоночника, из них мужчин – 149 (60,5%), женщин – 97 (39,4%). Возраст пациентов – от 16 до 62 лет. Падение с высоты стало причиной травмы 199 (80,9%) пострадавших, дорожно-транспортные происшествия – у 47 (19,1%).

Локализация повреждения: vTh 9-10 позвонок – у 7 (2,8%), **vTh 11-12 позвонок – 104 (42,3%), vL 1-2 по**звонок – у 131 (53,3%), vL 3 позвонок – у 2 (0,8%), vL 4-5 позвонок – у 2 (0,8%). Оперативное лечение проведено у 82 (33,3%) пациентов.

При неврологической симптоматике на первое место выходит отёчно-болевой синдром и парезы и параличи нижних конечностей, нарушение функции тазовых органов разной степени выраженности.

При оперативных вмешательствах использовались транспедикулярные конструкции фирм МЕДБИОТЕХ (Минск), СНМ **– (Польша). Из заднего доступа опери**рованы 63 (76,8%) пострадавших с применением ТПФ, переднебоковым забрюшинным доступом – 19 (23,1%). При передней декомпрессии позвоночного канала применялся передней забрюшинный доступ. Положение больного на операционном столе – слегка в левом боку, справа проводится разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки, прямые мышцы живота рассекается, косые мышцы расслаивается тупым путём. Основная задача хирурга – не повредить париетальную брюшину.

Внутрибрюшинное содержимое отодвигается медиальнотупым путём. Обнажается передняя часть тела поврежденного позвоночника. ЭОП контроль. При отсутствии ЭОП обязательна профильная рентгенография. Сначала удаляются соответствующие межтеловые дискозные ткани, затем сломанные тела позвоночника. Полноценная декомпрессия дурального мешка и стабилизация с аутокостью. Рентгенологический контроль производили 1 раз в 2 месяца. По рентгенологическим данным, костный блок формировался в сроки от 2,0 до 2,5 месяца.

Проведение задних стабилизирующих операций было показано при отсутствии компрессии спинного мозга спереди. При его минимальной компрессии и отсутствии неврологического дефицита также из заднего доступа производили редукцию с устранением компрессии и фиксацию в достигнутом положении.

Хорошие репозиционные свойства транспедикулярных конструкций, прочная фиксация поврежденного сегмента позвоночника способствовали ранней активизации больных и проведению полноценного комплекса реабилитационных мероприятий.

Однако с применением ТПФ не всегда удаётся провести полноценную декомпрессию спинного мозга, особенно, если у больного существует вдавлениея спинного мозга в переде.

Выводы. Применение передней декомпрессии позвоночного канала по показаниям мы считаем весьма эффективным. При этом достигается полноценную декомпрессию спинного мозга, восстановление утраченную функцию спинного мозга, при этом мы наблюдали с положительным результатом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ФИКСАЦИИ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ТЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА ТОРАКОЛЮМБАРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Тогаев Ш.Б., Бердиев С. Х. , Боймурадов Х. Б., Маматов М. М.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Ретроспективно изучены истории болезни 46 больных с компрессионными переломами тел позвоночника тораколюмбарной локализации, лечившихся в Каршинском филиале РНЦЭМП в 2010 – 2013 гг. С целью стабилизации позвоночного столба мы применяем транспедикулярную стабилизирующую систему фиксаторов – ТПФ «МЕДБИОТЕХ» (производство Минск) и «СНМ» (производство Польша).

Возраст больных от 18 до 56 лет, 25 мужчин и 21 женщина. После тщательного обследования, которое включало сбор анамнеза, неврологический осмотр, УЗИ брюшной полости, рентгенографию позвоночника и грудной клетки, МСКТГ, ЭКГ – осмотр кардиолога, анестезиолога, и соответствующей подготовки, больным была произведена стабилизация одна 1/0 вышележащих и одна 0/1 нижележащих позвонков с применением ТПФ. После этого выполняли декомпрессивную ламинэктомию и ревизию субдуральных элементов спинного мозга. Во всех случаях стабилизацию нестабильного сегмента позвоночника осуществляли с применением ТПФ. Все операции производились под контролем (электронно-оптического преобразователя), состояние ТПФ – шурупов было удовлетворительным. В дальнейшем проводили рентгенографический и МСКТГ-контроль.

В клинической картине ведущими были отёчно – болевой синдром и неврологический дефицит разной степени выраженности. После декомпрессии и соответствующей стабилизации с помощью ТПФ болевой синдром резко регрессировал, неврологическая динамика с улучшением. Полноценная декомпрессия и полноценная стабилизация обеспечивали удовлетворительное течение процесса реституции внутрилежащих элементов позвоночного канала.

Выводы. 1. По строгим показаниям всем больным компрессионными переломами тел позвоночника тораколюмбарной локализации необходимо произвести раннюю полноценную декомпрессию с обязательным дополнением ее полноценной стабилизацией, что способствует уменьшению количества осложнений, связанноых с инфекционно – воспалительным процессом, в том числе застойных пневмонии, пролежней, восходящей инфекция мочевыделительной системы. 2. Данная тактика лечения приводят к ранней реабилитации больных и позволяет уменьшить время пребывания их в стационаре.

КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ

Тогаев Ш.Б., Инаков А.Г., Норбоев О.И., Шомуродов О.О., Эшов Д.Х., Рахмонов Х.Г.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Проведен ретроспективный анализ результатов оперативного лечения больших и гагантских послеоперационных грыж (БГПГ) у 108 больных, из них 66 (61,1%) женщин и 42 (38,9%) мужчины в возрасте от 35 до 81 года (средний возраст – 55,8±0,9 года), оперированных в хирургическом отделение РНЦЭМП Кашкадарьинского филиала и повторно обследованных спустя 1–5 лет после герниопластики. Рецидивы грыж выявлены у 25 (23,14%) больных.

С целью профилактики синдрома внутрибрюшной гипертензии нами разработана и успешно применяется с 2007 г. методика с использованием тугого бандажа брюшной полости с динамической физической нагрузкой, выполняемой больными с БГПГ на предоперационном этапе с целью подготовки к радикальной пластике брюшной стенки. Мы применили описанную методику у 55 больных. Развития компартмент-синдрома в послеоперационном периоде не наблюдалось.

На основании клинического опыта и результатов лечения 108 оперированных больных с большими и гигантскими грыжами, мы пришли к убеждению, что наша методика профилактики компартмент – синдрома проста, технически легко выполнима, безопасна и не тягостна для пациентов. Она полностью соответствует своему предназначению без ограничения в отношении возраста и сопутствующей патологии.

По нашему мнению, из известных методов пластики брюшной стенки наиболее эффективными оказались аллогерниопластики, при которых большие грыжевые дефекты брюшной стенки закрывались имплантатами по типу «заплатки», не уменьшавшими при этом объем брюшной полости и не изменяющими исходного внутрибрюшного давления. Использование операции Сапежко при БГПГ неоправданно (до 40% рецидива) в связи с наличием у этих больных рубцово-измененных, истонченных и ослабленных тканей брюшной стенки вокруг больших грыжевых дефектов, закрытие которых нередко сопровождалось натяжением тканей.

Таким образом, применение нашей методики дооперационной тренировки брюшной полости для профилактики «синдром внутрибрюшной гипертензии» позволило значительно увеличить число больных, успешно перенесших устранение гигантских послеоперационных грыж, заметно уменьшить число осложнений и минимизировать рецидивы заболевания. В каждом конкретном случае у больного с гигантской послеоперационной грыжей необходимо проведение индивидуализированной тренировки брюшной полости, продолжительность которой находится в прямой зависимости от возраста, наличия сопутствующей патологии, величины грыжевого выпячивания и размеров дефекта брюшной стенки.

АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ТАЗА И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Тогаев Ш.Б., Туляков Р.П., Махадов Ж., Лапасов Ш.Л., Шомуродов О.О.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Как известно, хирургическое лечение тромбоза глубоких вен нижних конечностей направлено, главным образом, на предотвращение фатальной ТЭЛА. Поэтому наиболее важным, часто жизненным показанием к оперативному лечению является эмболоопасность венозного тромба.

В нашей клинике с целью профилактики тромбоэмболии легочной артерии создан новый алгоритм лечения больных с травмами таза и/или нижних конечностей на госпитальном этапе.Согласно этому алгоритму, на первом этапе у больных с травмами таза и/или нижних конечностей выявляли факторы риска ВТЭО. В зависимости от наличия фактора риска больным назначалась соответствующая профилактика венозного тромбоза. Независимо от выявленного фактора риска проводилось ЦДС. При отсутствии признаков тромбоза, профилактику, продолжали в течение всего времени пребывания больного в стационаре.

Протокол первичного инструментального обследования больных с подозрением на венозный тромбоз и ТЭЛА включает диагностические мероприятия по оценке риска развития последней. К этим методам диагностики относятся ЦДС системы нижний полый вены (НПВ), ретроградная илеокаваграфия и ангиопульмонография (АПГ). Первые два способа позволяют непосредственно оценить состояние венозного тромба и его эмбологенность, а АПГ дает возможность уточнить факт состоявшейся ТЭЛА и оценить ее объем. Положительный результат АПГ у больных с флеботромбозом служил показанием к выполнению хирургической профилактики ТЭЛА, так как косвенно указывал на наличие источника тромбоэмболии в системе НПВ.

В заключение хотим подчеркнуть, что успех хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии у больных с травмами таза и/или нижних конечностей в первую очередь зависит от возможно раннего выявления тромбозов системы НПВ. Этапное комплексное обследование пострадавших согласно предложенному алгоритму позволило достоверно ($\chi 2=76,312$, df=1, P=<0,001) увеличить выявляемость доклинических форм посттравматических венозных тромбозов системы НПВ, частота которых оказалось достаточно внушительной – у 16% от общего числа пострадавших.

На этапе комплексного лечения совместное использование в рамках предложенного протокола методов медикаментозной, хирургической и физической профилактики флеботромбозов и ТЭЛА уменьшило число инвазивных вмешательств на 33%, а послеоперационную летальность – в 2,2 раза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тожибоев М.С., Даминов Б.Н., Субханкулов Р.И.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Изучение результатов хирургического лечения больных с повреждения поджелудочной железы.

Материал и методы. Нами изучен опыт лечения 7 пострадавших с травмой поджелудочной железы, находившихся на лечение в хирургическом отделение Джизакского филиала РНЦЭМП в 2004–2010 гг. Мужчины было 5 (71%), женщин 2 (29%). Возраст больных от 18 до 45 лет. В первые 6 часов поступили 2, от 6 до 24 часов – 1, спустя 24 часа – 4. Травматическое пересечение поджелудочной железы в области тела отмечалось у 4 пострадавших, в области хвоста у 3.

Все больные были подвергнуты оперативному вмешательству с целью восстановления целостности капсулы поджелудочной железы в виде ушивания последней. Во время операции и в послеоперационном периоде проводилась соотвествующая посиндромная терапия: инфузия кристаллоидов, коллоидов и СЗП. Назначали контрикал около 240 тыс. ЕД, метрогил 300 мг, цефтриаксон в среднем 4 г.

У всех больных наблюдалось формирование наружного панкреатического свища, который самостоятельно закрывался к 7–14 суткам.

Результаты. Умер 1 больной через 1,5 месяца после операции. Причиной смерти явилась поздняя несостоятельность швов ДПК с развитием разлитого перитонита. У 1 больного после операции сформировался дуоденальный свищ, который закрылся самостоятельно, после проведенной консервативной терапии. Остальные больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Средняя длительность пребывания больного в стационаре – 18,8±9,7 койко-дня, а длительность дренирования – 5,0±0,5 дня.

Таким образом, диагностика травм поджелудочной железы исключительно сложна в дооперационном периоде, поэтому диагноз травмы поджелудочной железы устанавливается в основном во время оперативного вмешательства. Основным моментом оперативного лечения травмы поджелудочной железы является рациональное дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства.

Сохранение паренхимы ПЖЖ предупреждает возникновение вторичного сахарного диабета.

РЕИНФУЗИЯ КРОВИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ

Тургунов Ш.Ш., Ходжиматов Г.М.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Переливание больших количеств консервированной крови нередко ведёт к заражению больных инфекционным заболеванием (гепатит, СПИД, сифилис и т.д.), вызывает посттрансфузионные осложнения. Кроме того, для переливания донорской крови организационные мероприятия требуют затрат определенного времени. Решением правление Всесоюзного общества хирургов на 14-м пленуме (Калининград, 1973) а также Минздрава Республики Узбекистан № 281 от 1998 г. с целью уменьшения посттрансфузионных осложнений было рекомендовано ограничить показания к переливанию донорской крови и шире использовать реинфузионную кровь больного. При отсутствии повреждения полых органов аутогемотрансфузия не дает тяжелых осложнениий со стороны почек, как это нередко бывает при массивной трансфузии одногруппной и иногруппной донорской крови.

За последние 3 года в хирургическом отделение Андижанского филиала РНЦЭМП находились 19 больных (17 мужчин, 2 женщин) с повреждением селезенки. В возрасте до 20 лет было 5 больных, 21–30 лет – 7, 31–40 лет – 3, 41-50 лет – 3, 51-60 лет – 2.

У 11 больных причиной разрыва селезенки послужила автотранспортная травма, у – 6 – бытовая травма, 2 – производственная травма. У 13 пострадавших была закрытая, у 6 открытая травма живота с разрывом селезенки. Изолированное повреждение селезенки диагностировано у 7 больных, у 11 пострадавших разрыв селезенки сочетался с повреждением печени, кишечника, переломами ребер, верхней и нижней конечностей и с черепно-мозговой травмой.

Все 19 больные были оперированы под общим эндотрахеальным наркозом. Спленэктомия выполнена 17 больным, ушивание раны селезенки с тампонадой сальником – 2. При лапаротомии у всех больных в брюшной полости обнаружена кровь в объеме от 400 до 2500 мл.

Реинфузии крови излившийся в брюшную полость использованы у 9 больных.

Во всех случаях во время операции при отсутствии повреждения полых органов после удаления сгустков крови из брюшной полости кровь собирали, фильтрировали через 8-слойный марлевой фильтр в специальные флаконы, содержащие 6% раствор цитрата натрий. При отсутствии консерванта использовали гепарин, затем струйно переливали больным внутривенно или через подключичной катетер. В среднем каждому больному перелито от 400 до 2000 мл аутокрови. У больных, которым проводилась реинфузия крови, посттрансфузионных реакций (озноб, повышение температура тела, желтушность и т.д.) не отмечалось. В дальнейшем у многих больных необходимости в переливании донорской крови не возникало.

Исходя из вышеизложенного, рекомендуем при повреждениях селезенки широко использовать реинфузии крови.

ПРОФИЛАКТИКА ДВС-СИНДРОМА ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ С СОЧЕТАННЫМИ И КОМБИНИРОВАННЫМИ ТРАВМАМИ

Убайдуллаев З.Ш., Фаязов А.Д., Абдуллаев У.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В отделение ожоговой реанимации РНЦЭМП ежегодно поступают 180–220 тяжелообоженных больных с шоком различной степени тяжести, у которых ИФ составляет от 30 до 230 ед.

По нашим наблюдениям ДВС-синдром развивается при тяжелом и крайнее тяжелом ожоговом шоке. В 1 сутки ожогового шока развивается первая стадия ДВС-синдрома- гиперкоагуляция, при котором наблюдается укорочение времени свертывания крови в 1,5–2,5 раза, повышение уровня фибриногена в 1,5–2 раза, ПТИ в 1,2–1,3 раза, уровня гемоглобина и гематокрита в 1,2–1,5 раза. На 2–3 сутки гиперкоагуляция переходит во II стадию – коагулопатию потребления, при которой наблюдаются укорочение или нормализация времени свертывания крови, снижение уровня фибриногена в 1,2–1,5 раза, тромбоцитопения в 1,5–2 раза. Если компенсаторное развитие острого фибринолиза переходит физиологически допустимую границу, может начаться клинически выраженное профузное кровотечение. То есть иногда при крайне тяжелых состояниях II стадия ДВС может перейти в III стадию – гипокоагуляцию.

Задачей профилактики ДВС крови является предупреждение тромбообразования в микрососудах органов и тканей. Для этого необходимы ранняя защита эндотелия капилляров от повреждения и предупреждение агрегации тромбоцитов. Основу профилактики ДВС крови составляет ранняя патогенетическая терапия той патологии, которая стала причиной тяжелого состояния больных. При термических поражениях требуется быстрое повышение артериального давления выше критического уровня, восполнение ОЦК и ОЦП, и, самое главное, как можно более быстрое восстановление перфузии тканей, улучшение реологических свойств крови и ее транспортной функции.

В отделении ожоговой реанимации РНЦЭМП для профилактики ДВС-синдрома тяжелообоженным больным с первых часов лечение проводится:

– для восполнения ОЦК – адекватная инфузионная терапия;

– для улучшения микроциркуляции – антикоагулянты (гепарин 50–100 ед/кг 4 р. или 1000 ед/ч) и антиагреганты (курантил 2 мл 2 р., трентал 5 мл 2 р.), дофамин (2-5 мкг/кг/мин);

– с целью антигипоксантной терапии – оксигенотерапия и инспираторная терапия;

– с целью регуляции процессов ПОЛ – антиоксидантное терапия (сукцинасол 10 мл/кг/сут., витамин С 5% 10–20 мл, вит Е 2–3 мг/кг/сут.);

– с целью мембраностабилизации – глюкокортикоиды (преднизолон 1–10 мг/кг/сут.);

– с целью профилактики стрессовых язв – гастропротекторы (контролок 40 мг 2 р., фамотидин 40 мг 2 р., омепразол 20 мг 2 р., алмагель 5–30 мл/сут.).

Учитывая продолжительность высокого риска развития тромбозов, продолжается введение антикоагулянтов и антиагрегантов в периодах токсемии и септикотоксемии ожоговой болезни. Со 2–3 суток, ориентируясь на клинику и тесты коагулограммы, на фоне проводимой комплексной терапии проводиться трансфузия СЗП. В I и II стадиях ДВС-синдрома проводим СЗП трансфузию в объёме 5–10 мл/кг/сут, а в III стадии 15-20 мл/кг/сут. В стадии глубокой гипокоагуляции, при кровотечении и тромбоцитопении прибегаем к введению больших доз ингибиторов протеаз, криопреципитата и тромбомассы.

Ретроспективный анализ показывает, что за истекшие 2 года через отделения ожоговой реанимации прошли 377 тяжелообоженных больных разного возраста с ИФ до 220 ед. На фоне комплексной терапии в периоде шока явления стрессовых язв и развитие III стадии ДВС синдрома не отмечалось. Но в периоде токсемии у пострадавших наблюдались стрессовые эрозии с язвами, у 3 – кровотечения из ЖКТ при ИФ свыше 90 ед. За прошедшей период летальных исходов, связанных с ДВС синдромом, не было.

Таким образом, своевременное проведение патогенетически обоснованной комплексной терапии тяжелообоженным больным предупреждает развитие и прогрессирование ДВС-синдрома, уменьшает частоту осложнений ожоговой болезни, приводит к снижению развития полиорганной недостаточности и летальности, укорачивает сроки выздоровления больных с критическими ожогами.

КОМПЛЕКС СТАНДАРТНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСТРАДАВШИМ С ТЯЖЁЛЫМИ СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

Умаров О.М., Дехканов К.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП

В 2007–2012 гг. в Ферганском филиале РНЦЭМП на лечении находились 879 больных с политравмами и сочетанными повреждениями, из них 576 (65,5%) мужчин и 303 (34,5%) женщины. ДТП стало причиной травмы у 66,8% пострадавших, падение с высоты – у 18,8%, криминальные травмы отмечались у 9,2%, производственные у 3,6%. Пострадавшие с сочетанными повреждениями черепа и ОДА составили 64,6%, сочетанными повреждениями внутренних органов и ОДА – 20,8%, с множественными травмами – 14,6%. 806 (91,7%) пострадавших доставлены в экстремальном состоянии, из них с травматическим шоком I – II степени – 271 (33,6%), с травматическим шоком III – IVстепени 536 (66,5%), внутренним (абдоминальным или торокальным) кровотечением – 114 (14,2%), наружным кровотечением (при открытых переломах конечностей) – 498 (61,8%). Нами разработан стандарт оказания неотложной помощи пострадавшим с сочетанными повреждениями.

Медицинская помощь пострадавшим должна оказываться одновременно с осмотром больного и первичной диагностикой. Осмотр должны проводить совместно травматолог, нейрохирург, хирург, реаниматолог во главе с ответственным хирургом. Сразу же надо решать вопрос об объёме оказываемой интенсивной терапии и оперативного вмешательства. Лечебно-диагностический процесс у больных с сочетанной травмой необходимо начинать с определения доминирующей патологии. Лечебно-диагностические мероприятия нужно проводить непосредственно у постели больного. Не нужно тратить «драгоценное» время, которое столь необходимо, для спасения жизни пострадавшего для транспортировки в диагностические кабинеты.

Лабораторная диагностика должна осуществляться в динамике, начиная с первых минут после поступления до стабилизации состояния пострадавших и включать все виды клинических и биохимических исследований. Обязательными манипуляциями с диагностичес-кой целью должны быть (по показаниям) люмбальная пункция, пункция полостей, лапароскопия, лапароцентез,торакоцентез, пункция суставов.

Одновременно с диагностическими мероприятиями должны проводиться интенсивная противошоковая терапия. Важными элементами анестезиолого-реанимационной помощи являются лечебные мероприятия по предупреждению и устранению последствий геморрагического шока и надлежащего обезболивания. Больным катетеризируются центральные вены, проводится коррекция дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, противошоковая терапия, регуляция водно-электролитного обмена. Осуществляется мониторинг ЭКГ, ЧСС, АД, ВД.

Одной из важных задач противошоковой терапии является адекватное обезболивание пострадавших, новокаиновые блокады области перелома, внутритазовые блокады по Школьникову, вагосимпатическая блокада при торакальной травме. При политравме, при наличии повреждений нескольких сегментов конечностей, необходимо проводить блокаду магистральных нервных стволов раствором новокаина и лидокаина. Одной из главных задач лечения пострадавших с сочетанными повреждениями и политравмой должна быть борьба с гипоксией, которая связана с замедлением циркуляции крови (циркуляторная гипоксия) и уменьшением количества эритроцитов (гипоксимическая гипоксия). При тяжелом шоке компенсаторные механизмы регуляции выработки кортикостероидов истощаются, поэтому необходимо применять гормоны преднизолон и дексаметазон. Наряду с противошоковыми мероприятиями, у пострадавших с сочетанными повреждениями и

политравмами необходимо проводить профилактику жировой эмболии (липостабил, эссенциале, 33% этиловый спирт), тромбоэмболии, кровоостанавливающую терапию. При открытых повреждениях, размозжениях конечностей необходимо обязательное введение 30.000 МЕ поливалентной противогангренозной сыворотки, противостолбнячной сыворотки и анатоксина.

Оперативные вмешательства необходимо выполнять последовательно, после устранения доминирующей патологии на брюшной и грудной полостях, черепе. Выбор метода лечения переломов конечностей зависит от состояния пострадавшего, локализации и характера перелома. При нестабильной гемодинамике больного и возможном развитии осложнений при тяжелых открытых переломах мы применяли малоинвазивные методы остеосинтеза повреждённых конечностей аппаратами внешней фиксации (Илизарова и стержневые аппараты). После стабилизации гемодинамики больного при закрытых переломах возможно применение погружного остеосинтеза.

Разработанный нами комплекс стандартных мероприятий может без дополнительных экономических затрат обеспечить значительное снижение вероятности летальных исходов, сократить продолжительность лечения и сроки временной нетрудоспособности пострадавших с тяжёлыми сочетанными и множественными повреждениями.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНИЯ И ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Умбаров Б.С., Мадартов К.М., Худойкулов Б.К., Девонов Х.Р.

Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП

Изучены результаты экстренной торакоскопии у 76 больных с ранениями и травмами грудной клетки за период 2010–2012 гг., причиной которых явились закрытая травма груди у 62 (81,6%) пострадавших и проникающие ранения у 14 (18,4%). Мужчин было 65 (85,5%), женщин – 11 (14,5%) в возрасте от 15 до 66 лет. Левосторонняя локализация повреждения отмечалась у 45 (59,2%) больных, правосторонняя – у 31 (40,8%).

Всем больным при поступлении сделаны рентгенологические исследования грудной клетки. Показаниями к выполнению экстренной торакоскопии при травмах грудной клетки служили гемопневмоторакс – у 52 пациентов, пневмоторакс – у 14, гемоторакс – у 10.

Торакоскопия позволила визуализировать продолжающееся внутриплевральное кровотечение у 24 пациентов, повреждение легкого – у 35, свернувшийся гемоторакс – у 9, повреждение диафрагмы – у 8.

У 18 (23,7%) пострадавших при эндоскопической ревизии мы удостоверились в отсутствии ранения органов грудной клетки и признаков продолжающего внутриплеврального кровотечения. Во всех этих случаях нам удалось эндоскопическим способом санировать плевральную полость от крови и ее сгустков. Еще у 12 (15,8%) пациентов малоинтенсивное внутриплевральное кровотечение из межреберных тканей, поверхности легкого и диафрагмы было остановлено эндоскопической электро-коагуляцией. Даже при наличии небольших поверхностных ран легкого без признаков кровотечения эндоскопическую ревизию завершали электрокоагуляцией травмированной поверхности и дренированием плевральной полости с последующей активной аспирацией, что обеспечивало раннее и стойкое расправление легкого.

Переход к широкой торакотомии потребовался 24 (31,6%) пациентам, у которых был выявлен гемоторакс объемом более 1 л. У остального 21 пострадавшего (27,6%) последствия травмы были ликвидированы через миниторакотомный доступ путем видеоассистирования. Уровень миниторакотомии определяли в зависимости от эндоскопически установленной локализации повреждения и, как правило, находился в пределах IV-VI межреберья. В отличие от торакоскопии, при минидоступе значительно быстрее и надежнее осуществляется гемостаз из межреберных сосудов, во всех случаях легко удается выполнить фрагментацию и удаление свернувшегося гемоторакса, можно полностью осмотреть труднодоступные при торакоскопии участки плевральной полости сочетанием прямой и эндоскопической визуализации и без особых сложностей ушить раны легкого и диафрагмы. У 8 больных с ранением диафрагмы вторым этапом произведена лапаротомия. Осложнений после торакоскопических и видеоассистированных вмешательств не наблюдалось.

Таким образом, видеоэндоскопические вмешательства – эффективный метод диагностики и лечения травмы грудной клетки в силу их малой травматичности, высокой информативности и широких возможностей по ликвидации последствий повреждений органов грудной клетки. Выработанная лечебно-диагностическая тактика на основе применения торакоскопии может использоваться для оказания экстренной хирургической помощи пострадавшим с травмой груди.

УЧАСТИЕ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Уразметова М.Д., Хаджибаев А.М., Мадаминов А.А., Ахмедова Р.К.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Несмотря на большое количество исследований, посвященных морфологическим аспектам регенерации печени, проблема регуляции регенерации еще далека от разрешения. Это связано, в первую очередь, с недостатком сведений о глубинных механизмах регенерации в физиологических условиях и при патологических воздействиях. Успехи последних десятилетий в области молекулярной биологии и фундаментальной иммунологии дали мощный толчок к изучению регуляции регенерации на молекулярном уровне. В первую очередь, это относится к цитокинам, источником образования которых в печени являются клетки Купфера, синусоидальные эндотелиальные клетки и звездчатые клетки (Don C. R., 2000). Цитокины (медиаторы, факто-

ры клеточного взаимодействия) – вещества белковой природы, продуцируются различными типами клеток организма и являются своеобразным языком общения клеток друг с другом. Действуя подобно гормонам, цитокины координируют дифференцировку клеток и поддерживают или восстанавливают нормальный гомеостаз. Они обеспечивают не только внутрипеченочные межклеточные взаимодействия, но и связь печени с другими органами. Цитокины участвуют в регуляции обмена аминокислот, белков, углеводов, липидов и минеральных веществ. Работы по изучению роли цитокинов в повреждении, поддержании активности воспалительного процесса и регенерации измененной печени немногочисленны. Каких-либо данных о роли цитокинов в условиях клинического применения метода трансплантации клеток, особенно эмбрионального происхождения, не существует. Кроме того, проводимое исследование актуально в связи с созданием рекомбинантных цитокинов и разработкой в будущем методов цитокиновой и антицитокиновой терапии в клинике у больных с острой печеночной недостаточности (ОПН).

Цель. Исследование уровня спонтанных про- и противовоспалительных цитокинов при экспериментальной модели ОПН.

Материал и методы. Эксперименты проведены на 75 белых беспородных крысах-самцах массой 250–300 г. Эксперименты проводились в соответствии с правилами, принятыми Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных целей (Страсбург, 1986), и с одобрения Национального этического комитета РУз (Ташкент, 2011) в экспериментальной лаборатории РНЦЭМП. Животных содержали в условиях вивария при свободном доступе к пище и воде. Перед проведением эксперимента крыс выдерживали в карантине 20 дней. Все болезненные манипуляции проводили под тиопенталовым наркозом, животных выводили из опыта методом декапитации. В процессе эксперимента состояние печени оценивали по макроскопическим признакам (выпадение волос, гиподинамия, желтушность кожных покровов, изменение массы, визуальный осмотр печени при оперативных вмешательствах), биохимическим показателям сыворотки крови и данным световой микроскопии.

Как показали исследования, в сыворотке крови здоровых животных содержание: провоспалительных ИЛ-1β составляло 6,29±0,3 пг/мл, ИЛ-6 – 1,23±0,012 пг/мл, ФНОα – 0,69±0,03 пг/мл, противовоспалительного ИЛ-10 – 0,56±0,04 пг/мл. У животных с экспериментальной ОПН, индуцированной введением CCl4, на третьи сутки уровень всех цитокинов повышался и значительно отличался от контроля ($p<0,05$). В дальнейшем, на 7 сутки эксперимента содержание провоспалительных ИЛ-1β составляло 12,7±0,43 пг/мл, ИЛ-6– 8,73±0,01пг/мл, ФНОα – 4,02±1,15 пг/мл, т.е. в 2, в 7 и 6 раз выше контроля. Концентрация противовоспалительного цитокина ИЛ-10 была намного ниже и равнялась 1,56±0,06 пг/мл, т.е. в 2,8 раза выше контроля. Концентрация как про-, так и противовоспалительного ИЛ-10 и на 28 сутки эксперимента оставалась выше контроля в 2–10 раз, что определяет наличие воспалительного процесса у животных с ОПН. Из полученных данных становится очевидным, что содержание ИЛ-1b на 14 сутки эксперимента возрастает вместе с ИЛ-6 и ИЛ-10 с последующим уменьшением на 21сутки, когда увеличивается ФНОα. Но на 28 сутки увеличение концентрации ИЛ-1b сопровождается снижением ИЛ-6 и ФНОα. Такие небольшие изменения происходят на фоне увеличения ИЛ-10 до 1,78±0,05пг/мл, т.е. в 3 раза выше контроля. Такое изменение раскрывает особенности их возрастания и изменения в процессе развития ОПН. Так, если на протяжении эксперимента концентрация ИЛ-1b увеличивается в 2 раза, а ИЛ-6 – в 7 раз, то ФНОα на 7сутки наблюдения – в 6,8 раза, а на 21 сутки в 12 раз, несколько понижаясь на 28 сутки (10,6 раза). При резком возрастании уровня провоспалительных цитокинов наблюдается повышение противовоспалительного ИЛ-10 только в три раза.

Таким образом, повышение активности изучаемых цитокинов у экспериментальных животных с ОПН отражает не только цитокиновый дисбаланс, но и нарушение иммунорегуляции. При этом в печени цитокины кроме гибели клеток, воспаления и локальных иммунных реакций регулируют и регенерацию гепатоцитов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСПЛАНТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ФЕТАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У КРЫС

Уразметова М.Д., Хаджибаев А.М., Мадаминов А.А, Ахмедова Р.К.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Смертность от хронической печеночной недостаточности по данным ВОЗ занимает пятое место среди других заболеваний, а от острой печеночной недостаточности (ОПН) достигает 70-90% (Bernal W. et al., 2010). Печеночная недостаточность может осложнять течение заболеваний не только гепато-панкреатодуоденальной зоны, но и других органов и систем организма. Описаны случаи молниеносной печеночной недостаточности при миллиарном туберкулезе, раке легкого, болезни Альцгеймера и другой патологии (Laleman W. et al., 2011). Лечение печеночной недостаточности с помощью трансплантации зрелых соматических и фетальных гепатоцитов является новым этапом развития практической гепатологии (Хаджибаев А.М. и др., 2011; Touboul T. et al., 2011; Zhou P. et al., 2011). Трансплантация гепатоцитов направлена на восстановление утраченных функций печени пациента и активацию регенерации неповрежденной паренхимы печени. Такой подход объясняется тем, что даже в очень сильно поврежденной печени часть паренхиматозных клеток, окружающих зоны некроза, является жизнеспособной и при определённых условиях, может регенерировать (Teng Y. et al., 2010).

Цель. Изучение терапевтического эффекта различных видов фетальных гепатоцитов при лечении ОПН.

Материал и методы. Эксперименты проведены на

половозрелых беспородных крысах-самцах весом 170-220 г, которых разделили на две группы. 1-ю группу которая служила контролем, составили 20 крыс с моделью ОПН. Во 2-ю группу – сравнения включены 20 животных, которых лечили с помощью фетальных гепатоцитов человека (ФГЧ) без дополнительного введения иммуносупрессоров. 3-ю группу – также сравнения – составили 20 животных, которых лечили с помощью фетальных гепатоцитов крыс (ФГК). Животным групп сравнения внутриселезеночно трансплантировали свежевыделенные фетальные гепатоциты на вторые сутки после индуцирования ОПН в дозе 15–20 млн клеток в объеме 0,15–0,20 мл в питательном растворе RPMI 1640 лапаротомическим доступом в нижний и средний полюс паренхимы селезёнки в 2–3 точки путем медленной и осторожной инъекции 1-мл туберкулиновым шприцем в течение 1,0–1,5 мин. Эксперименты над животными проводились в соответствии с правилами, принятыми Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных целей (Страсбург, 1986) и с одобрения Национального этического комитета РУз (Ташкент, 2011). Все болезненные манипуляции производили под тиопенталовым наркозом, животных выводили из опыта методом декапитации. В процессе эксперимента состояние печени оценивали на основании макроскопических признаков (выпадение волос, гиподинамия, желтушность кожных покровов, изменение массы, визуальный осмотр печени при оперативных вмешательствах), изменения биохимических показателей сыворотки крови и данных световой микроскопии.

После введения четыреххлористого углерода у крыс наблюдалось токсическое поражение печени с картиной ОПН. В крови животных происходили достоверные нарушения всех биохимических параметров, напрямую связанных с поражением ткани печени. Лабораторным признаком печеночно-клеточной недостаточности явилось нарастание концентрации билирубина.

Несмотря на различие в видовых характеристиках клеточного материала (ФГК, ФГЧ) в эксперименте нами установлена высокая эффективность их использования при лечении ОПН. Одной из главных причин этого является иммунологическая незрелость донорских фетальных клеток плодов человека ввиду неполноценности набора его антигенов. Благодаря этому иммунная система крыс-реципиентов, которым вводят изолированные фетальные гепатоциты, не в состоянии их распознать, а значит — и отторгнуть. Во-вторых, фетальные клетки еще сами недостаточно зрелы, чтобы атаковать нового хозяина. В-третьих, пересаженные фетальные клетки мобилизуют и стимулируют собственные защитные силы организма, являясь, таким образом, мощным фактором, стимулирующим рост клеток. Это характеризуется выраженными антиоксидантными и противовоспалительными свойствами. Несмотря на то, что имплантация фетальных клеток не является «генной терапией», вполне возможно, что содержащиеся в них биологически активные вещества способствуют экспрессии «молчащих» генов.

Анализ Каплана-Мейера в течение 504 ч наблюдения выявил значительное и раннее улучшение выживаемости, связанное с использованием ФГК. В контрольной группе из 20 крыс в течение 504 ч погибли 16 (80%), а в группе сравнения с ФГК – только 9 (45%), с ФГЧ – 10 (50%). Первый случай гибели в контрольной группе зафиксирован через 12 часов, в группах сравнения с ФГК и ФГЧ – через 48 ч. Таким образом, животные групп сравнения с ФГК и ФГЧ имели достоверно более высокую продолжительность жизни, чем животные без пересадки (Logrank test p = 0,0195 и 0,0236 соответственно). При этом показатель относительного риска составил соответственно 0,4287 (95% ДИ 0,1943–0,9457) и 0,4421 (95% ДИ 0,2312–0,9854).

Таким образом, развитие токсического гепатита, вызванного однократным введением четыреххлористого углерода, сопровождается жировой инфильтрацией паренхимы печени, которая характеризуется постепенным снижением интенсивности поражения печеночных долек от перипортальной зоны к центру. Внутриселезеночное введение ФГК и ФГЧ при CCl_4 индуцированном ОПН способствует регенерации печени и создании условий для пролиферации гепатоцитов реципиента. Морфологически это выражается в полиплоидии печеночных клеток, увеличении размеров ядер гепатоцитов и их гипертрофии, а также восстановлении микротопографических взаимоотношений в ацинусе. Видовое различие клеточного материала не было достоверно значимым по анализу выживаемости Каплана-Мейера и морфологическим параметрам. Положительное воздействие ксенотрансплантации ФГЧ на поврежденную печень совпадает с эффектами регенерации печени крыс, что обосновывает целесообразность трансплантации клеток, содержащих выделенные фетальные изолированные гепатоциты, указывает на возможность для использования их в клинических условиях при ОПН.

ЛЕЧЕНИЕ ТУННЕЛЬНОГО СИНДРОМА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Махмудов Н.И.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Туннельный синдром характеризуется как клинический симптомокомплекс, обусловленный сдавлением сосудов и нервов в анатомических каналах или туннелях в результате повышения внутрифасциального футлярного давления (Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., Мельничук П.В., 1995).

Сообщения о туннельном синдроме в периодической печати встречаются редко. Отдельные наблюдения, встречающиеся в практике сосудистых хирургов и травматологов, распознаются в относительно поздние сроки, точная диагностика этой патологии представляется практически важной, поскольку вовремя начатое лечение позволит сохранить конечность.

В отделении сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП в 2000 -2013 гг. на лечении находились 46 больных с повышением внутрифасциального давле-

ния. Мужчин было 30 (65,2%), женщин – 16 (34,8%), в том числе детей – 12 (26,1%).

Причиной туннельного синдрома у 11 пациентов явилась тупая травма с нарастающей гематомой, у 13 – нераспознанная сочетанная костно-сосудистая травма, у 17 – после восстановления кровотока, у 5 – в результате сдавления сосудисто-нервного пучка сместившимися суставными концами при переломо-вывихах.

В первые 3 часа после повреждения и оказания хирургического пособия оперативные вмешательства были произведены у 29 пациентов, от 3 до 6 часов – у 8, от 6 до 24 часов – у 6, свыше 24 часов – у 3.

Многие врачи недостаточно знакомы с клиническими проявлениями туннельного синдрома и начинают думать о повышении внутрифасциального давления в относительно поздние сроки, когда уже развилась картина недостаточности кровообращения. Этим можно объяснить факт поздней доставки больных и задержку специализированной помощи.

Хирургическая тактика заключалась в лечебной открытой фасциотомии, проводимой преимущественно над проекцией сосудисто-нервных пучков. После широкого вскрытия фасциальных влагалищ из мышечного ложа мышца полностью освобождалась от сдавления. Визуализировался сосудисто-нервный пучок, определялась проходимость сосуда, при наличии тромбоза выполнялась тромбэктомия, при спазме сосуда производилась десимпатизация, вводились спазмолитики. Оценивалась жизнеспособность сдавленных мышц (по цвету мышцы, наличию в ней кровотока). Тусклые, серо-грязного цвета или напоминающие «рыбье мясо», лишенные кровотока участки мышцы резецировались. У 5 пациентов после резекции нежизнеспособных мышц конечностей образовался дефект над проекцией костей и сосудисто-нервным пучком, который закрыт рядом расположенной явно жизнеспособной мышцей. При развившихся глубоких некрозах выполняли этапные некрэктомии. У 1 больного раннее восстановление проходимости сосуда в заведомо инфицированной ране явилось единственным средством сохранения конечности.

После очищения ран от некротических тканей и появления сочных грануляций, уменьшения отека, восстановления пульсации периферических артерий, на рану накладывались вторичные швы.

Больным назначались прямые антикоагулянты, дезагреганты, конечности придавалось возвышенное положение. В послеоперационном периоде у пациентов уменьшался болевой и отечный синдромы, парестезии, улучшалась функция кисти.

Благодаря проводимым мероприятиям у 41 (89,1%) больного получены хорошие результаты. У 4 (8,7%) пациентов отмечались выраженные дегенеративные изменения конечности, требующих ряда дополнительных операций и длительного реабилитационного лечения. У 1 (2,2%) больного в связи с возникшими гнойно-септическими осложнениями произведена ампутация конечности на уровне предплечья.

Таким образом, лечение туннельных синдромов верхних конечностей необходимо проводить в специализированных отделениях. Основным в лечении туннельного синдрома является экстренная открытая фасциотомия, что позволяет добиться удовлетворительных функциональных результатов.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ И КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЕ

Фаязов А.Д., Ажиниязов Р.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Ожоговая травма сопровождает как различные виды боевой патологии, так и поражения, массово возникающие в мирное время. Своевременно оказанная медицинская помощь обожженным непосредственно в очагах бедствий является залогом дальнейшего успешного лечения и прогноза (Азолов В. В. и др., 2004; Брыгин П. А. и др., 2007).

Клиническую картину ожоговой болезни отражают паника и метания обожженных в горящих очагах с надеждой оказаться подальше от пламени, их стоны от нестерпимой боли, приводящей к ожоговому шоку, а в последующем к развитию инфекционного осложнения раневого процесса.

В оказании первой помощи задействованы пожарные, спасатели, бригады медицины катастроф и скорой медицинской помощи. Пожарные осуществляют прекращение воздействия поражающего фактора и эвакуацию пострадавшего из огня. Спасатели дополнительно снабжены медицинскими укладками и могут оказывать первую помощь в объеме: транспортировка пострадавшего в безопасную зону, обезболивание, использование хладопакетов, наложение асептической повязки, передача бригадам СМП. Бригада скорой медицинской помощи (не могут работать в зоне ЧС) оказывает первую помощь в объеме установленных стандартов и алгоритмов в соответствии с нормативными документами. Бригада медицины катастроф (могут работать в зоне ЧС) оказывает помощь в соответствии со стандартами оказания первой медицинской помощи. При этом лечебно-диагностические мероприятия в отношении пострадавших от ожогов у представителей различных служб часто повторяются, что приводит к увеличению времени перед транспортировкой и ухудшают дальнейший прогноз. В действиях этих служб во время оказания неотложной помощи обожженным на догоспитальном этапе большую роль играет координация. Несомненно и то, что, наряду со спасением от огня и сортировкой пострадавших, основной целью, должна быть ранняя противошоковая инфузионная терапия. Последовательность клинико-диагностической тактики:

1. Прекратить действие термического агента. Для этого нужно вынести пострадавшего из очага, придать ему горизонтальное положение, погасить пламя (можно накрыть одеялом – следить, чтобы голова была открыта, иначе пострадавший может отравиться продуктами горения и получить ожог дыхательных путей). Как можно скорее охладить обожжённую поверхность струей прохладной воды.

2. Наркотические анальгетики и подача кислорода при большой ожоговой поверхности показаны всегда. Внутривенное сочетание морфина 1,0 мл или фентанила 2,0 мл облегчает боли и отрицательные эмоции, а ингаляция кислорода уменьшает гипоксию и отравление продуктами горения.

3. Тактически правильным будут действия по началу ранней инфузионной терапии у любого пострадавшего с площадью поражения 20 % и больше (или глубокого ожога 10 % и больше). Задержка инфузионной терапии даже на один час ухудшает состояние и прогноз (Гайдар Б. В., 2005). Сосудистый доступ и начало инфузионной терапии растворами кристаллоидов при площади поражения от 10 % поверхности тела, независимо от тяжести состояния. Плазмарея из ожоговой поверхности приводит к потере электролитов, что требует их адекватного замещения. Пациентам с глубокими ожогами более чем 15 % (10% дети) площади поверхности тела необходимо начинать инфузионную терапию растворами лактата Рингера в объеме не менее 1000 мл/ч взрослым и 400–500 мл/ч детям, еще до того как будет оценена тяжесть ожога и потребности в возмещающей жидкости (Barret-Nerin J.P., Herndon D.N., 2005). Возможна пероральная гидратация щелочно-солевым раствором с помощью «питья Халдана»: 3 г поваренной соли и 1,5 г питьевой соды на 1 л воды.

4. Приставшие к ожоговой ране куски одежды не отделять. Лучшей первичной повязкой является сухая асептическая контурная повязка. Обширные открытые обожженные поверхности закрываются стерильными простынями, чистой тканью, бельем. Согревание с укутыванием в одеяла, позволяет поддерживать теплообмен.

5. При ухудшении состояния и нарастании ожогового шока закись азота с кислородом в соотношении 1:1, ГЭК 6 % 250 мл в вену.

6. Во время транспортировки постоянный контроль внешнего дыхания. Ингаляция кислорода. При отеке гортани и удушья – интубация трахеи и ИВЛ.

В заключение следует отметить, что неотложная помощь при ожоговой травме будет иметь клинический эффект при своевременном и грамотном тактическом взаимодействии организационных и медицинских служб. Быстрое спасение от огня, сортировка пострадавших, ранняя инфузионная терапия и оксигенотерапия составляют противошоковое звено на догоспитальном этапе.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КУЛЬТИВИРОВАННЫХ АЛЛОФИБРОБЛАСТОВ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Фаязов А.Д., Уразметова М.Д., Камилов У.Р., Ахмедова Р.К.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Сложность и многокомпонентность патогенеза ожоговой болезни обусловливает изменения во всех органах и системах организма, в том числе и иммунной. Особую группу составляют обожженные с комбинированными и сочетанными поражениями. Тяжелые нарушения гомеостаза, развивающиеся в ранние сроки после травмы, связаны с развитием мембранной патологии, которая служит основной причиной угнетения клеточного и гуморального иммунитета. Вследствие этого нарушается весь комплекс механизмов, ответственных за противоинфекционную защиту.

Неотъемлемая часть комплексной терапии ожоговой болезни – восстановление функциональной активности иммунной системы. Кроме того, одной из важнейших проблем современной комбустиологии является необходимость скорейшего закрытия ожоговых ран, так как частота развития гнойно-септических осложнений ожоговой болезни находится в прямой зависимости от длительности существования ожоговых ран. Нередко процесс пластического закрытия глубоких ожогов усложняется дефицитом донорских ресурсов, что диктует необходимость изыскания эффективных методов восстановления кожного покрова.

У 105 обожженных с комбинированными и сочетанными поражениями, находившихся в отделении комбустиологии РНЦЭМП МЗ РУз, при проведении пластического закрытия участков глубоких ожогов применена комбинированная аутодермопластика с трансплантацией культивированных аллофибробластов. У 82 (78,1%) пациентов имело место термоингаляционная, у 16 (15,2%) – черепно-мозговая травма. 7 (6,7%) пострадавших получили термические ожоги в комбинации с переломами крупных сегментов конечностей.

Иммунологические исследования включали подсчет количества лейкоцитов и общих лимфоцитов, выделение лимфоцитов из 4–5 мл гепаринизированной периферической крови по Boyum (1968) на градиенте плотности фиколл-верографин (1,077 г/л), фенотипирование лимфоцитов методом непрямого розеткообразования с помощью моноклональных антител (CD3, CD4, CD8, CD16, CD19), входящих в панель основных CD-маркеров для определения Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-цитотоксических, натуральных киллеров и В-лимфоцитов соответственно.

Исследования показали, что течение ожоговой болезни в периоде септикотоксемии сопровождается глубокими нарушениями иммунного статуса, о чем свидетельствуют количественный и функциональный Т-клеточный дефицит, нарушение процесса иммунорегуляции и естественных факторов защиты, баланса сывороточных цитокинов. Так, количество лейкоцитов у обследованных увеличивалось в 2 раза, а процентное содержание общих лимфоцитов было ниже контроля на 78%. Относительное содержание Т-лимфоцитов (CD3+клеток), регуляторных субпопуляций CD4+ и CD8+ клеток составляло соответственно 73,6, 63 и 95%. Определялось повышение содержания В-лимфоцитов (CD20+клеток до 162%) и естественных киллеров (CD16+клеток до 156%) при снижении фагоцитарной активности нейтрофилов до 51%.

Трансплантация культивированных аллофибробла-

стов приводила к изменению показателей иммунного статуса. На 7 сутки после трансплантации наблюдалось снижение количества общих лимфоцитов с повышением их процентного содержания, с выраженным снижением лейкоцитоза. Повышение относительного количества Т-лимфоцитов (CD3) сопровождалось увеличением количества Т-хелперов (CD4) на 22% по сравнению с исходным. Достоверно повышалась фагоцитарная активность нейтрофилов (до 42,3±0,57% против 29,8±1,39% до трансплантации).

На 14 сутки после трансплантации регистрировалось более выраженное повышение количества общих лимфоцитов, процента Т-лимфоцитов и Т-хелперов.

Таким образом, трансплантация КАФ обожженным с комбинированными и сочетанными поражениями способствовала нормализации как количественных, так и функциональных показателей иммунного статуса. Повышение уровней показателей иммунного статуса и ускорение заживления ожоговых ран связано с положительным влиянием культивируемых аллогенных фибробластов. Ускорение заживления ран при внесении суспензии фибробластов обусловлено тем, что, кроме коллагена I типа, фибробласты синтезируют и вещества (FGF, TGF и другие цитокины), стимулирующие как миграцию краевых кератиноцитов, так и их пролиферацию. Эти же внеклеточные биологически активные вещества оказывают стимулирующее влияние на иммунную систему обожженных, о чем свидетельствует нормализация количества иммунокомпетентных клеток, их соотношения и функциональной активности Т-клеточного звена иммунитета.

Полученные данные об эффективности трансплантации культивированных аллогенных фибробластов в лечении обожженных с комбинированными и сочетанными поражениями позволяют рекомендовать их для широкого применения в клинической практике.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хаджибаев А.М., Ахмедов Р.А., Хамидов Б.П., Ким Д.Л.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Травмы, наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, являются одной из трех основных причин смертности населения. Сочетанные повреждения анатомических структур конечностей, которые занимают значительное место в структуре травм, сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений (39–46%), ампутаций (до 25%) и летальностью (12–21%).

В отделении хирургии сосудов с микрохирургией РНЦЭМП лечение получили 463 больных с сочетанными повреждениями анатомических структур верхних и нижних конечностей, у которых в связи с повреждением магистральных артерий развилась острая ишемия конечности. Пациентов с травматическим повреждением структур верхних конечностей было больше – 331 (71,5%), чем нижних конечностей – 132 (28,5%). Мужчин было 389 (84%), женщин – 74 (16%). Больные в основном были молодого, трудоспособного возраста – 28,7±1,4 года. У 204 (44,1%) больных развился травматический шок различной степени. Тяжелая степень его диагностирована у 52 (11,2%) больных. В состоянии алкогольного опьянения травму получили 52 (11,2%) пострадавших.

У 176 (38%) были костно-сосудистые травмы конечностей. Сочетание травматического повреждения различных органов (головной мозг, органы грудной клетки и брюшной полости) имело место у 34 (7,3%) пациентов. Эта была самая тяжелая группа по определению тактики и способа лечения. Хирургическое лечение их больных, (после остановки кровотечения) начинали с наиболее жизненно важного органа. Все манипуляции и хирургические вмешательства проводили одновременно с интенсивными противошоковыми мероприятиями с применением препаратов ГЭК, а при необходимости - плазмо- и гемотрансфузий.

По характеру повреждения наиболее часто встречались рвано-ушибленные 60 (13%) и колото-резаные 250 (54%) раны. Костно-сосудистые травмы диагностированы у 176 (38%) больных.

В связи с функциональной важностью при повреждениях анатомических структур конечностей хирургическое вмешательство начинали с восстановления магистрального кровообращения для уменьшения времени острой ишемии и профилактики реперфузионных осложнений. Наиболее частым – у 310 (67%) – вмешательством было наложение циркулярного и бокового шва на артерии, а при необходимости на вены с восстановлением нормальной перфузии ишемизированной конечности. У 41 (8,9%) пациента применили аутовенозное шунтирование или протезирование магистральных артерий. У 23 (5,0%) пострадавших выполнены высвобождение из межкостных промежутков и обширных гематом магистральных артерий и их артериолиз. Ревизия и лигирование поврежденных магистральных артерий осуществлено у 23 (5,0%) больных. В дальнейшем восстанавливали поврежденные нервы (n=301), сухожилия и мышцы, а при необходимости выполняли различные виды кожной пластики для закрытия обширных дефектов кожных покровов (n=7). При костно-сосудистых травмах у 121 (26,1%) больного выполнен остеосинтез. Мы сторонники применения внеочагового костно-дистракционного остесинтеза (ВКДО) аппаратом Илизарова, что дает значительные преимущества при уходе за ранами, позволяет не проводить раннюю разработку травмированной конечности и резко уменьшить количество гнойно-септических осложнений. У 12 больных с политравмами выполнялись симультантные вмешательства на органах грудной клетки (n=4) и брюшной полости (n=8).

У 398 (86,0%) пациентов после проведенных хирургических вмешательств были получены удовлетворительные и хорошие результаты с восстановлением кровообращения в конечности. Первичное восстановление кровообращения в травмированный сегмент позволило резко уменьшить и количество послеопераци-

онных гнойно-септических осложнений. К сожалению, 35 (7,6%) больным пришлось выполнять первичные ампутации. Умерли 11 (2,4%) больных.

Таким образом, выполнение первично-восстановительных хирургических вмешательств при сочетанных повреждениях анатомических структур конечностей дает возможность получить у 86,0% больных положительные результаты.

СТРАХОВОЧНАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Хаджибаев А.М., Гулямов Б.Т., Шукуров Б.И., Хакимов А.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В экстренную хирургию травм живота нами впервые введено понятие «страховочная видеолапароскопия», которая выполняется у пострадавших с сочетанной и политравмой, не имеющих явные клинические и сонографические признаки повреждения органов брюшной полости, однако подвергающиеся хирургическим вмешательствам под общим обезболиванием по поводу повреждения других анатомических зон.

Изучены результаты видеолапароскопии у 208 больных с сочетанной травмой в возрасте 33,7±14,4 года. Из них у 163 (78,4%) имелась сочетанная ЧМТ. У 109 (52,4%) пострадавших выявлено повреждение более 2 областей (например, живот+грудь+череп или живот+грудь+череп+позвоночник). Только у 34 (16,3%) пострадавших отсутствовали нарушения сознания, у всех остальных мы наблюдали оглушение (149), сопор (10) и кому (15). Более чем у половины пострадавших – 130 (62,5%) – в диагнозе фигурировал шок различной степени тяжести.

При сопоставлении результатов инициального УЗИ и хирургического вмешательства выявлено, что частота диагностических ошибок сонографии у больных с сочетанной травмой живота составляет 17,8%. Поэтому 102 (48,1%) пациенту выполнена «страховочная видеолапароскопия» вопреки отрицательным результатам УЗИ. У 28 (27,5%) больных такой тактический подход полностью оправдал себя, т.к. у них было выявлено наличие повреждения органов брюшной полости.

В сумме у 116 (55,8%) пострадавших с сочетанной травмой видеолапароскопическая техника смогла решить все лечебно-диагностические вопросы, связанные с травмой живота, без выполнения широкой лапаротомии.

Таким образом, у больных с сочетанной травмой живота «страховочная видеолапароскопия» позволяет сократить частоту диагностических ошибок в первые часы обследования и наблюдения на 27,5%. Видеолапароскопия позволяет быстро визуально оценить имеющиеся внутрибрюшные повреждения и определить рациональную хирургическую тактику без существенного риска для жизни пострадавшего, практически у половины (54,3%) больных решить все лечебно-диагностические вопросы, связанные с травмой живота, без выполнения широкой лапаротомии.

ПРОГРАММИРОВАННАЯ ФИБРОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Хаджибаев А.М., Асомов Х.Х., Рискиев У.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Несмотря на постоянное развитие хирургических технологий и применение новых методов лечения в хирургии, риск развития ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений (РПВБО) остается высоким. В последние 15 лет в литературе обсуждается вопрос о роли динамической видеолапароскопии в диагностике РПВБО.

Цель исследования. Улучшение исходов лечения больных с РПВБО с помощью метода динамической видеолапароскопии с использованием гибкого холедохофиброскопа.

Материал и методы. Проанализированы результаты наблюдения 311 больных с РПВБО, получавших лечение в хирургических отделениях РНЦЭМП с января 2006 г. по март 2013 г. Больные разделены на две группы. В 1-ю контрольную группу вошли 173 больных, у которых применялась традиционная тактика диагностики и лечения РПВБО. 2-ю основную группу составил 131 пациент, у которых в комплексной диагностике и лечении применялся метод динамической безгазовой-видеолапароскопии с использованием гибкогохоледохофиброскопа.

Результаты и обсуждение. У больных основной группы 138 после оперативного вмешательства на органах брюшной полости проводилась динамическая безгазоваявидеолапароскопия с использованием холедохофиброскопа OLYMPUS CHF-T20 (Япония). Лапароскопию выполняли в сроки от 12 часов до 8 суток после операции. Динамический осмотр при подозрении на несостоятельность анастомоза с помощью холедохофиброскопа проведен у 37 (26,8%) пациентов. У 10 из них выявлены умеренное количество мутного выпота, локализованного больше в верхних отделах брюшной полости, гиперемия брюшины и наложения фибрина в области оперативного вмешательства. У 3 больных имелось локальное отграниченное скопление мутного выпота в подпеченочной области с вовлечением печени, культи желудка, тонкой кишки и большого сальника. При ревизии и санации у 4 пациентов обнаружено подтекание прозрачного содержимого из культи двенадцатиперстной кишки. Во всех случаях установлены показания к лапаротомии. У 11 больных при повторной лапароскопии в ранние сроки после резекции удалось выявить несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки и до развития перитонита прибегнуть к оперативному вмешательству. 24 больным произведена лапароскопическая санация полости абсцессов брюшной полости различной локализации (5 – левое поддиафрагмальное пространство, 4 – межкишечный, 2 – подпеченочное и поддиафраг-

мальное пространства, 9 – подпеченочное пространство, 4 – правая подвздошная ямка). 42 больным после лапаротомии потребовалась фибролапароскопия для диагностики и лечения послеоперационного и продолжающего перитонита.

Под влиянием неоднократных санаций концентрация микробов в 1 мл перитонеального экссудата уменьшалось с 4,32±0,24 до 1,08±0,06 lg КОЕ/мл (p<0,05). Этапная санация у больных обеспечивала достоверное очищение брюшной полости в среднем на 82%, что свидетельствует о положительной динамике (p<0,05).

Анализ результатов лечения больных показал, что применение динамической фибролапароскопии в диагностике ранних внутрибрюшных осложнений помогает сократить срок постановки диагноза, больных с высоким риском развития ранних внутрибрюшных осложнений избавляет от напрасных релапаротомий.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Рахимов О.У.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с интраоперационным повреждением внепеченочных желчных протоков.

Материал и методы. Систематизированы подходы к диагностике и лечению интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков (ВЖП) у 86 больных. У 64 (74,4%) пациентов повреждение гепатикохоледоха произошло при традиционной холецистэктомии, у 22 (25,6%) – во время лапароскопической холецистэктомии.

Результаты. Рентгеноконтрастные исследования желчевыводящих путей (ЭРПХГ, ЧЧХГ, МРТ-холангиография, фистулохолангиография, интраоперационная телехолангиография) позволяли определить уровень и протяженность поражения, степень блока желчных протоков. По результатам обследования были выявлены следующие типы повреждений и стриктур (Гальперин Э.И., 2002): (+2) – у 19 (22,1%); (+1) – у 24 (27,9%); (0) – у 27 (31,4%); (-1) – у 11 (12,8%); (-2) – у 5 (5,8%) пациентов.

Пассаж желчи в кишечник у 9 (10,5%) больных был восстановлен швом на Т-образном дренаже между поврежденными концами гепатикохоледоха. У остальных 77 (89,5%) пациентов выполнены различные варианты билиодигестивных анастомозов: холедоходуоденоанастомоз применен у 16 пациентов, гепатикодуоденоанастомоз – у 13, гепатикоэнтеро- и бигепатикоэнтероанастомоз на выключенной петле по Ру – у 22, гепатикоэнтероанастомоз с межкишечным брауновским анастомозом – у 26. При проксимальных стриктурах для надежного формирования анастомоза использовали наружные дренажи по Фелькеру (7) или сквозной сменный дренаж по Сейпол-Куриану (6). Эти дренажи длительно (до 2 лет) сохраняли в просвете анастомоза и при необходимости заменяли (сменные дренажи) на другие.

В последние годы при проксимальных стриктурах применяем разработанный нами способ наложения гепатикоеюноанастомоза на металлическом каркасе (12).

Наряду с механическими (пересечение, иссечение, клипирование) при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) всегда имеет место и термическое воздействие на стенку протока, которое усложняет выполнение первичной восстановительной и реконструктивной операции. В связи с этим у 3 пациентов при повреждении выполнения ЛХЭ выполнено наружное дренирование гепатикохоледоха, а реконструктивный этап осуществлен через 6 месяцев.

Различные послеоперационные осложнения отмечались у 29 (33,7%) больных, умерли 6 (6,9%) пациентов в результате несостоятельности швов анастомоза и перитонита (2), кровотечения из острых язв желудка (1), печеночно-почечной недостаточности на фоне тяжелой интоксикации при гнойном холангите (2) и истощения при дуоденальном свище (1).

Таким образом, при выборе способа хирургической коррекции ятрогенных нарушений желчеотведения необходимо учитывать результаты комплексного использования рентгеноконтрастных методов диагностики, уровень и протяженность поражения гепатикохоледоха. Выявление травмы желчных протоков является показанием к переводу больных в специализированное отделение с целью радикальной коррекции желчеоттока наложением билио-билиарного или билиодигестивного анастомоза еще до развития тяжелых осложнений. Наиболее хорошие результаты получены при наложении гепатикоеюноанастомоза на выключенной петле по Ру с применением металлического кольца в качестве каркаса.

РОЛЬ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с механической желтухой доброкачественного генеза путем оптимизации подходов к использованию реконструктивных и малоинвазивных вмешательств.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 373 больных с механической желтухой доброкачественного генеза находившихся в стационаре в 2012 г., из них 250 (67%) женщин и 123 (33%) мужчины. В возрасте до 19 лет был 1 (0,3%) больной, 20–45 лет-101 (27%), 46–60 лет – 128 (34,3%), 61–75 – 96 (25,7%), старше 75 лет-47 (12,7%). Диагноз был установлен на

основании жалоб, анамнеза, результатов объективного осмотра, УЗИ и МР холангиографии. Уровень билирубина составил от 30 до 890 мкмоль/л. Всем больным первым этапом была выполнена ретроградная панкреатохолангиография. Причиной механической желтухи явились ЖКБ, холедохолитиаз у 238 (63,8%), ПХЭС, холедохолитиаз – у 31 (8,3%), стенозириущий папиллит – у 68 (18,2%), синдром Мирриззи – у 12(3,2%), парафатеральный дивертикул- у 6 (1,6%), паразитарная инвазия (печеночный сосальщик) – у 1 (0,3%), ПХЭС, стриктура холедоха – у 14 (3,7%), стенозирующий папиллит в сочетании с парафатеральным дивертикулом – у 2 (0,5%), ятрогенное повреждение холедоха – у 1(0,3%) больной.

Больным с ЖКБ, холедохолитиазом после РПХГ+ЭПСТ+литоэкстракции были выполнены следующие операции: 19 – лапароскопическая холецистэктомия, 1 – лапароскопическая холецистэктомия с дренированием сальниковой сумки, 28 – традиционная холецистэктомия, 15 – традиционная холецистэктомия с дренированием холедоха по Пиковскому.

18 больным со стенозирующим папиллитом выполнена лапароскопическая холецистэктомия, 5 – традиционная холецистэктомия, 1 – традиционная холецистэктомия с дренированием холедоха по Пиковскому, 1 – лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха по Пиковскому.

Всем больным с ПХЭС, холедохолитиазом произведена РПХГ+ЭПСТ+ литоэкстракция. Эти больные выписаны в удовлетворительном состоянии. 6 больным со стриктурой холедоха после РПХГ вторым этапом осуществлена чрескожная чреспеченочная холангиография с холангиостомией, а после разгрузки механической желтухи – билиодигистивные анастомозы.

8 больным с синдромом Мирриззи выполнены РПХГ+ эндобилиарное стентирование холедоха, 2 – РПХГ+ назобилиарное дренирование из- за наличия холангита, 2 – стент и назобилиарный дренаж установить не удалось, в связи с чем им выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). Все эти больные после купирования механической желтухи были оперированы: лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, пластика холедоха на дренаже Кера. У больного с паразитарной инвазией после РПХГ механическая желтуха разрешилась, больному была назначена антипаразитарная терапия, в последующем больной был выписан. Больному с ятрогенным повреждением холедоха из-за полной перевязки холедоха первым этапом была выполнена ЧЧХС, после разгрузки механической желтухи – операция наложения обходного холецистоэнтероанастомоза. 2 больным с парафатеральным дивертикулом после купирования механической желтухи была выполнена лапароскопическая холецистэктомия, 1 – традиционная холецистэктомия.

Таким образом, у больных с механической желтухой РПХГ с ЭПСТ являются не только диагностической, но и лечебным вмешательством, позволяя выполнять операции в более благоприятные сроки и с наиболее хорошими результатами.

СТРУКТУРА И ПРИЧИНЫ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Изучены результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) у 2992 больных, мужчин было 697 (23,3%), женщин — 2295 (76,7%). Возраст больных – от 18 до 92 лет. Наиболее частым показанием к ЭПСТ являлись холедохолитиаз, который обнаружен у 2524 (84,3%) больных и стеноз БДС, выявленный у 468 (15,6%) пациента. Осложнения возникли у 61 (2%) больных. Умерло 3 (0,1%) пациента.

Кровотечение из папиллотомной раны возникло у 16 (0,5%) пациентов, которое протекало с клиническими проявлениями в виде мелены, тахикардии, снижения артериального давления. Этим больным наряду с консервативной гемостатической терапией, были дополнительно проведены эндоскопические гемостатические манипуляции, а именно: эндоскопическая коагуляция и подслизистое введение 3% гипертонического раствора и адреналина. В 14 случаях был достигнут стойкий гемостаз. У двух больных несмотря на проведенный эндоскопический гемостаз кровотечение остановить не удалось, они экстренно оперированы, с последующим выздоровлением.

Острый панкреатит (ОП) возник у 39 (1,3%) больных. Диагностика этого осложнения осуществлялась с помощью данных клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Основным клиническим критерием ОП после ЭПСТ был выраженный болевой синдром, который возникал сразу после выполнения манипуляции или спустя 6 — 12 часов. Одновременно с возрастанием болевого синдрома, характерного для ОП, у больных появлялась тахикардия и повышение уровня амилазы крови. Этим больным была назначена консервативная терапия. Были оперированы 5 больных в сроки от 2 до 5 суток от начала заболевания, у которых прогрессировали деструктивные изменения в парапанкреатической клетчатке и самой железе. 3 больных с панкреонекрозом умерли от прогрессирования забрюшинной флегмоны и полиорганной недостаточности. Одной из причин возникновения панкреатита после ЭПСТ мы считаем резкое повышение внутрипротокового давления при введении избыточного количества рентгенконтрастного вещества в панкреатические протоки при выполнении ЭРХПГ. Второй причиной может служить «травматичная» папиллотомия, при которой после рассечения БДС может произойти травма устья вирсунгова протока. Такая техническая ошибка возникает, как правило, при неудачных канюляциях и неувеличенной папиллы.

У 6 (0,2%) больных вмешательство на БДС осложнилось перфорацией задней стенки двенадцатиперстной кишки. Им была выполненная экстренная операция, проведено наружное дренирование холедоха и ретродуоденального пространства. Послеоперационный период

у этих больных протекал без осложнений и закончился их выздоровлением. Во всех случаях ретродуоденальной перфорации ДПК имело место неверно выбранная протяжённость или направление разреза при ЭПСТ.

Таким образом, снижению количества осложнений после ЭПСТ способствует пунктуальное техническое выполнение папиллотомии после селективной канюляции желчных протоков. Своевременная диагностика возникших осложнений, позволяет адекватно выбрать лечебную тактику, а при необходимости своевременно предпринять оперативное вмешательство, позволяющее предотвратить летальный исход при осложнениях ЭПСТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Хазраткулов Р.Б., Мирзабаев М.Д.

Медико-санитарная часть №3 МСО ГП НГМК, Зарафшан,
Республиканский научный центр нейрохирургии

Материал и методы. На обследовании и лечении находились 96 больных с травматическими повреждениями лобных долей головного мозга (ТПЛД). Консервативную терапию (1-я гр.) получали 52 (54,2%) больных, 44 (45,8%) больным (2-я гр.) проводилось оперативное лечение. Средний возраст больных 36,2±9,5 года. Уровень сознания больных определялся по шкале комы Глазго (ШКГ). Проводилась оценка степени угнетения сознания, выраженности дислокационных, очаговых и менингеальных симптомов. Применялись нейроофтальмологическое, отоневрологическое, психиатрическое (шкала MMSE, шкала Бартеля) исследования. Из диагностических методов выполняли рентгенографию черепа, ЭхоЭГ, КТИМРТ головного мозга и транскраниальную допплерографию.

Результаты. Важнейшим критерием оценки тяжести состояния больных с ТПЛД являлось состояние сознания. По нашим данным, 31 (32,3%) больной поступил в ясном сознании, 18 (18,8%) – в умеренном оглушении, 21 (21,9%) – в состоянии глубокого оглушения. В состоянии комы находились 20 (20,8%) больных, сопора – 6 (6,3%).

На ЭхоЭГ смещение М-эхо на 2–5 мм выявлено у 13 (13,5%) больных, свыше 5 мм – у 15 (15,6%), множественные эхо-сигналы – у 12 (12,5%), отсутствие смещения М-эхо – у 56 (58,3%). Транскраниальная допплерография проводилась 78 (81,3%) больным, из них 60 (77,0%) 1-й и 18 (23,0%) – 2-й группы. Исследование проводилось в день поступления, на 2–3 и 5–7 сутки после полученной ЧМТ. По данным КТ головного мозга объем травматического субстрата у 22 (23,0%) был до 30 см^3, у 51 (53,1%) – до 50 см^3, у 23 (24,0%) – свыше 50 см^3.

Одним из факторов дифференцированного подхода к лечению ТПЛД являлись объем травматического субстрата и динамические изменения кровотока по данным ТКДГ. При объеме травматического субстрата до 30 см^3 всех больных лечили консервативно, при объеме до 50 см^3 использовались как хирургические, так и консервативные методы лечения, при объеме очага свыше 50 см^3 все больные были подвергнуты оперативному вмешательству.

Из 52 больных, получивших консервативное лечение, хорошее восстановление по ШИГ отмечался у 27 (51,9%) больных с объёмом травматического субстрата до 30 см^3 и у 3 (5,8%) с объёмом патологического очага до 50 см^3. Умеренная инвалидизация наступила у 4 (7,7%) больных с объемом до 30 см^3 и у 10 (19,2%) – с объемом до 50 см^3 . Грубая инвалидизация отмечалась у 1 (1,9%) больного с объемом травматического субстрата до 30 см^3 и у 4 (7,7%) - с объемом до 50 см^3. Умерли 3 (5,8%) больных с объемом травматического субстрата до 50 см^3.

Из 96 больных с ТПЛД в остром периоде оперативное вмешательство произведено 44 (45,8%). Состояние 2 (4,5%) пострадавших, которые подверглись хирургическому лечению, по ШКГ было оценено более чем в 10 баллов, 18 (40,9%) - от 10 до 6 баллов, 24 (54,5%) – менее 6 баллов. Из 23 оперированных больных хорошее восстановление по ШИГ отмечалось у 2 (8,7%), умеренная инвалидизация имело место у 7 (30,4%), грубая инвалидизация – у 11 (47,8%). В вегетативном состоянии были 1 (4,4%) пациент, умерли 2 (8,7%).

Из 96 больных умерли 13 (13,5%). 10 (76,9%) из них были оперированы, 3 (23,1%) скончались без операции. У 7 (53,8%) оперированных больных причинами смерти были интракраниальные факторы: вторичная геморрагия в стволе, первичное повреждение мозга, кровоизлияние в желудочки мозга, обусловившее развитие прогрессирующего отёка головного мозга. 6 (46,2%) больных в тяжелом состоянии были изначально. У 3 (23,1%) неоперированных больных причинами смерти были экстракраниальные осложнения: пневмония, почечная недостаточность, отек легких.

Таким образом, хорошее восстановление при ТПЛД через 3 месяца наблюдалось у 28% обследованных, через 6 месяцев – у 36%, через 1 год – у 37,5%. Хорошее восстановление чаще наблюдалось у больных, леченных консервативно – 34,0%, а инвалидизация чаще наступала у оперированных больных – 36,4%. Эта тенденция сохранилась и через 6, 12 и 24 месяца. Исследование когнитивной функции и определение индекса повседневной активности показали: регресс когнитивных нарушений у больных, пролеченных консервативно, по шкале MMSE составлял 28,5±1,0 балла, индекс Бартеля – 83,5±2,5 балла, у больных, пролеченных оперативно, – соответственно 26,0±1,5 и 76,0±2,0 балла.

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Хаитбаев С.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель. Определение роли и возможностей видеолапароскопии (ВЛ) в лечении распространенного перитонита.

Материал и методы. В 2009–2012 гг. в Хорезмском филиале РНЦЭМП ВЛ вмешательства выполнены у 18 пациентов, поступивших в клинику с острыми хирургическими заболеваниями, осложненными распространенным перитонитом. Мужчин было 11, женщин – 7, возраст – от 15 до 81 года; средний возраст 42,4 года. Давность заболевания на момент поступления до 6 часов – у 8 больных, от 6 до 12 часов – у 4, от 12 до 24 часов – у 3, более суток – у 3. Диффузный перитонит имелся у 12 больных, разлитой – у 6. Источник перитонита: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки – у 7, деструктивный аппендицит – 5, по одному больному – перфоративная желудочняя язва, острый холецистит, гнойный оментит, гнойный сальпингоофорит, опухоль тонкой кишки с перфорацией и абсцессы органов малого таза. После выполнения лапароскопической ревизии брюшной полости, определения распространенности перитонита и верификации его источника выполнялась видеолапароскопическая санация брюшной полости, включающая лапароскопическую (или из малого хирургического доступа) ликвидацию источника перитонита и промывание брюшной полости раствором антисептика (диоксидин, фурацилин). При диффузном перитоните выполнялась локальная прецизионная обработка промыванием антисептиком лишь пораженных областей брюшной полости. При разлитом перитоните проводилась общая санация все областей брюшной полости. У 6 больных для экспресс-приготовления раствора антисептика и интраабдоминальной лапароскопической санации использовалось устройство Гейзер. Все операции завершены дренированием полости малого таза одним 10 мм дренажом. До и после санации производился забор материала для бактериологического исследования. В конце операции решался вопрос о необходимости повторных лапароскопических санаций, которые осуществлялись в сроки от 16 до 24 часов после первой операции.

Результаты. У 2 пациентов с острым деструктивным аппендицитом и у 1 – с гнойным оментитом во время выполнения диагностической лапароскопии адекватная лапароскопическая санация брюшной полости признана невозможной из-за наличия плотных, массивных наложений фибрина с тенденцией к формированию межпетлевых абсцессов, а также выраженного пареза тонкой кишки. Этим больным выполнена срединная лапаротомия и впоследствии у 1 из них – санационная релапароскопия. Ещё у 1 больного запланированная лапароскопическая санация выполнена после срединной лапаротомии по поводу разлитого перитонита, вместо релапаротомии. У 4 пациентов произведена лапароскопическая санация брюшной полости после ликвидации источника перитонита из малого хирургического доступа (3 аппендэктомии, 1 перфорация тонкий кишки). У 5 больных выполнена лапароскопическая ликвидация источника перитонита (2 ушивания перфоративной язвы, 2 аппендэктомии, 1 холецистэктомия) с последующей санацией брюшной полости под контролем лапароскопа. Из 5 больных запрограммированные санационные релапароскопии выполнены у 3 больных с разлитым и у 2 – с диффузным перитонитом. У 2 из них выполнено по одной повторной операции, у 2 – по две, у 1 – 3 релапароскопии. Интраоперационных осложнений не было. Имелось одно послеоперационное осложнение – инфильтрат в правой подвздошной области после аппендэктомии из доступа по Волковичу-Дьяконову, успешно излеченный консервативно. Умер 1 пациент 81 года с острым ганргенозно-перфоративным холециститом, разлитым фибринозным перитонитом через 2 часа после запрограммированной санационной релапароскопии от инфаркта миокарда.

Заключение. Видеолапароскопическая санация брюшной полости у больных с распространенным перитонитом, обладая меньшей травматичностью, столь же эффективна, как и традиционная санация из широкого лапаротомного доступа. Комбинация лапароскопической санации с вмешательствами на источнике перитонита из малого хирургического доступа расширяет возможности малоинвазивных вмешательства при этом заболевании.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТУПЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА

Хакимов М.Ш., Сахибоев Д.П., Беркинов У.Б., Холматов Ш.Т., Адылходжаев А.А.

Ташкентская медицинская академия

Проанализированы результаты лечения 101 больного с тупыми травмами живота, находившихся на стационарном лечении во 2-й клинике ТМА в период с 2008 по 2012 гг. По механизму травм пострадавшие распределились следующим образом: у 67 – автотравма, у 17 – высотная травма, у 11 – удар в живот, у 6 – причиной травмы живота явилось падение на твердый предмет. Среди пострадавших мужчин было 75, женщин – 26. Преобладали молодые люди: до 20 лет – 17 пострадавших, от 21 до 40 лет – 51, от 41 до 60 – 28 и старше 61 года – 5. Из 101 пострадавшего 41 поступил в состоянии алкогольного опьянения различной степени. До 6 часов с момента травмы живота поступили 56 пациентов, до 12 часов – 25, до 24 часов – 8 и позже 24 часов – 12. Наиболее часто при закрытой травме живота отмечалось повреждение паренхиматозных органов, в частности, повреждения печени выявлены у 29 больных, повреждения селезенки – у 25, подже-

лудочной железы – у 5, почки – у 2, повреждения желудка – у 5, кишечника – у 18, мочевого пузыря – у 4, магистральных сосудов – у 3, желчного пузыря – у 4 и повреждения перикарда и диафрагмы диагностировано у 3 пациентов. Следует отметить, что повреждения печени и почки чаще сочетались с обширными забрюшинными гематомами. При поступлении признаки травматического шока отмечены у 64 пострадавших, симптомы внутреннего кровотечения – у 41, перитонита – у 13 больных.

У всех больных с закрытой травой живота проведено УЗИ с целью выявления повреждений паренхиматозных органов, а также на предмет наличия свободной жидкости в брюшной полости. Диагностическая ценность УЗИ составила 89,1% (8 ложноположительных и 3 ложноотрицательных результатов). 68 больным произведена диагностическая лапароскопия, показанием к которой явилось наличие или подозрение на наличие свободной жидкости при «неспокойном» животе. В 47 наблюдениях во время лапароскопии в брюшной полости выявлено наличие крови или кишечного содержимого (произведена лапаротомия); в 13 случаях выявлена забрюшинная гематома с наличием серозно-геморрагической жидкости в брюшной полости (произведено лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости), в 8 наблюдениях – повреждений органов брюшной полости не выявлено.

80 больным с предполагаемым или установленным диагнозом повреждения органов брюшной полости производили срединную лапаротомию и выполнены следующие виды операций: ушивание или электрокоагуляцию ранений печени (35 пациентам), спленэктомию (23), электрокоагуляцию ранений селезенки (2), ушивание ранений желудка (5), ушивание ранений кишечника или ее резекцию (18), ушивание мочевого пузыря и наложение эпицистостомы (4), резекцию хвоста поджелудочной железы (4), левостороннюю гемигепатэктомию и ушивание раны нижней полой вены (3), нефроэктомию (2), холецистэктомию (4), адреналэктомию (2) и у 4 больных произведено ушивание ранений перикарда и диафрагмы. Следует отметить, что у 68 пациентов отмечено изолированное поражение одного органа брюшной полости, у 12 – сочетанное поражение двух и более органов. Интраоперационно умерли 2 пациента.

У 8 пострадавших возникли различные послеоперационные осложнения, потребовавшие выполнения релапротомии. Наиболее частой причиной повторной операции были перитонит (5 наблюдений) и послеоперационные кровотечения (3 случая). У 5 больных причиной перитонита оказались не диагностированные во время первичной операции повреждения 12-перстной и подвздошной кишок (3 пациента), а также несостоятельность швов (2 наблюдения). Умерли 5 больных после повторной операции. Послеоперационная летальность составила 6,3%, причинами которого были постгеморрагической шок (3,8%) и полиорганная недостаточность на фоне разлитого перитонита (2,5%).

Таким образом, диагностика тупой травмы живота должна быть комплексной. Трудности дифференциальной диагностики повреждений органов брюшной полости должны быть абсолютным показанием к диагностической лапароскопии, диагностическая ценность которой составляет 100%. При наличии технической возможности целесообразно увеличение числа проводимых лапароскопических операций при лечении пациентов с закрытыми травмами живота.

Наиболее частыми причинами повторных операций при травмах живота являются перитонит и послеоперационные кровотечения, поэтому при первичной операции необходимо проведение тщательного гемостаза и ревизии органов брюшной полости.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Холматов Ш.Т., Маткулиев У.И., Адылходжаев А.А.

Ташкентская медицинская академия

Повреждения двенадцатиперстной кишки (ДПК) – относительно редкий вид травмы, характеризующийся особой тяжестью. Особенности ДПК как прочно фиксированного самого короткого сегмента кишечника делают ее уязвимой при прямом ударе в живот. Хирургическая тактика при повреждениях ДПК не унифицирована, что обусловлено трудностями накопления достаточного количества наблюдений этой относительно редкой травмы и большим разнообразием особенностей повреждений в каждом наблюдении.

С 2003 по 2013 гг. на лечении в отделении экстренной хирургии 2-й клиники ТМА на стационарном лечении находился 31 больной (25 мужчина и 6 женщин) с повреждениями ДПК, в том числе 17 – с открытой, 10 – с закрытой травмой живота и 4 – с повреждением стенки кишки при эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Возраст пациентов колебался от 19 до 76 лет.

У 24 пострадавших наблюдалось сочетанное повреждение ДПК. Причинами повреждения ДПК при открытой травме были колото-резаные ранения у 15 больных, огнестрельные – у 2. Причинами повреждения при закрытой травме явились падение с высоты у 3, избиение – у 4, автомобильная травма - у 3 больных.

Размер раны не превышал половины диаметра у 24 пострадавших, у 4 имелась рана больших размеров, у 3 пациентов был отрыв ДПК от желудка. Повреждение верхнегоризонтальной части отмечено у 11 пострадавших, нисходящей части — у 14, нижнегоризонтальной части — у 5, восходящей части — у 1.

Ушивание дефекта стенки ДПК с трансназальным введением зонда для декомпрессии и постоянной аспирации дуоденального содержимого в послеоперационном периоде выполнено 23 пациентам, резекция поврежденного участка кишки – 3. Отключение ДПК путем прошивания или перевязки антрального отдела желудка произведено 2 пострадавшим. Гастродуоденоанастомоз при отрыве ДПК от желудка наложен у 2 пациентов. У 1 пострадавшего операция ограничилась лапаротомией, так как он умер во время хирургического вмешательства вследствие тяжелой сочетанной травмы.

Среди 17 пациентов с открытыми повреждениями ДПК, осложнения наблюдались у 7 (41,1%). Среди осложнений были гнойные осложнения травматического панкреатита (1), забрюшинная флегмона, флегмона брюшной стенки, тонкокишечный свищ, сепсис (1), несостоятельность швов ДПК, забрюшинная флегмона (2), спаечная тонкокишечная непроходимость (1), холангит вследствие сопутствующего ранения паренхимы печени (1), тяжелая энцефалопатия после контузии головного мозга вследствие сопутствующей тяжелой закрытой черепно-мозговой травмы, двусторонняя пневмония (1).

Умерли 4 из 17 пострадавших, летальность составила 23,5%. Причинами смерти были гнойные осложнения в брюшной полости и забрюшинной клетчатке вследствие несостоятельности швов ДПК (2), травматического панкреатита (1), последствия тяжелой черепно-мозговой травмы и пневмония (1).

Из 14 пациентов с закрытыми повреждениями ДПК, осложнения наблюдались у 7 (50,0%). Среди осложнений были гнойные осложнения травматического панкреатита (2), абсцесс брюшной полости (1), забрюшинный инфильтрат (1), несостоятельность швов ДПК (3).

Умерли 3 из 14 пациентов, летальность составила 21,4%. Причинами смерти были гнойные осложнения вследствие несостоятельности швов ДПК (1), двусторонняя пневмония (1), гнойные осложнения травматического панкреатита (1).

Из 31 пострадавшего осложнения наблюдались у 14 (45,2%), умерли 7 (22,6%).

Таким образом, ушивание дефекта ДПК эффективно как при открытой, так и при закрытой травме в сроки до 6 ч с момента повреждения. В более поздние сроки существенную роль начинает играть гнойно-воспалительный процесс в зоне повреждения, что повышает вероятность несостоятельности швов и требует выбора иного типа вмешательства. Им может быть отключение ДПК от желудка или резекция поврежденного участка кишечника.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Холматов Ш.Т., Маткулиев У.И., Имамов А.А.

Ташкентская медицинская академия

Частота травм поджелудочной железы (ПЖ) в структуре экстренной хирургии достигает до 2%. При этом удельный вес послеоперационных осложнений доходит до 10%, а летальность – 3%.

Анализу подвергнуты результаты обследования и хирургического лечения 56 больных, оперированных по поводу травм ПЖ в клинике госпитальной и факультетской хирургии Ташкентской медицинской академии за период с 2003 по 2012 годы. Из них 18 пациентов оперированы по поводу травматического панкреонекроза (закрытые повреждения), а 38 – по поводу проникающих (открытые ранения) колото-резанных ранений передней брюшной стенки с повреждением ПЖ.

При закрытых повреждениях, наряду с повреждением ПЖ, в 4 наблюдениях отмечалось развитие субкапсулярной гематомы печени, что не потребовало выполнения дополнительных хирургических манипуляций. При открытых ранениях ПЖ в 4 случаях отмечено ранение селезенки, петель тонкого кишечника и ободочной кишки. В 2 случаях отмечено торакоабдоминальное ранение с ранением нижней доли левого легкого, селезенки и толстого кишечника. У 18 больных во время операции выявлено ранение тонкого и толстого кишечника. В 2 наблюдениях отмечалось ранение левой доли печени. У 12 пациентов отмечено изолированное ранение сальниковой сумки и ПЖ. Во всех случаях ранений печени, кишечника, легкого выполнялось ушивание их дефектов; при ранениях селезенки произведено спленэктомия, у 4 больных с обширным ранением хвоста ПЖ выполнена дистальная резекция железы.

Оперативное лечение заключалось в санации сальниковой сумки с ее дренированием. Рана ПЖ не ушивалась. Через неушитую рану происходило естественное дренирование ПЖ. Гемостаз достигался либо прошиванием кровоточащего сосуда, либо тампонированием гемостатической губкой. Ни в одном случае повреждения панкреатического протока не выявлено. На завершающем этапе операции выполняли дренирование сальниковой сумки. Учитывая высокую вероятность развития наружного панкреатического свища, вокруг дренажа формировали муфту из большого сальника и ее подшивали к передней брюшной стенке в месте выведения дренажа. Это способствовало адекватной герметичности сальниковой сумки, а при развитии свища, сформированный канал имел более надежную стенку, что предупреждало подтекание отделяемого в брюшную полость.

В послеоперационном периоде все пациенты получали соответствующую острому панкреатиту терапию. В течение 5-6 дней отмечалось отделение панкреатического сока по дренажу. Лишь у 1 больного развился наружный панкреатический свищ, самостоятельно закрывшийся на 21 сутки после операции. У 7 пациентов наблюдались осложнения со стороны послеоперационной раны. Летальных случаев не отмечено.

Таким образом, при травмах ПЖ своевременная хирургическая операция, адекватная медикаментозная терапия позволяет достичь хороших результатов и свести до минимума негативные результаты лечения столь тяжелой категории больных.

КОРРЕКЦИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Хакимов Э.А., Аминов У.Х., Шакиров Б.М., Корабоев Ж.Ш., Шаханов Ш.С.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Изучение частоты органно-системных поражений у больных с ожоговым шоком.

Материал и методы. Под нашем наблюдением было 189 больных с ожоговым шоком у которых развилась полиорганная недостаточность (ПОН). У 150 (79,4%) пациентов отмечалась сочетанная дисфункция трех и более органов и систем.

Результаты. Со стороны центральной нервной системы недостаточность у 47,8% больных проявлялась интоксикационным или алкогольно-интоксикационным делирием, нарушением сознания (возбуждение, заторможенность, сопор, кома).

У 106 (56,1%) обожженных больных развились поражения респираторной системы, у 82 (43,4%) – желудочно-кишечного тракта, что привело к гипоксии, нарушению метаболических процессов и водно-электролитного обмена, имеющих первостепенное значение в развитии тяжелого течения ожогового шока.

Более чем у половины больных – 96 (50,8%) – обычно на ранних стадиях ожогового шока и имевших гипоксически-метаболический генез, выявлялся синдром поражения сердечно–сосудистой системы. Всего синдром почечной и печеночной недостаточности развился соответственно у 97 (51,3%) и 74 (39,2%) пострадавших.

Таким образом, синдром ПОН – закономерный исход тяжелого ожогового шока являющийся главной причиной, обусловливающей гибель больных. В то же время ПОН как ответ организма на стрессовую ситуацию различного генеза, является неспецифической. В большинстве случаев функциональные нарушения органов обусловливлены не повреждением самого органа, а нарушением его регулирующих механизмов. Поэтому важнейшей частью интенсивной терапии ожоговой болезни является устранение эндогенной интоксикации, восстановление дефицита ОЦК и расстройств микроциркуляции, улучшение обмена кислорода на всех его этапах; проведение лечебной коррекции ранних функциональных изменений в органах и системах. Она включает длительную оксигенотерапию, введение сердечных гликозидов, эуфиллина, кокарбоксилозы, гепарина, оксибутирата натрия, контрикала, длительную дезинтоксикационную инфузионную терапию, а также назначение внутрь оротата калия.

Сердечные гликозиды (строфантин и коргликон), обладающие положительным инотропным действием, применяли в сочетании с эуфиллином, который оказывая спазмолитическое и сосудорасширяющее действие увеличивает легочной кровоток. Оба препарата вводили внутривенно в течение 5–6 минут в обычных возрастных дозах.

Терапевтический эффект кокарбоксилазы связан с благоприятным влиянием на окислительно-восстановительные процессы, поскольку она способствует нормальному течению цикла Кребса. Кокарбоксилазу вводили внутривенно струйно или включали в состав инфузионной терапии. Суточная доза кокарбоксилазы составляла 100 мг. Гепарин назначили с целью профилактики микротромбозов в дозе 5000 Ед в сутки. Контрикал, являясь ингибитором протеаз, улучшает процессы белкового синтеза. Его вводили внутривенно капельно 5% раствором глюкозы в дозе 200–300 АТ р.Е на 1 кг/ в сутки.

Дезинтоксикационную инфузионную терапию начинали сразу после выведения из состояния шока и проводили ежедневно в течение нескольких часов, постепенно уменьшая объем вводимой жидкости. В состав этой терапии включали плазму, альбумин, инфезол, стабизол, рефортан, реополиглюкин, 10% раствор глюкозы. Суточный объем жидкости рассчитывали с учетом площади ожога и возраста обожженного.

Одним из показаний к применению оротата калия является нарушение альбуминообразующей функции печени. Кроме того, этот препарат ускоряет течение репаративных процессов, улучшает аппетит, увеличивает диурез, особенно если задержка жидкости в организме связана с гипопротеинемией. Оротат калия назначали внутрь с 3 дня болезни в дозе 0,25–0,5 г 2–3 раза в день.

Об эффективности лечебных мероприятий судили по результатам общего анализа крови, содержанию тромбоцитов, белка и его фракций, ферментов крови, а также по восстановлению нарушенной функции (ЦНС, ССС, респираторной, ЖКТ и др.).

Выводы. Предложенный комплекс лечебных мероприятий по коррекции ранних функциональных изменений при ПОН у обожженных направлен, прежде всего, на ослабление воздействия гипоксии и токсических агентов на клетки этого органа. Достоинствами схемы целенаправленной лечебной коррекции ранних нарушений печени у обожженных является ее доступность, сравнительная простота, отсутствие осложнений и благоприятное воздействие ее компонентов на клиническое течение ожоговой болезни.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хамдамов У.Р., Саломов Н.И.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Существует 2 противоположных мнения по поводу обоснованности применения антикоагулянтов прямого действия при поверхностных тромбофлебитах. Большинство авторов рекомендуют воздерживаться от их применения, другие рекомендуют использовать антикоагулянты в сочетании с флебэктомией.

Цель. Выяснение целесообразности применения антикоагулянтов прямого действия при поверхностных

тромбофлебитах и разработка оптимальной схемы их применения.

Мы считаем, что главным лечебным мероприятием в данной ситуации является выполнение радикальной флебэктомии и в большинстве случаев не применяем гепарин при тромбозе в системе поверхностных вен. В зависимости от уровня и объема поражения поверхностных вен использовались следующие схемы лечения: 1) оперативное: а) первичная перевязка по Троянову большой подкожной вены (БПВ)+венэктомия (по Бэбкоку); б) перевязка БПВ по Троянову + консервативное лечение, В) операция Троянова-Бэбкока-Нарата (ТБН) и 2) консервативное: дезагреганты, прямые и непрямые антикоагулянты, а также эластичное бинтование нижних конечностей. Вопрос о целесообразности применения гепарина и выбор дозы должны решаться в каждом случае индивидуально, на основании анализа показателей коагулограммы и состояния первичного гемостаза, показателей реологии крови, уровня и распространенности тромбоза, анамнеза длительности процесса. При высоких цифрах ПТИ и АЧТВ применяли малые дозы гепарина (2500 ЕД 4 раза в день) в до- и послеоперационном периоде до нормализации этих показателей. В последующем периоде назначали дезагреганты перорально.

Применение низкомолекулярных гепаринов (НМГ) при поверхностных тромбофлебитах с целью профилактики дальнейшего распространения тромботического процесса желательно во всех случаях и ограничивается лишь соображениями экономического порядка.

Под нашим наблюдением были 76 больных (46 женщины, 30 мужчины), у 50 из них в схему лечения входил НМГ (фраксипарин), применявшийся по стандартной схеме, у 26- гепарин и фраксипарин (не по стандартной схеме).

НМГ как с лечебной (при поверхностных и глубоких тромбофлебитах), так и с профилактической целью (в основном у беременных) по настоящему эффективны лишь в случае точного следования инструкциям по применению: введение препарата через 12 часов, профилактическая дозировка 0,3 мл 2 раза в день, лечебная (особенно при тромбозах глубоких вен) – 0,6мл 2 раза в день, сроки назначения- не менее 7 дней для профилактики, не менее 10 дней лечения. Развитие венозного тромбоза после отмены препарата при применении в течение 5 дней 1 раз в день, с целью профилактики поверхностного тромбофлебита наблюдались у 2 рожениц с декомпенсированной ХВН. Еще у 2 пациентов с поверхностными тромбофлебитами отмечалось увеличение границ тромбоза и ухудшение показателей коагулограммы. У 50 пациентов, получавших фраксипарин по стандартным схемам, регистрировалась его высокая эффективность как клинически, так и в отношении лабораторных параметров. Побочных явлений у этих больных не было.

Таким образом, вопрос о целесообразности применения гепарина и выбор дозы должны решаться в каждом случае индивидуально, на основании анализа показателей коагулограммы, состояния первичного гемостаза, показателей реологии крови, уровня и распространенности тромбоза, анамнеза длительности процесса. Использование антикоагулянтов (НФГ, НМГ) для лечения и профилактики дальнейшего распространения тромботического процесса у больных с поверхностным тромбофлебитом по- настоящему эффективно только при точном следовании инструкциям по применению.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ УЩЕМЛЁННЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Хамдамов Х.Х., Ходжиматов Г.М., Тен Д.О., Тургунов Ш.Ш.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Ущемлённые грыжи, которые часто встречаются в повседневной практике врачей, остаются наиболее грозным осложнением грыжевой болезни, особенно у лиц пожилого и старческого возраста.

Под нашим наблюдением находились 49 больных старше 60 лет с различными видами ущемлённых грыж. У 16 больных была паховая, у 2 – бёдерная, у 11 грыжа белой линии живота, у 13 пупочная, у 7 послеоперационная грыжа. В возрасте 60–70 лет было 32 больных, 71-80 лет – 16, старше 80 лет – 1. Мужчины – 21, женщины – 28. До 6 часов с момента ущемления грыжи в стационар доставлены 29(48,9%) больных, до 24 часов – 16 (32,6%), более 24 часов – 9(18,3%). В поздние сроки в стационар поступили 50,9% больных. Операции производились под местным обезболиванием у 32(65,3%), под общим у 17(34,6%) пациентов. Местное обезболивание при экстренном грыжесечении у проводили из-за наличия сопутствующих заболеваний со стороны лёгкого, сердечно-сосудистой системы и паренхиматозных органов. Содержимым грыжевого мешка у 28 больных оказались петли тонкой кишки, у 18 - часть большого сальника, у 3 – толстая кишка. Резекция кишки по поводу гангрены выполнена у 5 больных, частичная резекция большого сальника – у 13, пластика пахового канала по Мартынову – у 5, по Постемскому – у 11. Бедренное кольцо укреплено по способу Руджи-1, Бассини-1. При пупочных грыжах производили пластику по Сапежко (8) и по Мейо (5). Пластика белой линии живота у 10 больных выполнена способом Сапежко, у 8 – Шампионера.

Течение послеоперационного периода у 7 больных осложнились пневмонией у 7, у 4 – нагноение раны. Умерли 2(4,8%) больных. Причиной летальных исходов были наряду с сопутствующими заболеваниями, поздняя доставка больных в стационар, когда развился некроз содержимого грыжевого мешка и перитонит.

Клиническое течение заболевания у людей пожилого и старческого возраста осложняется наличием множество сопутствующих заболеваний, повышающих риск операций. У наших больных отмечались сопутствующие заболевания дыхательной системы (хроническая пневмония, хронический бронхит, бронхиальная астма), сердечно-сосудистой системы (атеросклероз, кардиосклероз, гипертоническая болезнь,

сердечно-сосудистая недостаточность I-II ст.), желудочно-кишечные заболевания (гастриты, колиты).

У больных пожилого и старческого возраста очень часто грыжа бывает больших размеров, в результате большая часть кишечника оказывается за пределами брюшной полости, а вправление кишечника в брюшную полость во время операции нарушает функцию органов не только брюшной полости, но и грудной полости. Развитие вентиляционных нарушений приводит в свою очередь к снижению сократительной способности миокарда. В результате в после операционном периоде развивается сердечно-легочная недостаточность.

В связи с этим при подготовке к операции у больным пожилого и старческого возраста в обязательном порядке производили ЭКГ, коагулограмму и другие необходимые анализы. При выявление каких-либо отклонений со стороны сердечно-сосудистой или свертывающей системы крови проводилась их коррекция до и после операции.

После операции больными, наряду с антибиотиками и сердечными препаратами, внутримышечно вводили гепарин по 5000 ед. 3 раза в сутки в течение 3–4 дней под контролем коагулограммы. Рано активизировали больных, с первого дня стимулировали кишечник. В результате такой профилактики тромбоэмболические осложнения не наблюдались.

Таким образом, проведение комплекса послеоперационных мероприятий (ранняя активизация больных после операции, своевременное освобождение кишечника, дыхательная гимнастика и профилактика тромботических осложнений) резко снижает процент осложнений и летальных исходов.

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Хамдамов Х.Х., Ходжиматов Г.М., Тен Д.О., Тургунов Ш.Ш.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Одной из актуальных проблем неотложной хирургии органов брюшной полости является лечение острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста, у которых часто имеются сопутствующие заболевания и стертое клинические течение основной патологии. В послеоперационном периоде у этих пациентов нередко наблюдаются тяжелые осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, что становится причиной летальных исходов.

В 2009–2012 гг. в хирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП на базе кафедры хирургии ФУВ АГМИ находились 578 больных острым холециститом в возрасте от 25 до 80 лет. Лиц старше 60 лет было 139, из них женщин 97 и 42 мужчин. Все больные госпитализированы в экстренном порядке. Длительность догоспитального периода менее суток была у 9, 3 суток – у 66, 5 суток – у 28, более 5 суток – у 36. Причиной поздней госпитализации явилось позднее обращения к врачу и неоправданное лечение терапевтами на дому. Заболевание проявлялось умеренными болями в правом подреберье, у 78 % больных боли иррадиировали под правую лопатку. У некоторых больных боль имела опоясывающий характер, что указывало на вовлечение в процесс поджелудочной железы. Тошнота и рвота отмечались у 50 %, напряжение передней брюшной стенки в области желчного пузыря наблюдалось у 64 %, увеличеный болезненный желчный пузырь – у 58 % пациентов. Положительные симптомы Грекова-Ортнера, Мерфи наблюдались у 68 %, повышение температуры тела у 15 %, лейкоцитоз крови от 10 до 12 тыс. – у 28 % больных.

У большинства больных, кроме основной патологии, имелись сопутствующие заболеваний со стороны сердца и легких. Всем больным в экстренном порядке определяли общий анализ крови, мочи, диастазу, билирубин в сыворотке крови, электролиты, белок и белковые фракции крови. Кроме того, проводили УЗИ, ЭКГ, обзорную рентгеноскопию грудной и брюшной полости. На ЭКГ у всех больных отмечались дистрофические изменения миокарда, у 18 – нарушения ритма сердца. При исследовании сахара крови впервые сахарный диабет установлен у 3 больных, протромбиновый индекс был повышен (100–110%) у 9. Лечение, как правило, начинали с консервативной терапии, которую рассматривали в качестве предоперационной подготовки. Отсутствие в течение 24 часов эффекта от антибактериальной, спазмолитической, дезинтоксикационной терапии, паранефральной блокады, считаем показанием к проведению оперативного лечения. Особенно велик риск при необоснованном длительном консервативном лечение у лиц, у которых отсутствуют параллели между клиническими проявлениями заболевания и патоморфологическими изменениями. При остром холецистите, сопровождающимся явлениями перитонита, необходимость экстренной операции не вызывает сомнений.

Нами в экстренном порядке были оперированы 78 больных пожилого и старческого возраста. Основным видом операции была холецистэктомия, которую по показанием завершали дренированием холедоха. У оперированных выявлены следующие изменения в желчном пузыре: катаральный – 7, флегмонозный – 42, гангренозный – 24, перфоративный – 5. У 61 больного после проведения консервативного лечение приступ был купирован и с улучшением состояния они были выписаны с рекомендацией продолжить лечение в плановом порядке.

После операции умерли 6 больных в результате печеночно-почечной недостаточности (2), прогрессирующего перитонита (2), инфаркт миокарда (1) и тромбоэмболии легочной артерии (1).

Таким образом, при лечении острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста необходимо проводить комплексные консервативные мероприятия с учетом сопутствующих заболеваний.

ПРОФИЛАКТИКА И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Хамидов Ш.С., Абдуллаев Ш.М., Тожибоев М.П.

Джизакский филиал РНЦЭМП

В настоящее время основным методом хирургического лечения калькулезного холецистита является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Обеспечение надлежащей безопасности этих вмешательств требует четкого обоснования показаний и противопоказаний к операции, особенно при остром холецистите, а также скрупулезного соблюдения ее технических особенностей и своевременного выявления и коррекции наступивших осложнений.

Нами изучены результаты комплексного лечения 1263 больных острым холециститом, госпитализированных в хирургические отделения Джизакского филиала РНЦЭМП в последние 5 лет. 665 (52,4%) пациентам выполнена холецистэктомия, в том числе 50 (7,5%) – лапароскопическая.

У всех больных показанием к ЛХЭ явился острый калькулезный холецистит, в том числе у 11 (22%) – обтурационный холецистит, у 19 (38%) – явления местного перитонита, у 20 (40%) – сонографические признаки деструктивного холецистита.

Интраоперационные и ближайшие послеоперационные результаты ЛХЭ условно было разделенные на три группы: конверсия, ошибки и осложнения.

У 2 (4%) пациентов мы были вынуждены перейти к конверсии на открытую лапаротомию из-за выраженного спаечного процесса после ранее перенесенной операции в брюшной полости (1) и гангрены стенки желчного пузыря (1). Обоснованную конверсию мы не относим к категории осложнений хирургического вмешательства, так как своевременный переход на традиционную холецистэктомию в технически сложных ситуациях является надежным средством профилактики интра- и послеоперационных осложнений ЛХЭ.

Технические и тактические ошибки при выполнении ЛХЭ были допущены у 4 (8%) больных. У 1 больного хирург не счел нужным дренировать подпечёночное пространство, что в последующем осложнилось гнойником ложа желчного пузыря. У одной женщины 66 лет с сопутствующим заболеванием сердечно-сосудистой системы напряженный карбоксиперитонеум сопровождался кратковременной острой сердечно-сосудистой недостаточностью, что удалось быстро купировать интраоперационно путем коррекции внутрибрюшного давления и подключением вазопрессоров. У 2 больных хирург предварительно не выполнил пункцию органа при наличии напряженной эмпиемыжелчного пузыря, что при выделении привело к его разрыву и инфицированию брюшной полости.

Осложнения, непосредственно не связанные с допущенными хирургом техническими и тактическими ошибками, отмечались у 3 (6%) пациентов: у 1 имело место кровотечение из параумбликальной вены при циррозе печени, у 2 – перфорация деструктивно измененного желчного пузыря. Кровотечение из передней брюшной стенки удалость остановить лапароскопической электрокоагуляцией, а в случаях инфицирования подпеченочного пространства содержимым желчного пузыря осуществляли тщательную эндоскопическую санацию операционного поля.

Важным условием профилактики послеоперационных тромбоэмболических осложнений при ЛХЭ является бинтование нижних конечностей эластичными бинтами и назначение в раннем послеоперационном периоде низкомолекулярных гепаринов.

Умерла одна больная (послеоперационная летальность – 2%) от острого инфаркта миокарда и ТЭЛА. Осложнения после ЛХЭ, выполненной по поводу острого калькулезного холецистита, наблюдались у 4 (8%) больных: подпеченочный абсцесс – у 2, нагноение пупочной (1) и эпигастральной (1) троакарной раны. У 2 больных в позднем послеоперационном периоде имел место резидуальный холедохолитиаз, который был разрешен путем РПХГ и ЭПСТ.

Таким образом, острый калькулезный холецистит, в том числе его осложненные формы, не является противопоказанием к выполнению лапароскопической холецистэктомии, результаты которой сопоставимы с традиционной холецистэктомией, но которая отличается меньшей травматичностью и несравнимо лучшими косметическими результатами.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Хикматуллаев Р.З., Кулдашев Д.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Повреждения вертлужной впадины – одно из самых сложных видов повреждений костей таза которые встречаются в 7–22% случаев (Кутепов С.М. и др., 1995). Частота данного вида травм невелика (0,05-0,32%), однако сочетаннный характер, значительная тяжесть травмы становятся причиной высокой смертности. Из числа выживших большинство становятся инвалидами в течение длительного периода, а иногда и всей жизни.

Пострадавшие с повреждениями вертлужной впадины часто являются людьми трудоспособного возраста – моложе 50 лет, что обусловливает социально-экономическое значение этой проблемы.

Цель исследования. Совершенствование методов диагностики и экспертной оценки повреждений вертлужной впадины.

Материал и методы. Нами проведен клинико-рентгенологический анализ переломов вертлужной впадины и их последствий у 140 больных. Мужчин было 127, женщин 13, возраст – от 16 до 68 лет. К наиболее типичным механизмом возникновения переломов вертлужной впадины относятся: направление удара по большому вертелу – у 67, по коленному суставу – у 57, по стопе – у 10, по неизвестным причинам переломы произошли у 6 больных.

Результаты. Диагностика повреждений вертлужной впадины основана на комплексном обследовании больных, включающим клинические, лабораторные, инструментальные и рентгенологические методы. Данные комплексного обследования дополняет обзорная рентгенография костей таза. С учетом результатов обследования и на основании данных рентгенографии при обнаружении признаков переломов вертлужной впадины необходимо проводить традиционные исследования в наружных и внутренних косых рентгенологических проекциях под углом 45°. При отсутствии признаков перелома вертлужной впадины рекомендуется консервативное лечение.

При отсутствии объективной информации рекомендован инновационный метод диагностики повреждения вертлужной впадины – полипозиционная рентгеноскопия, а при отсутствии признаков переломов вертлужной впадины назначается консервативное лечение. В свою очередь при инновационной полипозиционной рентгеноскопии предусматривается МРТ и МСКТ, которые повышают информативность объективного диагноза повреждений вертлужной впадины и дают основание для назначения хирургического лечения.

Выводы. 1. Диагностику повреждений вертлужной впадины, основанная на комплексном обследовании больных, дополняет обзорная рентгенография костей таза результаты которой всегда являются объективным критерием оценки тяжести этих повреждений. 2. Инновационная разработка алгоритма и программы определяют выбор метода диагностики и лечения повреждений вертлужной впадины. 3. Переломы вертлужной впадины по характеру травм и признаку опасности относятся к повреждениям средней степени тяжести.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ТАЗА, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ТРАВМАМИ ДРУГИХ ЧАСТЕЙ СКЕЛЕТА И ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Хикматуллаев Р.З., Кулдашев Д.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Повреждения таза, сочетающиеся с травмами других частей скелета, а также с повреждением внутренних органов, является наиболее тяжелым разделом травматологии и судебной медицины. Удельный вес таких повреждений в промышленно развитых странах нарастает в основном за счет производственных и транспортных травм и достигает от 6 до 18% случаев.

Цель исследования. Изучить сочетанные травмы таза и дать им экспертную оценку.

Материал и методы. Нами проанализированы 165 экспертных заключений Бюро СМЭ г.Ташкента за последние 5 лет (2006–2010 гг.). Наряду с переломами костей таза, у 82 пострадавших имелись переломы нижних конечностей, у 21 – переломы верхних конечностей, у 6 – сочетание переломов верхних и нижних конечностей. Кроме того, у 27 пострадавших отмечалась тяжелая травма черепа, у 18 – переломы ребер с повреждением органов груди, у 11 – повреждение органов таза и брюшной полости. У 6 из 11 пострадавших обнаружен разрыв мочевого пузыря, у 4 – разрыв кишечника, у 9 – разрыв печени, у 5 – повреждения почек, у 3 – повреждения уретры. У 145 поступивших повреждения были закрытыми, у 20 – открытыми. Среди пострадавших мужчин было – 146, женщин – 14, детей – 5.

Результаты. При диагностике противошоковыми мероприятиями, опорожнением мочевого пузыря удавалось исключить повреждение органов живота и малого таза. В сомнительных случаях важным диагностическим методом служил лапароцентез по средней линии живота.

Больные доставлялись в клинику в ближайшие 2–3 часа после травмы, в основном специализированной бригадой скорой помощи – 147, санавиацией – 8, попутным транспортом – 10.

Лечение больных с сочетанной травмой таза вначале слагалось из противошоковых мероприятий: внутритазовое обезболивание по Школьникову-Селиванову, введение в область перелома конечностей 20–40 мл 1% раствора новокаина, переливание противошоковых жидкостей, крови, кровезаменителей, гормонов, сердечных средств и дыхательных аналептиков.

При сочетанных повреждениях костей таза и переломах нижних конечностей (82) неотложные оперативные вмешательства потребовались 51 больному. У 29 из них экстренные вмешательства производились из-за повреждения органов брюшной полости, разрыва сосудов (9), отрыва конечности (3), у остальных вмешательства выполнены после выведения из шока с целью обработки открытого перелома. Остеосинтез бедра произведен у 6, костей голени – у 4.

При сочетанных травмах таза с переломами костей верхних конечностей (21) по мере выведения пострадавших из шока, а у 4 больных и после операции ушивания разрыва кишечника выполнялась одномоментная репозиция фрагментов костей конечностей с последующей фиксацией гипсовой повязкой. Открытая репозиция отломков плеча (2), предплечья (4), пястных костей (2), произведена у 7 больных. Переломы ключицы лечили консервативно, добиваясь сопоставления отломков и удержания их соответствующей укладкой руки.

У больных в крайне тяжелом состоянии, агонии никакие оперативные вмешательства, кроме остановки кровотечения, не выполнялись, все меры были направлены на выведение из этого состояния.

Все лечебные мероприятия при тяжелой черепно-мозговой травме и конечностей должны были быть направлены на нормализацию внутричерепного давления, профилактику и борьбу с шоком, иммобилизацию конечностей. При внутричерепной гипертензии применялись современные медикаментозные средства дегидратации, а при гипотензии проводилась инфузионная терапия. Для проведения патогенетически обоснованного лечения необходимо ежегодно производить люмбальные пункции с измерением ликворного давления, без учета которого проводимое лечение окажется неправильным.

Сложность клинической диагностики повреждения органов живота у данной категории пациентов явилось причиной запоздалой диагностики и причиной смерти 6 из 32 оперированных. У 3 лиц повреждения органов живота при жизни не были диагностированы и обнаружены лишь на аутопсии.

Таким образом, основной диагностической задачей при сочетанной травме живота и таза является максимально активное применение всех доступных методов обследования на фоне продолжающейся противошоковой терапии.

Приведенные данные помогут определить степень тяжести телесных повреждений в экспертной практике.

АНАЛИЗ ОШИБОК И ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

(по материалам АФРНЦЭМП за 2010–2012 гг.)

Ходжиматов Г.М., Пахмурин И.Р., Тургунов Ш.Ш., Хамдамов Х.Х.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Перитонит остается одним их наиболее частых и грозных осложнений в хирургической практики. Летальность от перитонита, по данным литературы, колеблется от 0,5 до 50 %. На кафедре хирургических болезней ФУВ АГМИ на базе Андижанского филиала РНЦЭМП в 2010–2012 гг. по поводу различных заболеваний органов брюшной полости оперативное лечение проведено у 6462 больных, из них 619 больных перитонитом. Частота перитонита за указанный период составила 9,5%. Из общего числа больных перитонитом мужчины составили 54,4%, женщины 45,5%. Большинство больных перитонитом (54,9%) были молодого возраста (до 30 лет). Разлитой или диффузный перитонит выявлен у 151 (24,3%) больного, у 468 (75,6%) – ограниченный. По нашим данным, наиболее частой причиной перитонита был острый аппендицит. На 3321 операцию перитонит отмечался у 8,8% больных, умерли 4. В отличие от других заболеваний, осложнившихся перитонитом, острый аппендицит сравнительно редко проводил к разлитому перитониту, чем обусловлены низкая общая летальность и низкий показатель летальности от перитонита при этом заболевании. Второе место частоте занимает перитонит на почве перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Несмотря на большой удельный вес разлитых форм перитонита, послеоперационное течение его у больных было в общем благоприятным. Из 435 оперированных больных умерли 22 (5%), летальность от перитонита составила 1,6 %. Общее число больных острым холециститом было относительно небольшим (537). Однако по частоте возникновения перитонита (20,6%) острый холецистит уступает лишь перфоративной язве и дает относительно высокую летальность 16 (2,8%) за счет генерализованной формы перитонита. Количество острых панкреатитов также невелико (17), однако то обстоятельство, что за последние 10 лет их число, особенно деструктивных форм, увеличилось почти в 2–2,5 раза, заставляет говорить об этом заболевании особо.
Из 17 больных острым панкреатитом у 14 был диагностирован перитонит, умерли 7 (41,1%). К особенностям течения перитонита при остром панкреатите надо отнести и то, что смертельные исходы при нем наблюдались не только при разлитой и диффузной формах, но и при местном перитоните, ограниченном сальниковой сумкой. Частота возникновения перитонита у больных с ущемленной грыжей относительно невелика, что объясняется своевременной диагностикой данного заболевания и госпитализацией абсолютного большинства больных. Несмотря на это, осложнения ущемленных грыж перитонитом всё ещё встречаются, при этом отмечается высокая общая и послеоперационная летальность. Из 610 больных с ущемленной грыжей перитонит диагностирован у 77 (12,6%), из них умерли 4. Среди осложнений, явившихся причиной смерти больных от острой кишечной непроходимости, перитонит занимает одно из ведущих мест. За три года мы наблюдали 159 больных с острой кишечной непроходимостью, среди которых осложнение перитонитом отмечено у 19,4 % больных, умерли 24 (15%).

У 113 человек была тупая травма живота. У 39 (34,5%) из них был перитонит. Травмы живота, по нашим данным, сопровождались высокой общей летальностью – умерли 13 (11,5%). Общие итоги лечения перитонита таковы: из 619 больных с перитонитом различной формы и этиологии умерли 75. Общая летальность составила 12,1%, летальность вследствие разлитого перитонита – 9,8%.

Анализ нашего клинического материала показал, что среднее время от начала заболевания до операции у больных со смертельным исходом от перитонита равнялось 62 ч, у больных, выздоровевших от перитонита, – 36 ч. Разница во времени составляет 26 ч; при острой кишечной непроходимости эта разница равна 36 ч, при остром панкреатите – 26 ч, при остром холецистите – 26 ч, при остром аппендиците – 16 ч, при ущемленной грыже – 14ч. Наиболее существенными причинами промедления с операцией являются: 1) категорический отказ родственников и больного от операций; 2) тяжелое состояние больного и необходимость проведения медикаментозной подготовки и реанимационных мероприятий; 3) ошибки в диагностике. Две первые причины существенно не зависят ни от квалификации хирурга, ни от организации работы и оснащенности хирургического отделения. Что касается ошибок в диагностике, то они требуют специального анализа.

Лечение больных перитонитом мы проводили в соответствии с общепринятыми методами. Оно заключалось в немедленной лапаротомии при установленном диагнозе перитонита, удалении источника, тщательном осушении брюшной полости, тампонаде брюшной полости при сформированном гнойнике. У абсолютного большинства больных предпочтение отдавали зашиванию брюшной стенки наглухо с использованием дренажей от систем, а также тонких дренажей для введения антибиотиков. В послеоперационном периоде настойчиво проводили опорожнение желудка и кишечника путем трансназального зондирования и активную аспирацию содержимого, коррекцию водно-электролитного баланса, внутривенное введение белковых препаратов, а также адекватную антибактериальную терапию антибиотиками широкого спектра действия.

РЕИНФУЗИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Ходжиматов Г.М., Тен Д.О., Тургунов Ш.Ш., Хамдамов Х.Х.
Андижанский филиал РНЦЭМП,
Андижанский государственный медицинский институт

Острая кровопотеря в ургентной хирургии обязывает хирурга восполнять ОЦК в срочном порядке. При повреждениях органов брюшной и грудной полости тяжесть состояния больных определяется, прежде всего, степенью кровопотери, а также сроками эффективной гемотрансфузии и оперативного вмешательства.

Переливание больших количеств консервированной крови нередко ведёт к заражению больных (гепатит, СПИД, сифилис и т.д.), и вызывает посттрансфузионные осложнения. Кроме того, для переливания донорской крови необходимо определенное время. Решением правления Всесоюзного общества хирургов на 14-м пленуме (Калининград, 1973), а также Минздрава Республики Узбекистан № 281 от 1998 г. с целью уменьшения посттрансфузионных осложнений было рекомендовано ограничить показания к переливанию донорской крови и шире использовать реинфузию крови больного. В этом случае при отсутствии повреждений полых органов не наблюдается тяжелых осложнений со стороны почек, как это нередко бывает при массивной трансфузии одногруппной и иногруппной донорской крови. Реинфузия крови, излившийся в брюшную и плевральную полости, использована у 34 больных в возрасте от 16 до 65 лет.

Во время операции при отсутствии повреждений полых органов после удаления сгустков крови из брюшной и плевральной полости кровь собирали, фильтрировали через 8-слойный марлевый фильтр в специальные флаконы, содержащие 6% раствора цитрата натрия. При отсутствии консерванта использовали гепарин. Затем кровь струйно переливали больным внутривенно или через подключичной катетер.

Источником кровотечения у 9 больных были разрывы печени, у 6 - разрыв селезенки, у 2 - комбинированные разрывы печени и селезенки, у 2 - разрыв брыжейки тонкой кишки; у 15 больных скопление крови в плевральной полости были связано с разрывом легких, повреждением сердца. В среднем каждому больному перелито от 400 до 2300 мл аутокрови. У больных, которым производилось реинфузии крови, посттрансфузионных реакции (озноб, повышение температуры тела, желтушность и т.д.) не отмечалось. В дальнейшем необходимости в переливании донорской крови не возникало.

Полученные нами результаты позволяют рекомендовать реинфузии крови при травмах органов брюшной и грудной полости с повреждением паренхиматозных органов.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШИННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ, ОПАСНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ИХ РАСПОЗНАВАНИЯ

Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Хамдамов Х.Х.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Развившееся в раннем послеоперационном периоде внутрибрюшинное кровотечение всегда является грозным осложнением, порой неожиданным для хирурга. По данным литературы, частота его среди оперированных больных колеблется от 0,06 до 0,34%. Нередко своевременно нераспознанное кровотечение приводит к развитию опасных для жизни больного гемодинамических нарушений, а в ряде случаев излившаяся в брюшную полость кровь может стать причиной гнойно-септических осложнений.

На кафедре хирургических болезней ФУВ АГМИ была проведена работа по выявлению наиболее важных признаков для своевременного распознавания послеоперационного внутрибрюшинного кровотечения. Изучены особенности клинического течения внутрибрюшинного кровотечения в раннем послеоперационном периоде на органах брюшной полости у 32 больных из них 18 мужчин и 14 женщин в возрасте от 11 до 74 лет. Всех больных мы разделили на 3 группы: 1-я группа – внутрибрюшинные кровотечения вследствие технических погрешностей при операции, 2-я группа – аррозивные кровотечения, 3-я группа – связанные с развитием другого заболевания. Технические ошибки были причиной внутрибрюшинных кровотечений у 25 (78,1 %) больных. После аппендэктомии из сосудов брыжейки – у 5, не лигированных спаечных сращений – у 11, передней брюшной стенки на месте контрапертуры – у 2, из культи яичника при его резекции – у 3, из культи желудочно-селезеночной связки после спленэктомии – у 2, из культи желудка – у 2 больных. У всех пациентов внутрибрюшинное кровотечение было ранним и развилось в 1-е сутки после операции. Аррозивное кровотечение имело место у 5 больных: у 3 – из сосудов сальника вследствие панкреонекроза, у 1 – из оставшейся язвы в культе двенадцатиперстной кишки после расхождения её швов и у 1 в результате эрозии сосудов забрюшинного пространства при нагноение операционной раны. Такие кровотечения отличались массивностью, появлялись внезапно, обычно на фоне стабилизировавшегося течения послеоперационного периода. Сроки развития их варьировали от 8 до 26 суток после операции. Наконец, у 2 больных кровотечение возникло в 1-е сутки: после аппендэктомии в связи с болезни крови (гемофилия) – у 1, в связи с разорвавшейся кистой правого яичника – у 1.

Изучение неблагоприятных исходов у больных с внутрибрюшинными кровотечениями показало, что основной их причиной является несвоевременная диагностика или поздно проведенная релапаротомия. Как правило, задержка оперативного вмешательства происходили из-за незначительностьи кровопотери или надежды на консервативное излечение. Это привело к высокой летальности, которая составила 21,8%. Так, у 11 больных с профузным кровотечением, раз-

вившимся в результате соскальзывания лигатуры или аррозии крупного сосуда, повторное оперативное вмешательство выполнено поздно, при выраженных признаках анемизации и резких нарушениях гемодинамики. Обильное промокание повязки кровью первоначально расценивалось как кровотечение из раны. При этом проводилась частая смена повязки, назначалась гемостатическая терапия или неоднократное тампонирование раневого канала в случае аррозивного кровотечения. В результате от массивной кровопотерии умерли 5 больных. В основном это были пациенты старше 50 лет с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, у которых компенсаторные гемодинамические реакции были снижены. У 2 больных с капиллярными кровотечением из области сращений и спаек, которое во время операции не проявлялось, осложнения было распознано в стадии абсцедирующей гематомы. Умер один больной в результате распространения гноя на забрюшинную клетчатку и развития септицемии. Результатом поздней диагностики внутрибрюшинного кровотечения явилось развитие геморрагического шока у 2 больных, оперированных по поводу острого деструктивного аппендицита с сопутствующей гемофилией и врожденным пороком сердца. Оба случая закончились летально. Изучение информативности клинических и лабораторных признаков у больных с внутрибрюшинными кровотечениями позволило выделить наиболее важные из них. У большинства больных развитие внутрибрюшинного кровотечение сопровождалось ухудшением их состояния. В случаях обильного промокания повязки кровью или выделения её по дренажу при отсутствии при этом кровотечения из раны при её ревизии диагноз внутрибрюшинного кровотечения становится очевидным.

Таким образом, использование статистического и информационного подхода к оценке клинических данных у больных с послеоперационными внутрибрюшинными кровотечениями позволило выделить характерное сочетание признаков. Знание его будет способствовать раннему распознаванию осложнения и принятию решения о проведении повторного оперативного вмешательства в оптимальные сроки, а значит, и избежать неблагоприятных последствий, связанных с кровопотерей в брюшную полость.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГАНГРЕНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Тен Д.О., Тургунов Ш.Ш.

Андижанский филиал РНЦЭМП,
Андижанский государственный медицинский институт

Острый аппендицит – самое распространенное заболевание, с которым приходится повседневно встречаться врачам многих специальностей. Диагноз острого аппендицита, особенно его осложненных форм, не всегда прост, аппендэктомия часто является сложной операцией, которая нередко приводит к тяжелым осложнениям и неблагоприятным исходам. Значительный процент составляют ошибки, допускаемые врачами на всех этапах оказания экстренной помощи. Правильно сформулированный диагноз и правильно принятое решение, своевременная операция не только позволяют избежать опасных осложнений, но нередко и спасти больных от гибели.

На кафедре хирургических болезней ФУВ АГМИ на базе Андижанского филиала РНЦЭМП в 2010–2012 гг. находились 464 больных с гангренозным аппендицитом, или 13,6% от всех оперированных по поводу острого аппендицита. Среди оперированных с гангренозным аппендицитом перфорация червообразного отростка выявлена у 125 больных, перитонит у 326 (85%).

Больные были в возрасте от 16 до 72 лет. У 254 больных операция была произведена позже 24 часов от начала приступа. Причиной запоздалой операции у 199 пациента было позднее обращение к врачу, у 46-ошибки в диагностике на догоспитальном и у 5- на госпитальном этапах.

По локализации перитониты (326 больных) разделили на разлитые (114) и местные (212). Из 212 больных с местным перитонитом у 191 процесс был местным, неограниченным у 21-местным ограниченным (периаппендикулярный инфильтрат и абсцесс). Перитонит, наиболее тяжелое осложнение, клиническая картина которого многообразна и динамична.

При дооперационном диагнозе перфоративного аппендицита с перитонитом оперативное вмешательство начинали под общим обезболиванием нижнесрединной лапаротомией. В процессе операции (у 71 больного) замена местной анестезии общим обезболиванием обеспечивали быстрое и тщательное выполнение операции как через доступ Дьяконова – Волковича, так и при сочетании его с нижнесрединной лапаротомией (15).

Аппендэктомия осуществлена у 443 больного, не произведена у 21 больных с периаппендикулярным инфильтратом и периаппендикулярным абсцессом.

Важным этапом операции считаем тщательную санацию брюшной полости. У всех больных брюшную полость промывали теплыми растворами новокаина и фурацилина с добавлением антибиотиков.

Дренирование брюшной полости у 45 больных производили тампоном и микроирригатором, у 57 – 2–3 дренажами + микроирригаторами, у 224 – одним микроирригатором.

Дренирование брюшной полости осуществляли через проколы передней брюшной стенки в области крыльев подвздошных костей.

Показанием к наложению первично-отсроченного шва считали гангренозно – перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс, периаппендикулярный инфильтрат, некротические изменения в стенке кишечника. Остальным – произведено послойное ушивание раны с оставлением микроирригатора.

Антибиотики вводили 2–4 раза в сутки с 50–100 мл 0,25% раствора новокаина. Внутрибрюшинное введение антибиотиков комбинировали с внутримышечными и внутривенными инъекциями. Кроме того, проводили инфузионную терапию с форсированным диурезом в зависимости от фазы перитонита.

Широкий операционный доступ, щадящее выполнение операции, промывание брюшной полости –профилака послеоперационных осложнений.

Послеоперационные осложнения, отмечались у 96 человек: нагноение раны – у 68, инфильтрат брюшной стенки – у 14, каловый свищ – у 2. У 8 больных развивалась пневмония, у 4 – гипертермический синдром. Умерли 2 (0,3 %).

Лечение больных гангренозным аппендицитом с перитонитом должно быть комплексным и включать следующие компоненты: 1) широкий операционный доступ с целью ликвидации гнойного очага и санации брюшной полости; 2) правильный выбор дренирования брюшной полости в зависимости от характера и распространенности перитонита; 3) общую и местную антибактериальную терапию с применением антибиотиков широкого спектра действия с учетом чувствительности; 4) форсированный диурез; 5) общеукрепляющее лечение, направленное на повышение иммунобиологической сопротивляемости организма.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ходжиматов Г.М., Ботиров А.К., Тургунов Ш.Ш.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Несмотря на достижения науки и техники, результаты хирургического лечения хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК не удовлетворяют хирургов. При прободных язвах ДПК во многих клиниках основной экстренной операцией остается ее ушивание, выполняемое у 45 – 89% больных. Это диктует необходимость дальнейшей разработки методов диагностики и хирургического лечения.

Нами проведен анализ ошибок, допущенных при диагностике и лечении перфоративных язв ДПК у 245 больных, находившихся в хирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП в период с 2010–2012 гг. У 94,7% пациентов мужского пола ЯБДПК осложнилась перфорацией, 77,4% больных были в возрасте от 20 до 50 лет, у 71,3% перфорации наблюдались в осенние и весенние месяцы года. Перфорации «немых» язв отмечались у 37 больных. Длительность язвенного анамнеза у больных составила 1-14 лет.

В сроки до 6 часов в стационар поступили 77,4% больных, до 12 часов – 13,6%, до 24 часов – 6,3%, спустя 24 часа – 2,7% .

В поздние сроки обращения за медицинской помощью обратились 5,7% больных пожилого и старческого возраст. Причинами поздней госпитализации в 8,4% больных были диагностические ошибки врачей скорой помощи и поликлиник.

Диагностика перфоративных язв в типичных случаях не представляет особых трудностей, однако при атипичном течении (перфорации язв в толщу малого сальника, прикрытые перфорации, перфорации острых и «немых»язв), при общем перитоните, наличии сочетанных хирургических и сопутствующих терапевтических заболеваний в диагностике этого осложнения возникают сложности.

Анализ нашего материала показал, что диагностические ошибки чаще допускаются врачами станций скорой помощи и поликлиник. Правильный диагноз ими был установлен у 82,7% больных, правильный диагноз врачами приемного отделения был установлен у 92,3%, остальным больным ставили различные ошибочные диагнозы. Диагностические ошибки имели место и в хирургическом стационаре, где с диагнозом острый панкреатит оперированы 3 больных, острый аппендицит – 7, острая кишечная непроходимость – 3, 4 произведена диагностическая лапаротомия.

Диагностические ошибки врачей различных инстанций повлекли за собой и тактические ошибки (задержка с направлением 7 больных в больницу, отказ 2 больным в госпитализации, а в стационаре неоправданно длительное наблюдение за состоянием больных, с целью уточнения диагноза).

При перфорации язв способ операции выбирали за операционном столом с учетом конкретной ситуации. Так, при прикрытых перфорациях всем 18 (7,3%) больным произведена операция резекции желудка по Габереру, ушивание перфоративных язв ДПК выполнена у 24,9%, иссечение перфоративных язв ДПК у 63,7%, первичная резекция желудка – у 11,2%, ушивание перфоративных язв с наложением гастроэнтероанастамоза с браунским соустьем – у 1,2% случаев. Во всех случаях во время операции производилась тщательная санация брюшной полости антисептиками, в послеоперационном периоде назначали антибактериальную терапию. Из числа оперированных больных умерли 3 (1,2%): 2 от несостоятельности швов после ушивания, 1- от острого кровотечения из ушитой язвы.

Таким образом, своевременная доставка больных врачами скорой помощи и направление в хирургическое стационар врачами поликлиник, а также налаженность системы диагностики в стационаре позволяет расширить показания к выполнению более радикальных хирургических вмешательств.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ К РАЗВИТИЮ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Ходжимухамедова Н.А., Убайдуллаева В.У.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Как известно, обеспечение надлежащей надежности межкишечных анастомозов остается одной из фундаментальных проблем абдоминальной хирургии. По данным литературы, несостоятельность анастомоза в условиях измененной кишечной стенки и перитонита составляет 2,8–8,7% после операций на тонкой кишке, а после операций на толстой кишке может достигать 32%. Недостаточность межкишечных анастомозов сопровождается крайне высоким уровнем летальности, достигающей 70%.

В РНЦЭМП проводились морфологические исследования с морфометрическим анализом структур тканей кишки у больных, подвергшихся резекции сегмента кишки с наложением анастомоза при первичной операции, а также у пациентов, оперированных повторно при несостоятельности анастомоза. Во всех случаях состоятельных анастомозов во всех слоях стенки кишки морфологическими исследованиями выявлены явления воспалительного характера: умеренная десквамация эпителия, отек, неравномерное полнокровие, лимфостаз, инфильтрация, причем в слизистой оболочке преобладала лимфоцитарная, а в других лейкоцитарная. Все эти изменения были стереотипными, не обнаружено какой-либо значимой, коррелятивной зависимости их с этиологическими и патогенетическими факторами, обусловившими наложение анастомоза.В случаях несостоятельности анастомозов также во всех слоях стенки кишки отмечались такие же явления: умеренная десквамация эпителия, отек, неравномерное полнокровие, лимфостаз, инфильтрация. При этом степень и выраженность деструктивных и склеротических процессов была несколько больше, чем в группе с состоятельными анастомозами. Кроме того, в группе с несостоятельными анастомозами, кроме лимфо-лейкоцитарного компонентов, наблюдалась также макрофагальная и эозинофильная инфильтрация.

Несмотря на выявленные в двух группах различия, на наш взгляд, они не могут служить надежными диагностическими критериями для прогноза несостоятельности, поскольку и умеренные деструктивные и склеротические и гидропические нарушения структур стенки кошки достаточно динамичны. В ходе исследования было выявлено, что в группах с состоятельными и несостоятельными анастомозами корреляционная зависимость наблюдается по двум критериям – степень инфильтрации кишечной стенки и ее васкуляризация. Морфометрические исследования выявили высокую степень достоверности этих параметров.

Группа с состоятельными анастомозами характеризуется более высокими значениями лейкоцитов, плазматических клеток и низкими значениями лимфоцитов. При этом, несмотря на то, что общее количество микрососудов в группе с несостоятельностью было почти в 2 раза больше, их относительный объем более чем в 2 раза превышал таковой в группе с состоятельными анастомозами.

Нам представляется, что именно эти диагностические морфологические параметры могут служить достаточно достоверными критериями для прогноза несостоятельности анастомозов при исследовании операционных биоптатов кишки.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ

Хожибоев А.М., Матьякубов Р.Р., Гаибназаров К. М., Хасанов У.Р., Аззамов А.А.

Ташкентский областной центр экстренной медицинской помощи

Пострадавшие с множественными повреждениями с первых минут нуждаются в адекватном обезболивании. Считаем обязательным назначение таким пострадавшим ненаркотических анальгетиков, которые снижают избыточность воспалительных реакций. Кроме того, этим пациентам должны выполняться проводниковые блокады, чтобы уменьшить шквал ноцицептивнойимпульсации, бомбардировку структур спинного мозга.

Кроме планового введения нестероидных противовоспалительных препаратов в течение 5 суток для обезболивания применяли 0,25% раствор наропина или 0,25% раствор маркаина. При травмах верхних конечностей выполняли блокады плечевого сплетения в межлестничном промежутке 30-40 мл 0,25% раствором наропина или 0,25% раствором маркаина путем однократных инъекций или через установленный катетер из подключичного доступа к межлестничному промежутку. Блокадой на этом уровне достигали хорошей аналгезии при травмах плечевого сустава и более дистальных сегментов верхней конечности. Длительность обезболивания достигала 12–16 часов. На нижней конечности обязательно выполняли блокаду поясничного сплетения из пахового доступа – 30–40 мл раствора анестетика, иногда сочетали с блокадой седалищного нерва из переднего доступа по 20–25 мл.

При этом важно соблюдать некоторые принципы. В первую очередь, нужно выполнить блокаду области с наибольшей рецепцией, которая способна запускать патологические круги. Общая доза местного анестетика не должна превышать предельно допустимую и обеспечивать длительную блокаду. Для этих целей целесообразно шире применять длительно действующие местные анестетики и катетерную технику. Более длительное обезболивание достигалось при использовании наропина, которому отдавали предпочтение перед другими местными анестетиками.

Многие пострадавшие с сочетанными травмами имеют повреждение грудной клетки. Достаточно высокая степень обезболивания достигалась внутриплевральной блокадой через установленные дренажи или путем инъекции через межреберный промежуток, в последнем случае введение 2% раствора лидокаина 10 мл обеспечивает хорошее обезболивание до 24 часов при сухой плевральной полости.

Вывод. Применение при политравме периферических способов обезболивания в комплексе с ноцицептивной защитой значительно улучшает результаты лечения пострадавших.

СЕНИЛ ОСТЕОПОРОЗ НАТИЖАСИДА СОН СУЯГИНИНГ ПРОКСИМАЛ ҚИСМИНИНГ СИНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Хожибоев А.М., Махмуров А.А.
РШТИЁМ Тошкент вилоят филиали

ТВШТЁМда 2011–2012 йилларда сон суяги проксимал қисмининг синиқлари билан тушган беморлар сони 575та. Шулардан латерал синишлар 334 (58%) та, медиал синишлар 241 (42%)ни ташкил қилди. 312 (54,2%)таси аёллар, 263 (45,7%)таси эркакларни ташкил қилди. Бу беморлардан 35дан 55 ёшгача 57та (9,9%), 56дан 75 ёшгача 202та (35,1%), 75дан катта бўлганлар сони 316тани (54,9%) ташкил қилди.

Автотравма натижасида 22 (3,8%) киши, кататравма оқибатида 6 (1,6%) нафар ва турмуш жарохати туфайли 547 (95,2%) бемор шикастланган.

Бўғимдан ташқари Смит-Петерсон михи билан метал остеосинтез 211 (36,7%) беморда, бўғимдан ташқари компрессион шруплар билан метал остеосинтез 73 (12,6%) ҳолатда, латерал синишларда экстрамедулляр метал остеосинтез 199 (34,6%) кишида бажарилди. Ёпиқ усулда кегайлар тутамлари билан (оғир йулдош касалликлари булган беморларда) 18 (3,1%) тасида, чаноқ-сон бўғимини эндопротезлаш 12 (2%) тасида, консерватив усул 62 (10,7%) та беморда ўтказилган. Даволанган беморлардан 329 тасига остеомакс 70 мг хафтасига бир махалдан тўрт хафта давомида берилди. Даво муолажаси бир ойдан сўнг қайта такрорланди. Қолган 246 та беморда остеопороз профилактикаси тўлиқ олиб борилмаган. Яъни беморларнинг ўзлари остеопороз профилактикасининг схемасини бузганлар.

Остеопороз профилактикаси ўтказилган беморлар сон суягининг проксимал қисми синиқлари 20–24 хафтада синиқларнинг тўлиқ битиши кузатилди. Остеопороз профилактикаси бузилган беморларда синиқлар битишининг муддати узайиб кетиши 96та беморда кузатилди. Ушбу беморлардан 33тасида сохта бўғим билан асоратланди. Сохта бўғимлар барчаси медиал синиқлардан сўнг остеопороз профилактикаси килинмаган ва йулдош касалликлари бўлган беморларда кузатилади.

Шундан қилиб, сенил остеопороз натижасида кузатилган синиқларни даволашда остеопороз профилактикаси ўтказилиши зарур.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РЕЗИДУАЛЬНОМ И РЕЦИДИВНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Хожибоев А.М., Бойназаров И.Х., Тулаганов О.У., Болтаев Х.А., Хашимов М.А.
**Ташкентский областной центр экстренной медицинской помощи,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи**

Изучены результаты эндоскопического лечения 288 больных с резидуальным и рецидивным холедохолитиазом пролеченных в системе ЭМП за период 2002–20012 гг. Возраст больных колебался от 22 до 89 лет. Мужчин – 102 (35,4%), женщин – 186 (64,5%). Традиционная холецистэктомия ранее была выполнена 156 больным, лапароскопическая – 132. Все больные поступили в экстренном порядке с приступом печеночной колики (164), острого панкреатита (124). У 184 (63,8%) больных приступы сопровождались механической желтухой, а у 68 (61,8%) – клиникой гнойного холангита.

Результаты. У 108 больных возникла необходимость дополнить ЭПСТ литоэкстракцией корзинкой Дормиа. Литоэкстракция удалась у 103 больных. У 5 пациентов произошло ущемление корзинки вместе с конкрементом в терминальном отделе холедоха потребовавшее лапаротомию и холедохолитотомию с дренированием холедоха.

У 26 больных литоэкстракция удалось после фрагментации конкремента до необходимых размеров механическим литотриптором представляющим собой усиленную корзинку Дормиа.

В 12 случаях в связи с невозможностью захвата конкремента в петлю механического литотриптора, выполнить литотрипсию не удалось. В этих случаях с целью снятия билиарной гипертензии производили эндоскопическое назобилиарное дренирование (НБД).

Суть метода заключается в том, что дренирование производится с помощью дуоденофиброскопа через биопсийный канал в холедох вводится катетер. Конец катетера устанавливается проксимальнее конкремента, который не только обеспечивает дренирование, а что более важно предупреждает повторную обтурацию протока желчными конкрементами удерживая их в расширенной части протока.

Однако выше изложенное НБД не всегда предупреждает повторную обтурацию гепатикохоледоха конкрементом. Из 8 больных после НБД у 2 нами отмечена атака холангита с бактериемическим шоком, потребовавшая экстренного вмешательства – холедохолитотомии лапаротомным доступом.

С целью предупреждения повторной обтурации конкрементом и обеспечения свободного желчеоттока при неудалимых конкрементах, нами был разработан новый способ НБД отличающися от традиционного способа применением спиралевидной формы катетера. Применение данного метода у 24 больных показал его высокую эффективность выразившуюся в снижении билирубинемии и показателей интоксикациии у всех наших больных.

Заключение. ЭПСТ с литоэкстракцией остается методом выбора в лечении резидуального и рецидивного холедохолитиаза. При несоответствии размеров конкремента и терминального отдела холедоха методом выбора является литоэкстракция после механической литотрипсии. Использование назобилиарного дренажа нашей конструкции позволяет предупредить повторное вклинение конкремента, тем самым позволяет подвергнуть больных традиционному вмешательству после стихания острых проявлений.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЛИКВОРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Холиков Н. Х., Кариев Г. М.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Гидроцефальный синдром при опухолях головного мозга развивается почти в 75% случаев. Нередко гидроцефально-гипертензионный синдром является ведущим клиническим проявлением заболевания и зачастую определяет его исход. Локализация опухоли в области III желудочка – стратегически важном месте на пути оттока цереброспинальной жидкости, обусловливает особенности и трудности лечения больных с этими новообразованиями. Развивающаяся окклюзионная гидроцефалия в дальнейшем во многом определяет лечебную тактику, а в ряде случаев вынуждает хирургов использовать паллиативные методы лечения, направленные на улучшение общего состояния больного. Коррекция нарушения ликвороциркуляции занимает важное место в комплексе хирургического лечения опухолей головного мозга.

Цель работы. Оценка эффективности методов коррекции нарушений ликвороциркуляции при опухолях головного мозга.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 67 больных в возрасте от 2 до 65 лет, находившихся в РНЦНХ, с окклюзионной гидроцефалией, обусловленной опухолями головного мозга. Из за тяжести состояния и преобладания гипертензионно-гидроцефального синдрома больным первым этапом проводились различные методы ликворошунтирующих операций, эффективность которых оценивалась по регрессу гипертензионно-гидроцефального синдрома. В последующим 20 больных были оперированы с целью устранения фактора окклюзии.

При поступлении всем больным проведено комплексное нейрохирургическое (рентгенография, КТ, МРТ) обследование.

При нейроофтальмологическом исследовании у больных выявлены изменения на глазном дне от отека дисков зрительных нервов до вторичной атрофии.

Независимо от уровня окклюзии ликворных путей у всех обследованных нами больных в клинической картине заболевания доминировал гипертензионно-гидроцефальный синдром. Следует обратить внимание на то, что развитие гидроцефального синдрома сочеталось с очаговой неврологической симптоматикой, указывающей у большинства больных на исходный рост опухоли и распространение ее на другие отделы мозга.

В зависимости от уровня окклюзии ликворных путей больные были разделены на 2 группы:

1-ю группу составили 23 больных с опухолями переднесреднего отдела III желудочка, краниофарингиомами, коллоидными кистами III желудочка, распространяющимися в полость последнего и сопровождавшимися бивентрикулярной гидроцефалией.

Во 2-ю группу вошли 44 больных с опухолями задних отделов III желудочка, водопровода мозга, пинеальной области, хиазмально-селлярной области, области четверохолмной пластинки и оральных отделов ствола мозга , которые, сдавливая сильвиев водопровод, приводили к тривентрикулярной гидроцефалии.

Вентрикулоцистерностомия по Торкильдсену (ВЦСТ) произведена 43 больным, эндоскопическая фенестрация дна III желудочка (ЭВЦСТ – III) – 24.

Результаты. После ВЦСТ в послеоперационном периоде улучшение состояния с регрессом гипертензионно-гидроцефальной симптоматики отмечалось у 32 (74,4%) больных. У 7 (16,3%) пациентов после операции общее состояние существенно не изменилось, сохранялась очаговая неврологическая симптоматика. В раннем послеоперационном периоде умерли 4 (9,3%) больных, поступивших в стадии грубой декомпенсации заболевания. Послеоперационная смертность связана с тяжестью состояния больных в момент операции и нарушением стволового кровообращения, развившимся вследствие дислокационного синдрома и отека стволово-диэнцефальных отделов мозга. Инфекционно-воспалительные осложнения наблюдались у 5 больных (менингоэнцефалит – 2, вентрикулит – 3).

После ЭВЦСТ в послеоперационном периоде регресс гипертензионно-гидроцефального синдрома наблюдался у 20 (83,3%) больных. В раннем послеоперационном периоде умерли 3 (12,5%) больных. Причины смерти мы также связываем с нарушением стволового кровообращения вследствие дислокационного синдрома. У 3 (12,5%) больных развился менингоэнцефалит, который благополучно разрешился.

Выводы. 1. Вентрикулоцистерностомии по Торкильдсену позволила достичь улучшения состояния у 75% больных с вторичной окклюзионной гидроцефалией опухолевого генеза, но для детей до 3 лет и больных, находящихся в стадии грубой клинической декомпенсации, это операция является довольно травматичной. 2. Эндоскопическая перфорация дна III желудочка является физиологическим, миниинвазивным и эффективным методом коррекции нарушений ликвороциркуляции при опухолях головного мозга.

ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЯСНИЧНОГО СПОНДИЛОЛИСТЕЗА С ОСТРЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Холматов А.А., Юлдашев В.Б., Нурматов И.Р., Исмоилов О.О.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Разнообразие методов хирургического лечения спондилолистеза свидетельствует об отсутствии надежного, стойкого эффекта от лечения.

Цель. Разработка нового простого надежного способа хирургического лечения спондилолистеза.

Под нашим наблюдением находились 22 больных со спондилолистезом поясничного отдела позвоночника. Распределение по сегментам позвоночника было следующее: L3 2-я степень смещения – у 2, L4 2-3 степени смещения – у 11. L5 2-3 степени смещения – у 9.

Все больные этой контрольной группы были женщины в возрасте от 27 до 54 лет. В клинической картине у всех больных отмечались симптомы нестабильности. У всех больных применялось хирургическое лечение. Методика стабилизации смещенного позвонка состоит в следующем.

Левосторонним забрюшинным доступом обнажаются тела нижних поясничных позвонков. Межпозвонковый диск на уровне смещения тотально удаляется. Из крыла подвздошной кости заготавливается аутотрансплантат, соответствующий размеру тела смещенного позвонка. Аутотрансплантат устанавливается после тотальной дискэктомии между телами позвонков. Вторым этапом из тела смещенного позвонка в направлении тела нижележащего позвонка проводится углеродный стержень, который прочно фиксирует тела смежного позвонка + аутотрансплантат. Таким образом достигается интероперационная первичная стабильность оперированного позвоночного сегмента. Операция заканчивается ушиванием фиброзного кольца и мягких тканей передней стенки живота. Больные полностью активизируются на 3 сутки после операции.

У всех больных через один месяц отмечался полный регресс неврологической симптоматики. В основном отмечались боли в поясничном отделе позвоночника эпизодического характера. На рентгенограммах поясничного отдела позвоночника наблюдалось перестройка костной ткани на уровне оперированного сегмента.

ЭВОЛЮЦИЯ КОСТНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ПЕРЕДНЕМ СПОНДИЛОДЕЗЕ ПОСТТРАВМАВТИЧЕСКОГО ПОЯСНИЧНОГО СПОНДИЛОЛИСТЕЗА

Холматов А.А., Джаббаров С.К., Юлдашев В.Б.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Под нашим наблюдением находились 42 больных, которым одномоментный спондилодез с помощью аутокости и углеродного имплантанта. Костный блок на оперированном сегменте и динамика регресса неврологической симптоматики изучены у 16 больных, которые были разделены на три группы для детального изучения динамики формирования костной мозоли на уровне оперированного сегмента путем рентгенологического контроля через 3, 6 и 9 месяцев после операции. 1-я группа – 6 больных (срок после операции 3 мес.); 2-я группа – 4 больных (срок после операции 6 мес.); 3-я группа – 6 больных (срок после операции 9 мес.).

При рентгенологическом контроле поясничного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях у больных 1-й группы отмечается интенсивная тень в области оперированного позвоночного сегмента. Края аутотрансплантата стушованные, наблюдается постепенное рассасывание аутотрансплантата с образованием собственного гранулята. Гранулят охватывает передние и боковые поверхности тел смежных позвонков. Признаков гипермобильности в позвоночном сегменте не выявлено.

У больных 2-й группы на рентгенограммах поясничного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях отмечается четкая тень на уровне оперированного позвоночного сегмента. Тень располагается на месте аутотрансплантата между телами позвонков. Гранулят, располагающийся вокруг тел позвонков, полностью рассосался, образовав элементы окостенения на уровне передней поверхности тел позвонков. Она соответствует фиброзному кольцу и передней продольной связки.

У больных 3-й группы на рентгенограммах поясничного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях визуализируется сформировавшийся костный анкилоз на уроне оперированного сегмента. На месте аутотрансплантата отчетливо прослеживается костеобразование.

На функциональных рентгенограммах признаков гипермобильности на уровне оперированного сегмента не отмечено.

Таким образом, предложенный способ спондилодеза при спондилолистезах дает хорошие результаты.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗРЫВОВ СЕЛЕЗЕНКИ

Холмурзаев Б.Ф., Нахалбоев Р.Т., Гофуров А.Н.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Данным сообщением мы попытались представить собственные подходы к диагностике и хирургическому лечению механических повреждений селезенки у пострадавших с травмой живота.

Изучены результаты обследования и лечения 36 пациентов с повреждениями селезенки, госпитализированных в Джизакский филиал РНЦЭМП в период с 2001 по январь 2013 года. Средний возраст пострадавших составил 31±14,2 лет с диапазоном от 18 до 74 лет. Как и во всех других видах механических травм заметно преобладали лица мужского пола в трудоспособном возрасте.

Основным механизмов травмы селезенки явились дорожно-транспортное происшествие (у 23 (63,9%) больных) и кататравма (7 (19,4%)), у остальных 6 (16,7%) пациентов причиной травмы стало бытовая и криминальная тупая травма. Изолированное повреждение селезенки диагностировано у 26 (72,2%) пациентов, сочетанная (2) и множественная (8) травма была у 10 (27,8%) пострадавших.

Основным методом диагностики повреждений селезенки остается УЗИ и КТ. Сонография органов брюшной полости выполнена всем 36 пострадавшим, при этом достоверно положительный результат получен у 24 (66,7%), ложно отрицательный – у 12 (33,3%). Пациенты с ложно положительным и достоверно отри-

цательным результатами (т.е. без разрыва селезенки) не включены в данное исследование. Компьютерная томография выполнена 7 (19,4%) больным, во всех случаях удалось визуализировать прямые и косвенные признаки повреждения печени.

Только 4 (11,1%) пациентам в клинике была начата консервативная терапия, показаниями к которой явились: у 3 больных наличие УЗИ признаков подкапсульной гематомы селезенки при их изолированном поражении без явлений гемоперитонеума и у 1 пострадавшего лапароскопическая картина прикрывшегося сальником надрыва органа без наличия свободной жидкости в брюшной полости. Такая тактика оказалась эффективной у 2 (50%) больных, другим 2 пациентам на 2-е и 4-е сутки пришлось прибегнуть к лапаротомии в связи с появлением УЗИ-признаков гемоперитонеума и нарастанием лабораторных признаков анемии. Остальным 32 (88,9%) пациентам проведено первичное экстренное хирургическое лечение. При этом в 7 случаях операция начата с диагностической лапароскопии, где было выявлено изолированное (5) и сочетанное (2) повреждение селезенки. В нашей клинике наличие эндоскопической картины разрыва селезенки является показанием к конверсии, как правило выполняем верхне-срединную лапаротомию и спленэктомию. Только в одном случае, когда было выявлена картина прикрывшегося сальником надрыва селезенки мы ограничились лапароскопическим дренированием брюшной полости с последующим динамическим наблюдением.

Ни в одном случае лапаротомии нам не удалось сохранить поврежденный орган – во всех 34 случаях пришлось прибегнуть к спленэктомии. В 2 случаях с сочетанным повреждением печени дополнительно выполнено ушивание разрыва печени.

Послеоперационные осложнения отмечены у 5 (13,9%) пациентов, в том числе в 3 наблюдениях – пневмония, в 2 – поддиафрагмальный абсцесс, в 2 – постравматический панкреатит, в 1 – ТЭЛА. Умер один (2,8%) пострадавший с политравмой от последствий ЧМТ.

Таким образом, повреждения селезенки остаются одним из распространенных и тяжелых разновидностей травм органов брюшной полости с высокими показателями послеоперационных осложнений и летальности, требующих дальнейшего усовершенствования лечебно-диагностических подходов к ведению этой тяжелой категории пострадавших.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Хомиджонов И.Б., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В 2000–2012 г.г. при выполнении оперативных вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства экстренная ангиохирургическая помощь оказалась необходимой 25 пациентам. Мужчин было 15 (60%), женщин – 10 (40%). Возраст больных – от 22 до 60 лет. Явления геморрагического шока II-III степени отмечались у 18 (72%) больных.

Основными причинами ятрогенного повреждения сосудов при операциях на органах брюшной полости и забрюшинного пространства были недоучет вариабельности расположения сосудистого пучка и возможное изменение расположения последнего под воздействием патологического процесса, грубая обработка тканей в области локализации крупных сосудов.

Повреждение брюшной аорты имело место у 5 (20%) больных, общей подвздошной артерии – у 2 (8%), наружной подвздошной артерии – у 3 (12%), внутренней подвздошной артерии – у 2 (8%), ранение почечной артерии – у 1 (4%). Ранение нижней полой вены было у 7 (28%) больных, общей подвздошной вены – у 2 (8%), наружной подвздошной вены – у 2 (8%), внутренней подвздошной вены – у 1 (4%), воротной вены – у 1 (4%).

Методы остановки кровотечения и способы восстановления стенок сосудов зависели от вида и локализации ятрогенных повреждений магистральных сосудов. Кровотечение из повреждённого в ходе операции крупного сосуда всегда останавливают прижатием пальцев, а после наложения сосудистых клипс – наложением сосудистого шва. Для остановки кровотечения нельзя использовать обычные кровоостанавливающие зажимы, тем более вслепую. Основные принципы на операционном столе сводилась к следующим приемам: пальцевое или тупферовое прижатие концов или ран сосуда, непрерывное осушение операционного поля электроотсосом, мобилизация приводящего и отводящего отделов, взятие их на сосудистые зажимы или боковое пережатие стенки сосуда, наложение атравматического шва.

Шов сосудов «конец в конец» выполнен 3 (12%) больным, боковой шов – 18 (72%), аутовенозное протезирование – 2 (8%), лигирование сосуда – в 2 (8%).

Восстановительная операция у 2 больных произведена общим хирургом, у 23 – ангиохирургом, сроки подключения последнего варьировали от 10 мин до 30 (в среднем 20 мин).

Умерли 5 (20%) больных: из них 3 – во время операции после наложения шва на сосуды от тяжелого геморрагического шока, 2 – на 2 сутки после операции от почечной недостаточности.

Таким образом, соблюдение основных принципов остановки кровотечения и своевременное восполнение объёма циркулирующей крови позволяет спасти жизнь большинству пациентов с ятрогенными повреждениями магистральных сосудов при операциях на органах брюшной полости и забрюшинного пространства. По нашему мнению, оперативное пособие у данного контингента больных должен выполнять сосудистый хирург, либо хирург общего профиля, прошедший специализацию по сосудистой хирургии.

ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Хошимов У.У., Алтыбаев У.У., Асадуллаев У.М., Бабаханов Б.Х., Саидов Б.А., Матмусаев М.М.
Республиканский научный центр нейрохирургии

Нетравматические внутримозговые кровоизлияния – актуальная проблема нейрохирургии. У лиц старшего возраста причиной их в основном являются гипертоническая болезнь и атеросклероз. Но в последние годы благодаря развитию диагностических методов исследования (КТ и МРТ головного мозга) нетравматические кровоизлияния часто выявляются у детей.

Материал и методы. В 2007–2013 гг. в нашей клинике на лечении находились 30 больных со спонтанными нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями в возрасте от 3 месяцев до 14 лет, из них 18 мальчиков и 12 девочек. 19 детей переведены из других неспециализированных стационаров (педиатрические, инфекционные, гематологические и др.). При поступлении всем больным проводилось комплексное обследование, включающее нейроофтальмологические, нейрофизиологические, нейрорентгенологические методы. Общее состояние детей оценивалось по общепринятой классификации Ханта-Хесса (1968).

Результаты и обсуждение. У 11 детей произведена операция по удалению внутримозговых гематом, в остальные получали интенсивную симптоматическую консервативную терапию.

Хотелось бы отметить, что практически у всех больных (22 ребенка) в комплекс обследования было включено ангиографическое исследование сосудов головного мозга с целью выявления сосудистой патологии. У 13 детей диагностированы артериовенозные мальформации сосудов головного мозга, у 1 – артериальная аневризма. Всем этим больным в различные сроки произведено эндоваскулярное выключение сосудистых образований из мозгового кровотока для предупреждения повторных кровоизлияний.

Выводы. У детей с причиной нетравматических кровоизлияний могут быть сосудистые заболевания головного мозга (артериовенозные мальформации, артериальные аневризмы), которые требуют дополнительного ангиографического исследования сосудов головного мозга.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Хусанов А.М., Солиев Б.Э., Темиров Р.А., Мавлянов Б.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Оценка степени эффективности плазмафереза в комплексном лечении распространенного перитонита (РП).

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 46 больных с РП, из них 28 (60,9%) мужчин и 18 (39,1%) женщин, ранг возрастов – 36-68 лет, медиана – 53,00 года. Больные были разделены на 3 группы: 1-я – сепсис-SIRS2-4, 2-я – тяжелый сепсис, 3-я – септический шок. Прерывистый мембранный плазмаферез проводили в 4 этапа: 1) забор крови в контейнер, 2) центрифугирование, 3) удаление из контейнера плазмы, 4) возврат эритроцитов. Один сеанс проведён у 46 больных, два сеанса - у 23, три сеанса – у 13, всего 82 процедуры.

Результаты. Перед проведением мембранного плазмафереза осуществлялась коррекция гипопротеинемии, гипогликемии, анемии, водно-электролитных и гемодинамических нарушений. Этот этап терапии занимал от 2 до 12 часов. Для получения клинического эффекта при проведении плазмафереза за 1 сеанс удалялось 30-40% объёма циркулирующей плазмы. Эксфузированный объем плазмы на 20-30% замещали коллоидами и кристаллоидами, на 60 – 70% свежезамороженной плазмой, на 10–20% и альбумином. При проведении мембранного плазмафереза скорость эксфузии из центральных вен не превышала 30 мл/мин. Критерием эффективности метода служило снижение токсических компонентов плазмы (мочевины, креатинина, билирубина и показателя интоксикации крови). Курс экстракорпоральной детоксикации в зависимости от степени тяжести эндогенной интоксикации состоял из 2-3 процедур. Эффективность лечения оценивали по клинико-лабораторным показателям (уменьшение болей в животе, усилением перистальтики кишечника, снижение температуры тела, частоты пульса и дыхания, падение концентрации креатинина, мочевины и ЛИИ). Исходные показатели свидетельствовали о серьезных изменениях уровня эндотоксикоза и системы гомеостаза. При применении методики плазмафереза в комплексе лечения у больных с РП в крови резко снижается содержание токсического субстрата. Одним из кардинальных симптомов, указывающих на положительные сдвиги в состоянии больного РП, является восстановление активности перистальтики, которое было более выражено у больных 2-й группы с тяжелым сепсисом. У пациентов 3-й группы с септическим шоком процедура плазмафереза оказалась неэффективной. Возможно, применение плазмафереза эффективно до наступления признаков клинической декомпенсации.

Заключение. Прерывистый мембранный плазмаферез значительно облегчает течение болезни за счет уменьшения эндогенной интоксикации, что делает его одним из эффективных методов детоксикации у больных РП при отсутствии полиорганных нарушений в организме.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА СЕЛЕМИН У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Хушбаков Н.З., Давлатов М.Х.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель. Определение возможности использования препарата селемин для парентерального питания у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ).

Материал и методы. Обследованы 48 больных с тяжелой ЧМТ (мужчин – 32, женщин — 16). Средний возраст пациентов 35±8 года. Сопутствующая артериальная гипертония была у 6 больных, ИБС – у 4, хронический гепатит – у 1 пациента. Больным с тяжелой ЧМТ, поступившим в отделение нейрореанимации, наряду с интенсивной терапией, устанавливали желудочный зонд, производилась катетеризация центральной вены.

Наряду с энтерально-зондовым питанием, больным проводили инфузию препарата селемин в дозе 30 мл/кг массы тела со скоростью инфузии 200 мл/ч.

Контрольной группой служили больные составляемого возраста, которые получали только энтеральное зондовое питание без инфузии препарата селемин.

Изучались уровень общего белка крови, масса тела, цвет, тургор и эластичность кожных покровов. Исследования проводились на следующих этапах лечения: I – при поступлении, II – на 6-й, III – на 12-й день лечения.

Результаты. У больных контрольной группы на 6-й день лечения, несмотря на проводимое зондированное питание, наблюдались признаки начинающейся гипотрофии. Отмечалось незначительное снижение массы тела (на 1–2%) и уровня общего белка крови (на 2–3%). Значительные изменения этих показателей наблюдались на 12 сутки. Масса тела снизилась на 6–8%, уровень общего белка крови – на 8–9%. Кожные покровы у больных были бледными, дряблыми, снизился тургор и эластичность.

У больных основной группы, которым кроме зондового кормления, проводилось и парентеральное питание препаратом селемин, на 6-й день лечения по изучаемым параметрам существенных различий не отмечалось. Масса тела снизилась на 0,5–1%, уровень общего белка крови – на 1–3%. Изменения изучаемых показателей оставались незначительными и на 12 сутки исследования. Масса тела снизилась на 0,5–1% , уровень общего белка крови — на 1–2% .

Выводы. 1. Парентеральное применение раствора аминокислот селемина при состояниях, сопровождающихся белковой недостаточностью и катаболизмом, быстро и надежно восстанавливает нормальный белковый состав крови. 2. Оптимальное соотношение заменимых и всех незаменимых аминокислот обеспечивает хорошие условия для купирования воспалительных процессов, репаративной регенерации поврежденных тканей, улучшения функционального состояния систем жизненного обеспечения. 3. Препарат селемин с успехом может применяться у больных с тяжелой ЧМТ, обеспечивая организм адекватным набором ингредиентов и предупреждая развитие кахексии.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ И ПУТИ ЕЁ СНИЖЕНИЯ

Шакиров Б.М., Аминов У.Х., Хакимов Э.А., Тагаев К.Р., Шаханов Ш.С.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. За 1999-2012 гг. в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП умерли 89 (3,1%) больных из 2865 лечившихся. Анализу подвергнуты ещё 118 умерших в других учреждениях и вскрытых в СМЭ, всего 207 аутопсий. Среди умерших мужчины было 63,5%, женщины – 36,5%.

Результаты. По возрастным группам умершие распределялись следующим образом: от 2 месяцев до 15 лет – 11 (5,3%), 15-20 лет – 10 (4,8%), 21-30 лет – 25 (12,1%), 31-40 лет – 23 (11,1%), 41-50 лет – 25 (12,1%), 51–60 лет – 30 (15,0%), старше 60 лет – 83 (40,1%). 94% умерших от ожогов получили травму в быту, 6% на производстве. Термические ожоги были причиной смерти у 97,8% больных, из них ожоги пламенем получили 78,4%, горячими жидкостями – 15,4%, при контакте с горячими предметами – 4%, электроожоги и химические ожоги были у 2,2%.

У подавляющего большинства больных (97,7%), умерших от ожогов, диагностирована ожоговая болезнь. У остальных (2,3%), в основном умерших в возрасте старше 70 лет, смерть наступила при ограниченных поверхностных (7–8% поверхности тела) и глубоких ожогах (3–5%), не приводящих к развитию ожоговой болезни, от тяжелой сопутствующей патологии, которая и явилась непосредственной причиной смерти.

В стадии шока умер 51 (24,63%) больной, из них у 38 (74,5%) выявлена ТИТ, индекс Франка в этой группе в среднем составил 125 ед. За изученный период отмечается уменьшение доли больных, умерших в стадии шока от 27,7% в 1999 г. до 17,5% в 2009 г., но увеличение тяжести ожогового шока, приведшего к смерти больных.

В стадии ожоговой токсемии умерли 44 (21,25%) больных, из них у 19 (43,18%) пациентов выявлена ТИТ. Индекс Франка в этой группе составил в среднем 88 ед. Доля пострадавших, умерших в стадии токсемии, возросла с 17,9% в 1999 г. до 22,7% в 2012 г. Наиболее частой причиной смерти больных в этой стадии ожоговой болезни была распространенная пневмония, осложненная легочно-сердечной недостаточностью.

В стадии ожоговой септикотоксемии умерли 112 (54,1%) пострадавших , из них у 37 ч (33,03%) выявлена ТИТ. Основной причиной смерти пациентов в стадии септикотоксемии является ожоговый сепсис и вызванная им полиорганная недостаточность. Развитие сепсиса у этих больных связано с обширностью глубокого ожога, дефицитом донорских ресурсов кожи для аутопластики, а также их контаминацией внутрибольничными штаммами патогенных микроорганизмов, высокорезистентных к применяемым антибиотикам и

антисептикам. Причиной летальных исходов у больных с острой ожоговой травмой явились тяжесть ожоговых повреждений, запоздалое поступление в специализированные ожоговые отделения.

Выводы. Для улучшения результатов лечения больных с ожоговой травмой и снижения летальности в Самаркандском филиале РНЦЭМП разработаны стандарты лечения, включающие догоспитальную экстренную помощь и создание условий для ожоговой реанимации (постоянный мониторинг, инфузионно-трансфузионная терапия и др.) и изоляции тяжелообожженных с целью предупреждения госпитальной инфекции.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВНУТРИВЕННЫМ КАТЕТЕРОМ, У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Шакиров Б.М.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Начиная с периода ожогового шока и почти до полного восстановления утраченного кожного покрова важнейшую роль в комплексном лечении обожженных играют инфузионно-трансфузионная терапия и парентеральное питание. Адекватное проведение инфузионно-трансфузионной терапии и, тем более, парентерального питания возможно с использованием катетеризации вен большого диаметра. Однако нередко области пункции центральных вен бывают поражены термическими агентами. В таких случаях установка катетера осуществляется через ожоговый струп, что усиливает риск инфицирования катетера. В последние годы наблюдается рост инфекционно-септических осложнений у тяжелообожжённых, в том числе катетер-ассоциированного сепсиса. Анализ литературы и наши результаты исследований свидетельствуют о том, что наиболее частыми возбудителями катетер-ассоциированного сепсиса являются штаммы Staph. epidermids, Staph.aureus, Ps. aeruginosa, Enterococcus и грибы Candida. Септические осложнения, вызванные этими возбудителями, с трудом подаются лечению. Именно поэтому важное значение приобретает профилактика катетер-ассоциированного сепсиса.

Цель работы. Оценка эффективности и безопасности использования центральных венозных катетеров с антимикробным покрытием для профилактики катетер-ассоциированных инфекций у больных с термическими поражениями. Под наблюдением были 29 больных в возрасте от 1 года до 56 лет с ожогами II, IIIАБ-IV степени 21–65% поверхности тела при площади глубоких ожогов ШБ-IV степени 20-60% поверхности тела, у которых использовались полиуретановые катетеры ARROWg + ard Blue. Эти катетеры изготовлены по технологии Arrow+ard и импрегнированны двумя антисептиками, имеющими синергическое действие: сульфадиазином серебра и хлоргексидином. Группу сравнения составили 37 больных с ожоговым поражением сопоставимой тяжести, которым устанавливали полиуретановые катетеры той же конструкции, но без антимикробного покрытии. Всем пострадавшим центральный венозный катетер был установлен в первые часы после поступления в стационар. Введение лекарственных препаратов, инфузионных растворов, гемотрансфузии, антибактериальная терапия и парентеральное питание осуществлялись через центральный венозный катетер. Сроки применения катетера у пациентов варьировали от 7 до 22 дней. Стерильность устройств контролировали путем многократных посевов крови и фрагментов центрального катетера при его удалении. Визуальный контроль пункционной раны выполнялся ежедневно при плановой обработке. Учитывали три критерия: наличие гиперемии, отека и гнойного отделяемого, Осложнений местного характера при использовании центрального венозного катетера ARROWg + ard Blue не наблюдалось, а в группе сравнения признаки воспаления и инфекции выявлены у 16 пациентов. Бактериологическое подтверждение инфицирования катетера получено у 7 больных в основной и у 28-группы сравнения. Летальных исходов вследствие инфекционных осложнений, связанных с центральным венозным катетером в исследуемой группе не зарегистрировано, в группе сравнения из 43 больных умерло 9, у которых диагностирован катетер-ассоциированный сепсис.

Таким образом, применение центрального венозного катетера типа ARROWg + ard Blue у тяжелообожжённых позволяет снизить риск инфекционных осложнений и даёт возможность использовать катетер длительное время без его замены.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ВОСПАЛЕНИЕМ В МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ

Шарифбаев С.А., Исмаилов А.И., Жиянов И.А., Хайдаров У.А., Эгамбердиев Р.Х.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Пусковым механизмом в развитии инфекционно-воспалительных осложнений в мочевыводящих путях (МВП) у больных после позвоночно-спинномозговой травмы (ЧМТ) служит дисфункция мочевого пузыря. Одним из наиболее серьезных осложнений подобного рода является острый посттравматический пиелонефрит (ОП). Проведена оценка результатов лечения 32 пострадавших позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) различной степени тяжести, осложненной инфицированием органов мочевыводящей системы. Инфекционно-воспалительные осложнения в мочевыделительных органах были обусловлены развитием нозокомиальной инфекции, снижением общей резистентности организма, а также тяжестью травматических повреждений, что сопровождалось нарушением иннервации мочевого пузыря и сни-

жением его сократительной функции. У 27 (84,3 %) пострадавших, несмотря на проводимую терапию, острую задержку мочеиспускания купировать консервативно не удалось. Им выполнена операция – троакарная цистостомия. В ходе стартовой эмпирической терапии ОП использовали цефалоспорины 2–3 поколений, фторхинолоны. Для повышения защитных сил организма применялся иммуномодулирующий препарат циклоферон, что позволило улучшить специфические параметры иммунограмм. Дизурия и нарушение опорожнения мочевого пузыря способствовали сохранению пиурии в анализах мочи у пострадавших и снижали эффективность проводимой комплексной терапии.

У больных с нарушенной функцией мочевого пузыря в комплекс лечебных мероприятий дополнительно включен холиномиметик – пиридостигмина бромид в ежесуточной дозе 10 мг внутримышечно. При проведении комплексного лечения у 5 пострадавших с частично сохраненной функцией мочевого пузыря отмечалось достоверное улучшение акта мочеиспускания. Объем остаточной мочи у них удалось уменьшить до 150 ± 50 мл ($p < 0,05$). Клинические проявления ОП были полностью купированы, несмотря на длительное сохранение лейкоцитурии, до 20 клеток в полях зрения ($p < 0,05$). По данным регулярного обследования, после использования пиридостигмина бромида у 5 пострадавших был полностью устранен объем остаточной мочи. Комплекс антибактериальной, противовоспалительной и дезинтоксикационной терапии у них оказался максимально эффективным, что позволило успешно санировать МВП. У 17 (53%) больных с острой задержкой мочеиспускания, несмотря на проведение троакарной эпицистостомии и консервативного лечения, развился ОП.

Таким образом, у больных с позвоночно-спинномозговой травмой и нарушением иннервации мочевого пузыря накопление остаточной мочи остается одной из причин развития воспалительных осложнений в МВП. Использование в комплексном лечении патогенетически обоснованных лекарственных средств, в том числе улучшающих экскреторную функцию мочевого пузыря, обеспечивает профилактику воспалительных проявлений и полную санацию мочевыводящих путей, что в свою очередь позволяет сократить период стационарного лечения пострадавших.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕРЛИПРЕССИНА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ВЫСОКИМ РИСКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Шах Б.Н., Теплов В.М.

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

Синдром портальной гипертензии, осложнившейся желудочно-кишечным кровотечением, является заболеванием особого рода, при котором часто поражаются жизненно важные органы, непосредственно обеспечивающие кровообращение, дыхание и обмен веществ. Нарушение функций этих органов вызывает тяжелые патофизиологические сдвиги, ведущие к развитию критического состояния, а при несвоевременном и неадекватном лечении – к летальному исходу. Все это послужило основанием для проведения исследования по оптимизации комплексной терапии у больных с синдромом портальной гипертензии, осложнившейся кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода. В исследование включены 20 больных в возрасте от 34 до 58 лет с состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением, которые были разделены на 2 группы в зависимости от схемы терапии. Все пациенты 1-й группы получали стандартную синдромальную инфузионную, гемостатическую терапию, а также лечение, направленное на улучшение функции печени. В инфузионнную программу пациентов 2-й группы, кроме того, был включен терлипрессин в дозе 0,1 мг/кг массы тела в сутки с помощью шприцевого дозатора. В первые сутки заместительная терапия анемии и коагулопатии у всех больных проводилась по общепринятым критериям с помощью трансфузии свежезамороженной одногруппной плазмы и эритромассы. В последующем трансфузионная терапия осуществлялась в зависимости от состояния коагуляционного звена гемостаза, уровня гемоглобина и гематокрита. Оценивались показатели гемодинамики (АД, ЦВД, ЧСС), проводились клинический и биохимический анализы крови. Газообменную функцию легких оценивали по парциальному напряжению O_2 (pO_2) в артериальной и смешанной венозной крови с помощью газового анализатора с расчетом респираторного индекса. Контролировались параметры коагуляционного звена: количество тромбоцитов, АЧТВ, ПТИ и содержание фибриногена в смешанной венозной крови. Тяжесть общего состояния, выраженность органной дисфункции и эффективность терапевтических воздействий оценивались по шкале SOFA. Исследования проводились в первые трое суток после поступления в стационар. Статистическая обработка осуществлялась с обязательным определением достоверности и установки связи при p меньше 0,05. Состояние больных 1-й и 2-й групп с первых суток пребывания в стационаре оценивалось как крайне тяжелое. Ведущую роль в тяжести состояния играла прогрессирующая сердечно-сосудистая и гепато-ренальная недостаточность. Использование терлипрессина в комплексной инфузионной и гемостатической терапии больных с синдромом портальной гипертензии способствовало стабилизации параметров сердечно-сосудистой системы, волемического статуса и нормализации показателей функции печени и почек. Использование терлипрессина позволило снизить частоту рецидивов кровотечения у больных, уменьшить проявления органной дисфункции, сократить сроки пребывания в стационаре.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РЕПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛЫМИ СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ШОКОМ

Шах Б.Н., Теплов В.М., Смирнов Д.Б., Комедев С.С.

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

Восстановление адекватного газообмена, ликвидация явлений тканевой гипоксии у пострадавших с тяжелыми механическими повреждениями сопровождается развитием реперфузионных нарушений различной степени выраженности. Последовательность вовлечения органов в процесс реперфузионного повреждения зависит от исходного функционального состояния органа, наличия или отсутствия травматических изменений и их распространенности, длительности периода ишемии и реперфузии, а также реакции на процессы свободнорадикального окисления. С целью коррекции метаболических последствий гипоксии нами использовались субстратные антигипоксанты полиоксифумарин и реамберин - средства, основу которых составляют натриевые соли карбоновых кислот.

Цель. Сравнительная оценка буферной активности изучаемых препаратов, влияния на потребление кислорода и содержание лактата в смешанной венозной крови, а также воздействия на основные параметры центральной гемодинамики.

В исследование включены 44 пострадавших в возрасте от 25 до 70 лет, из них 19 женщин и 25 мужчин (тяжесть по шкале APACHE II, 22-30 баллов, риск летального исхода от 42,4 до 70,3%). Пострадавшие были разделены на две сопоставимые группы, не имевшие существенных различий. На момент обследования всем пострадавшим проводили ИВЛ с FiO_2 = 0,5. В 1-й группе (n=30) в состав стандартной инфузионной программы был включен 1,5% раствор реамберина в объеме 800 мл. Во 2-й группе (n=14) в инфузионную программу входил полиоксифумарин. Других существенных различий в составе и объеме инфузионной программы между группами не было.

До начала инфузии, а затем в мониторном режиме на протяжении двух часов при помощи непрямого калориметра модели CCM Express (Medgraphics, USA) измерялись следующие параметры: потребление O_2 (VO_2 мл/мин) и выделение CO_2 (VCO_2 мл/мин). Параметры КОС артериальной крови, содержание лактата в смешанной венозной крови определяли до начала инфузии раствора реамберина или полиоксифумарина, а также через 5 и 30 мин после ее завершения с помощью портативного клинического анализатора i-STAT 300 (Abbott, USA). Параметры центральной гемодинамики оценивались методом интегральной реографии по М.И. Тищенко. Статистическая обработка полученных данных проведена методом парных сравнений с расчетом достоверных различий по Стьюденту.

На момент начала исследования VO_2 в 1-й группе составило 281,5±21,2 мл/мин, VCO_2 – 223,3±6,5 мл/мин. Инфузия 1,5% раствора реамберина сопровождалась достоверным увеличением VO_2 до 358,4±24,4 мл/мин (в среднем на 27%). VCO_2 при этом снижалось до 206,5±7,59 мл/мин. Прекращение введения реамберина вызывало быстрое (в течение 3-7 мин) возвращение исходных параметров VO_2 и VCO_2. Во 2-й группе VO_2 после инфузии полиоксифумарина выросло менее существенно (в среднем на 18%) с 267,2±17,4 до 315,6±22,7 мл/мин ($p<0,05$). VCO_2 уменьшилось незначительно (с 231,7±9,52 до 227,2±6,18 мл/мин).

Изучение КОС артериальной крови и лактата в смешанной венозной крови показало, что исходно у пострадавших обеих групп имело место метаболический ацидоз: в 1-ой группе pH составил 7,25±0,02 ед., BE был снижен до -6,73±0,85 ммоль/л, а во 2-ой соответственно до -7,18±0,12 и -5,21±1,1 ммоль/л. Внутривенная инфузия 800 мл реамберина повышала буферную емкость крови, что проявлялось увеличением pH до 7,31±0,02 и BE -1,50±1,03 ммоль/л. После инфузии 800 мл раствора полиоксифумарина pH возрастал до 7,43±0,03 ($p<0,01$), а BE до 3,42±0,88 ммоль/л. Содержание лактата в смешанной венозной крови у пострадавших 1-ой группы составляло 3,44±0,38 ммоль/л, после инфузии оно снизилось на 11%, оставаясь выше нормальных показателей. Во 2-ой группе в ответ на терапию отмечалось снижение содержания лактата в среднем на 27% (с 3,14±0,21 до 2,32±0,17 ммоль/л).

Подобные изменения позволили предположить значительную активацию процессов аэробного метаболизма, связанного с внутриклеточным окислением сукцината и фумарата. Метаболизм этих субстратов теоретически сопровождается заменой одной молекулы водорода на натрий с образованием бикарбоната, что и было подтверждено в данном исследовании. Его содержание в артериальной крови после применения реамберина увеличилось с 16,14±0,95 до 21,8±1,03 ммоль/л, а после инфузии полиоксифумарина с 16,88±2,21 до 20,61±2,12 ммоль/л. Внутривенная инфузия 1,5% раствора реамберина и полиоксифумарина сопровождалась достоверным увеличением минутного объема кровообращения (МОК) и объема циркулирующей плазмы (ОЦП), но в разной степени. После инфузии реамберина зарегистрировано увеличение МОК в среднем на 15%, а ОЦП на 16%, а полиоксифумарина – соответственно на 34,9 и 49,5%. Объясняется это тем, что теоретическая осмолярность 1,5% раствора реамберина составляет 290 мосм/л, а полиоксифумарина – 390 мосм/л. Кроме того, полиоксифумарин за счет своей основы – полиоксидония, обладает коллоидно-онкотическим давлением 32–37 мм рт.ст., что позволяет сохранять волемический эффект в течение длительного времени.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОТРАВЛЕНИЯ

Шахзадаев Н.Ш., Аралов З.Х., Хамрокулов Б.Ж.

Джизакский филиал РНЦЭМП

От 5 до 20% пострадавших от ожогов различной степени тяжести поступают в ожоговые центры в состоянии алкогольного отравления, вплоть до делириозного состояния. У пострадавших ожоговая болезнь и эндотоксемия часто провоцируют развитие и усугубление алкогольного психоза. Несвоевременное купирование психомоторного возбуждения ведёт к истощению нейромедиаторных систем, что при неблагоприятном течении психоза и ожоговой болезни сопровождается углублением нарушения сознания, отёком головного мозга и приводит к летальному исходу.

Цель работы. Изучение возможности использования психотропных препаратов (нейролептиков, транквилизаторов, снотворнных средств для наркоза, антидепрессантов) при лечении подобных состояний, изучение доз этих препаратов, необходимость и объём инфузионной терапии.

Материал и методы. В отделение взрослой реанимации в 2011–2012 гг. поступили 26 больных в возрасте от 18 до 63 лет с различными видами термических повреждений. Площадь ожога колебалась от 15 до 83%. Мужчин было 19 (73%), женщин – 7 (27%). У 11 (42%) поступивших были алкогольное отравление различной степени, у 6 (23%) больных из анамнеза выявлен хронический алкоголизм. У этих больных на 2–4 сутки после ожога развилась клиника алкогольного делирия. Для профилактики психоза с первых дней назначали мидозалам 0,2 мг/кг в сочетании с дроперидолом 0,2 мг/кг, бензонал 0,1 3 раза в сутки (учитывая седативное действие и улучшает монооксигеназной функции печени) и большие дозы витаминов группы В (B_1 – 300 мг и B_6 – 300 мг в сут.). Одновременно проводилась активная дезинтоксикационная терапии (рефортан, реосорбилакт, сукцинасол, форсированный диурез), коррекция метаболических нарушений, восстановление водно-электролитного баланса и нормализация соматического статуса. Основная цель применения психотропных препаратов в лечении алкогольного делирия – купирование психоматорного возбуждения и борьба с бессонницей.

Медикаментозная седация больных предупреждала возникновение психических состояний или купировала развившиеся психозы. На фоне этой комплексной терапии через 4–6 дней у больных отмечалось клиническое улучшение психоневрологического статуса и общего состояния, уменьшение и прекращение двигательного возбуждения, галлюцинаций.

Вывод. Таким образом, лечение больных с термическими повреждениями в состоянии алкогольного отравления требует кроме традиционного лечения патогенетического подхода, а также комплексную терапию. Необходимо своевременно включать психотропные препараты, седативные средства, барбитураты и большие дозы витаминов группы В. Это позволяет предупредить возникновение психозов или уменьшить длительность лечения психозов, тем самым, уменьшить летальность среди лиц, злоупотребляющих алкоголем.

РОЛЬ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОСТОМИИ ПРИ ОККЛЮЗИЯХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Шодиев А.Ю., Хайдаров С.Э., Аслонов О.Г.

Навоийский филиал РНЦЭМП

В урологическом отделении Навоийского филиала РНЦЭМП в 2012–2013 гг. находился 21 больной в возрасте от 19 до 76 лет с острой и хронической обструкцией мочевых путей различной этиологии. Всем больным произведена ПК нефростомия с одной и двух сторон, которая обеспечила свободный отток мочи из почек.

У 12 (57,1%) причиной обструкции была мочекаменная болезнь, у 2 из этих больных установлена ПК нефростома с двух сторон. У 1 больного нефростомия произведена в связи с камнем мочеточника единственной левой почки, постренальной анурией. У 4 (19%) пациентов диагностирована онкологическая патология: у 3 – опухоль шейки матки, у 1- рак простаты. Сужение лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) и устья мочеточника наблюдалось у 2 (9%) больных. Ятрогенные повреждения нижних мочевых путей встречались у 2 (9%). У 1 (4,7%) больного обструкция с двух сторон была вызвана доброкачественной гиперплазией простаты, которая не разрешилась после пункционной цистостомии.

У 2 из 21 больного наступил летальный исход из-за сопутствующей тяжелой сердечно-легочной патологии. 3 больных из-за невозможности радикального лечения основного заболевания находятся на пожизненной нефростоме. Остальные больные получают лечение, направленное на ликвидацию причины обструкции мочевых путей.

Своевременное выполнение ПК нефростомии избавляло больных от грозных осложнений обструкции мочевых путей, длительного нахождения в стационаре и больших расходов на лечение.

Таким образом, ПК нефростомия является малотравматичным, весьма ценным и эффективным методом для временного или длительного дренирования почки.

ПРИМЕНЕНИЕ СУКЦИНАСОЛА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ УГАРНЫМ ГАЗОМ

Шодиев А.С., Сафаров Х.О., Чулиев М.С.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Сущность процесса отравления окисью углерода заключается в том, что гемоглобин обладает сильным сродством к этому газу (примерно в 200 раз больше, чем к кислороду) и будучи с ним связан утрачивает способность воспринимать кислород, вследствие чего наступает кислородное голодание тканей и асфиксия. Чтобы улучшить снабжение кислородом клетки и ткани организма применяют лечение в виде кислородотерапии, но нужно принимать во внимание, что кислород не только проявляет антигипоксантные свойства, но и может вызвать перекисное повреждение тканей при длительном лечении и концентрациях выше 60–70% вдыхаемого воздуха, и вместо антиоксидантного действия будет супероксидное повреждение.

Из-за этих особенностей кислородотерапия должна проводится в комплексе с медикаментозными антиоксидантами. В таких случаях более эффективными будут препараты, инактивирующие продукты перекисного окисления жиров и перекиси. По фармакологическим свойствам сукцинасол характеризуется как антигипоксический, антиоксидантный, мембранопротекторный, дезинтоксикационный препарат, что дает основание использовать его при критических состояниях, сопровождающихся полиорганной недостаточностью.

Цель работы. Совершенствование интенсивной терапии тяжелых форм острых отравлений угарным газом с применением сукцинасола.

Обследованы 37 больных, из них 20 мужчин и 17 женщин в возрасте от 18 до 47 лет, с острыми тяжелыми отравлениями окисью углерода, госпитализированные в отделение токсикологии и ЭКД, а также в отделение реанимации и интенсивной терапии ввиду нарушения систем жизнеобеспечения: угнетения сознания до комы II-III степени, центральных нарушений функции внешнего дыхания. Для оценки результатов больные были разделены на две группы. 1-ю группу составили 19 больных с тяжелыми острыми отравлениями окисью углерода, которые получали традиционное лечение, 2-ю группу – 18 больных с тяжелыми острыми отравлениями окисью углерода, в интенсивной терапии которых использовался сукцинасол. Инфузию сукциносола осуществляли внутривенно, по 200–400 мл 2 раза в сутки в течение 3–5 дней.

При поступлении достоверных отличий в тяжести экзотоксикоза между группами не выявлено. Всем больным проводили исследование КЩС крови, коагулограмму, уровня карбоксигемоглобина, рентгенологическое исследование легких, осуществляли контроль за функциональным состоянием печени и почек.

Тяжесть состояния больных при поступлении была обусловлена тяжелой токсической и постгипоксической энцефалопатией с нарушением регулирующей функции систем жизнеобеспечения, в первую очередь дыхания, в связи, с чем всем больным проводилась ИВЛ.

В 1-й группе умерли 2 больных, во 2-й группе летальных исходов не было. Основными причинами смерти явились полиорганная недостаточность и гипоксическая энцефалопатия, осложненная развитием отека-набухания головного мозга. В клинической картине течения отравлений у больных 2-й группы отличалось уменьшение длительности коматозного состояния в 1,5 раза, количества развившихся вторичных легочных осложнений на 33%, сроков нахождения в отделении реанимации в 2 раза и снижение летальности.

Таким образом, использование антигипоксанта сукцинасола у больных с острыми тяжелыми отравлениями окисью углерода приводит к снижению глубины тканевой гипоксии путем нормализации процессов утилизации кислорода тканями, пережившими гипоксию, а так же приводит к сокращению длительности коматозного состояния, уменьшению частоты развития вторичных легочных осложнений и снижению летальности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕКОГО СТАТУСА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Эгамбердиев Р.Х., Шарифбаев С.А., ЖияновИ.А., Исмаилов А.И., Хайдаров У.А., Каримбаев Ш.Т.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения и лечения пилептического статуса при опухолях головного мозга.

Материал и методы. Под наблюдением были 12 больных с диагнозом эпилептический статус на фоне опухоли головного мозга в Наманганском филиале РНЦЭМП 2010-2012 гг. Средний возраст больных 35 лет. Мужчин было 7 (58,3%), женщин – 5 (41,7%). Диагноз выставлялся на основание результатов клинико-инструментальных исследований (МСКТ головного мозга и ЭЭГ).

Результаты. У всех больных на ЭЭГ обнаружена эпилептическая активность в различных отведениях. У 6 (50,0%) больных на МСКТ имелась опухоль головного мозга, осложненная перифокальным отеком. У 3 (25,0%) больных имела место опухоль головного мозга осложненная окклюзионной гидроцефалией. У 3 (25,0%) больных наблюдалось кровоизлияние в паренхиму опухоли. Больным проводилась симптоматическая терапия с последующим оперативным лечением: декомпрессионная трепанация с удалением опухоли и устранением окклюзионной гидроцефалии.

Выводы. Развитие эпилептического статуса при опухолей головного мозга обусловлено вторично развившимся перифокальным отеком головного мозга, кровоизлиянием в паренхиму опухоли, а также окклюзионной гидроцефалией. Наибольшим эффективным в лечении этих больных являются экстренные оперативные вмешательства, способствующие уменьшению дислокационного синдрома и устранению окклюзионной гидроцефалии.

РОЛЬ И ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ИСХОДЫ АМПУТАЦИЙ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Цель исследования. Изучение и влияния факторов риска на исходы ампутаций при терминальной стадии ишемии нижних конечностей.

В отделении сосудистой хирургии Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за последние 7 лет (2006 – 2012 гг.) ампутации нижних конечностей на уровне бедра в связи с невозможностью вовремя осуществить радикальные сосудистые операции, нарастанием явлений интоксикации, повторно возникшей непроходимости после тромбэктомии с нарастающим тромбозом и неэффективностью консервативной терапии у больных с терминальной ишемией конечности, были выполнены 106 больным.

С учетом сопутствующей патологии больные разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 46 – больных с постинфарктным кардиосклерозом и стенокардией напряжения (III-IV ФК), страдающие гипертонической болезнью напряжения II-III ст., перенесшие ишемический инсульт. 2-ю группу составили 60 больных со стенокардией напряжения (II ФК), гипертонической болезнью I ст., имеющие клинического признаки сосудисто-мозговой недостаточности.

Сроки госпитализации больных от начала острой ишемии составили в среднем 5 дней (от 6 ч до 2 нед.). Поздняя госпитализация объяснялась тем, что часть пациентов проживала в отдаленных населенных пунктах области, длительно наблюдалась и лечилась на дому у участкового врача, неадекватно оценивали свое состояние и необоснованно отказывались от своевременного оперативного лечения.

При поступлении в стационар у больных наблюдались выраженные изменения в анализах крови - анемия, высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, гипопротеинемия.

На ЭКГ у большинства больных отмечалась синусовая тахикардия, мерцательная аритмия, гипертрофия и перегрузка левых отделов сердца, блокады проводящей системы.

После предоперационной подготовки ампутация нижней конечности на уровне бедра выполнена среднем через 10,2 часа после поступления. В 1-й группе умерли 24 (52,2%), больных, во 2-й группе – 10 (16,7 %).

Большинство летальных исходов (22) наступило в результате острой сердечной недостаточности на фоне ранее существовавших изменений миокарда (постинфарктные рубцы, очаговый кардиосклероз, гипертрофия миокарда, нарушение проводимости по миокарду). У 5 больных причиной смерти был острый тромбоз висцеральных ветвей брюшной аорты. Ишемический инсульт явился причиной летального исхода после ампутации у 3 больных. Другими причинами летальных исходов были: ТЭЛА у 2 пациентов, желудочное кровотечение у 1, почечная недостаточность у 1.

Анализ причин летальности в зависимости от сроков госпитализации показал следующие результаты: среди больных, госпитализированных в сроки до 24 часов (68 больных), после ампутации умерли 13 (19,1%), среди пациентов, госпитализированных в сроки более 24 часов (38) – 21 (55,3%).

Таким образом, ампутация, как единственный шанс сохранить жизнь больным с терминальной стадией ишемии нижних конечностей не всегда оказывается эффективной. Исход этой операции во многом зависит от тяжести сопутствующих заболеваний и срока ишемии. Для улучшения исходов лечения больных с терминальной стадией ишемии необходимо максимально сократить сроки ишемии нижних конечностей. Таким больным показана ранняя ампутация после адекватной предоперационной подготовки.

ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ УЩЕМЛЕННОМ КАМНЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

Эрметов А.Т., Мамаджанов А.А., Солиев Б.Э., Тожибоев А.Х., Рузиматов А.Э.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. В период с 2009 по 2012 гг. в Наманганский филиал РНЦЭМП поступил 121 больной с ущемленным камнем большого дуоденального сосочка, из них 49 мужчин и 72 женщин в возрасте от 19 до 75 лет. В течение первых суток поступили 68 больных, спустя сутки от начала приступа – 53 пациента. Всем больным при поступлении в приемном отделении проведены клинико-биохимические, ультразвуковые исследования гепатобилиарной системы и эзофагодуоденоскопия. При ультразвуковом исследовании расширение гепатикохоледоха выявлено у 98 больных, воспаление и увеличение размеров желчного пузыря – у 45, признаки острого панкреатита у 17 пациентов.

Результаты. Эндоскопически признаками ущемления БДС желчными камнями являлись: полное отсутствие поступления желчи и панкреатического сока в просвет двенадцатиперстной кишки, резкое увеличение размеров БДС и выраженное выбухание продольной складки.

После выявления ущемления БДС конкрементом проводили комбинированную эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ). Рассечение производилось с помощью игольчатого или торцевого электрода по крыше БДС в направлении продольной складки до вскрытия ампулярной полости. При этом в подавляющем большинстве случаев наблюдалось отхождение вколоченного в ампулу БДС конкремента. При ликвидации обтурации отмечалось поступление

в просвет кишки мутной желчи и панкреатического сока. После устранения дистального блока БДС проводилась селективная эндоскопическая ретроградная холангиография, которая позволяла оценить состояние желчевыводящей системы. У 54 больных после ЭПСТ наблюдалось отхождение конкрементов. У 67 больных конкременты были удалены с помощью корзинки Дормиа. После устранения блока все больные получали интенсивную профилактическую терапию острого билиарного панкреатита. Несмотря на устранение блока терминального отдела холедоха у 17 больных развился отечный панкреатит, который был купирован консервативным путем. У 3 пациентов развился тотальный ферментативный панкреонекроз с забрюшинной флегмоной и сепсисом. Эти больные были оперированы в экстренном порядке. Умерли 2 пациента от полиорганной недостаточности и панкреатогенного сепсиса. Летальных исходов связанных с эндоскопическим вмешательством не наблюдалось

Таким образом, своевременное применение эндобилиарных вмешательств при ущемленном камне БДС позволяет купировать синдром механической желтухи и предупреждает развитие грозных осложнений острого билиарного панкреатита.

ЭНДОБИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Эрметов А.Т., Мамаджанов А.А., Солиев Б.Э., Рузматов А.Э., Тожибаев А.Х.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Опухоли органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) составляют 15% всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта. На сегодняшний день единственным методом потенциально радикального лечения злокачественных опухолей БПДЗ остается хирургическое. При этом операбельность, по разным данным не превышает 15–18%. Хирургические вмешательства у этих больных сопровождаются большим числом осложнений, летальность достигает 15–30%, а по некоторым данным до 40–60%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда механическая желтуха была ликвидирована до оперативного вмешательства.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с механической желтухой опухолевой этиологии за счет применения эндоскопического транспапиллярного стентирования.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 66 пациентов, которым в 2009-2012 гг. было выполнено эндобилиарное стентирование по поводу нерезектабельного рака внепеченочных желчных протоков. Средний возраст пациентов составило 59±3,1 года. Мужчин было 28, женщин – 37. В головке поджелудочной железы опухолевой процесс локализовался у – 31 (46,9%) пациента, в большом дуоденальном соске – у 12 (18,1), желчном пузыре – у 10 (15%), холедохе – у 7 (10,6%), в воротах печени – у 6 (9,0%). Диагностика базировалась на данных анамнеза, клинических проявлениях, лабораторных показателях, результатах ультразвуковой сонографии, эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии, компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии. Для эндостентирования холедоха при ЭРХПГ использовали пластиковые билиарные стенты производства фирмы «Balton» диаметром 12 CH и различной длины.

Результаты. У всех 66 пациентов выполнено эндоскопическое транспапиллярное стентирование после предварительной папиллотомии. Во всех случаях использовали пластиковые стенты. При установке стентов их размер подбирался для каждого пациента индивидуально. Метод установки стента выбирали с учетом локализации, протяженности и степени стеноза. В случае установки пластиковых стентов считаем необходимым производить их замену через 4-6 месяца ввиду инкрустации солями желчных кислот.

Эффективность эндобилиарного стентирования составила 89,5%. Успешная установка стентов и дренажей оценивалась по активности поступления желчи по стенту после установки, а также по снижению уровня билирубина через 1 и 5 суток после операции. Содержание билирубина в среднем снизилось в 2-3 раза. Все пациенты перенесли операцию хорошо. Средний срок функционирование пластиковых стентов составил 5 месяцев. Осложнения после стентирования возникли у 4 больных. Кровотечение из папиллотомной раны которое наблюдалось на 2 сутки у 1 больного, остановлено диатермокоагуляцией. У 2 пациентов имела место миграция стента в просвет кишки. Произведена повторное стентирование. У 1 больного на 3 сутки после стентирования развился острый холецистит, купированный консервативным путем. Летальных исходов не было.

Выводы. Эндобилиарное стентирование является высокоэффективным методом коррекции механической желтухи у пациентов с раком внепеченочных желчных протоков и который имеет значительные преимущества перед другими методами желчеотведения, обеспечивая лучшее качество жизни. Все это позволяет рекомендовать стентирование в качестве выбора метода лечения при данной патологии.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНТЕРОСОРБЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Эрметов А.Т., Темиров Р.И., Солиев Б.Э., Кенжабаев Ш.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Определение показаний и противопоказаний к назоинтестинальной интубации и энтеросорбции в комплексе лечения больных распространенным перитонитом (РП).

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 182 больных с распространенной формой перитонита. Средний возраст больных 43,4 года. Женщин было 89 (48,9%), мужчин 93 (51,1%).

Объективную оценку тяжести состояния больных с РП проводили на основе критериев сепсиса, предложенных согласительной конференцией Американского колледжа пульмонологов и Общества специалистов критической медицины — ACCP/SCCM (1992 г). Все больные с РП имели синдром системной воспалительной реакции (ССВР). Для выявления эффективности и определения показаний к назоинтестинальной интубации и энтеросорбции мы проанализировали результаты применения этих методов в группах «сепсис-SIRS2-4» и с тяжелым сепсисом. Цифра рядом с SIRS означает количество симптомов ССВР. На этапе анализа пациенты были разделены на 3 подгруппы: 1) 1-я – 94 больных, которым назонтестинальная интубация (НИИ) не проводилась; 2) 2-я – 63 пациента, которым НИИ проводилась, но не использовалась энтеросорбция; 3) 3-я – 25 пациентов, которым выполнялись НИИ и энтеросорбция.

Применялся закрытый метод дренирования тонкой кишки – НИИ.

Для энтеросорбции использовали гидрофобный сорбент Энтеросгель. Энтеросорбцию начинали в ранние сроки после операции, длительность ее зависела от состояния пациента и, как правило, составляла до 3–5 суток.

Результаты. Наблюдение показало абсолютно четкую взаимосвязь: среди больных, которым выполнялась НИИ и/или энтеросорбция, осложнения наблюдались достоверно чаще. Количество осложнений достоверно возросло с 6,79% в группе без НИИ до 40,50% в группе с НИИ и энтеросорбцией. Но если сравнитьгруппы пациентов, которым выполнена только НИИ с теми, кому проводилась НИИ с энтеросорбцией, у последних результаты были лучше.

В группе больных с тяжелым сепсисом наблюдалась обратная картина. Так, если при отсутствии назоинтестинальной интубации максимальная летальность составляла 85,25%, осложнения наблюдались у 100%, включая раневые (42,75%), абдоминальные (100%) и системные (75,25%), то НИИ без энтеросорбции недостоверно снижала эти показатели. При сравнении эффективности энтеросорбции данная зависимость усиливается: летальность снизилась до 12,50%; частота осложнений до 45,25%, абдоминальных до 40,75%.

Вывод. В группе больных с тяжелым сепсисом бактериальная транслокация, обусловленная изменениями проницаемости кишечной стенки при синдроме кишечной недостаточности, становится основной причиной развития системной воспалительной реакции, сепсиса и полиорганной недостаточности (ПОН). Проводимая на этом фоне назоинтестинальная интубация и энтеросорбция должны быть обязательными элементами программы лечения, отсутствие которых ведет к резкому повышению летальности и частоты ПОН.

ПРОБЛЕМА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИГАНСКИХ МИЕЛОРАДИКУЛОЦЕЛЕ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ ОБЛАСТИ

Югай И.А.
Республиканский научный центр нейрохирургии

Изучение клинического материала нашего центра свидетельствует о неуклонном росте заболеваемости аномалиями развития, в частности спинномозговыми грыжами. В последние годы в нашей клинике стали преобладать уродства в грубой форме. Все чаще приходится сталкиваться с технически сложной группой больных - с миелорадикулоцеле гиганских размеров.

Цель исследования. Определение наиболее выгодной во временном и техническом плане тактику хирургического поведения при оперативном вмешательстве у пациентов с миелорадикулоцеле.

Материал и методы. Мы располагаем опытом хирургического лечения 45 детей с миелорадикулоцеле гиганских размеров в период 2008-2012 гг. К большим (гигантским) мы отнесли грыжи с диаметром основании, превышающим 15 см. В костное расщепление при этом вовлекалось обычно более 3 позвонков.

Результаты и обсуждение. Классической операцией при герниотомии считается проведение хирургического пособия, направленного на выделение грыжевого основания с последующим вскрытием мешка, затем миелорадикулолизом с дальнейшим иссечением грыжи и пластикой. По такой схеме прооперированы 20 детей. При этом главной проблемой при грыжах больших размеров был подход к основанию снаружи грыжевого мешка. При выделении оболочек (их небольшая толщина была правилом при таких растянутых грыжах) зачастую происходило проникновение в полость грыжи хирургического инструмента, что повреждало внутренние оболочки и затрудняло использование их для последующей пластики. В практическом исполнении все эти манипуляции сопровождаются необходимостью гемостаза по линии разреза кожи с опасностью повредить ее электрокоагуляцией. Помимо этого, после такого выделения кожа оставалась без плотного аппоневроза, что сказывалось на полноценности послойного ушивания на завершающем этапе операции.

Чтобы избежать этих неудобств, нами предлагается первично обширно вскрыть купол грыжевого мешка

в интактной от корешков и спинного мозга зоне, так как через тонкие оболочки это можно безошибочно определить. Провести ревизию полости, миелорадикулолиз. Дальнейшее выделение грыжевого мешка проведено нами путем внутреннего кругового иссечения оболочек на уровне, достаточном для пластики или создания спинномозгового канала. Острым путем в толще эпидуральной клетчатки производилась отсепаровка оболочек грыжи до ее основания. Спинномозговой канал формировался путем сшивания непрерывным швом по типу «двубортного пальто» двумя рядами непрерывных швов. Еще одним положительным моментом было то, что оставшаяся оболочка грыжи у края дефекта кожи позволяла стягивать края раны со значительным усилием без опасности прорезывания, что создавало основу для ушивания кожи без опасности ее натяжения. Таким методом прооперированы 25 детей.

Методика выделения грыжевого мешка «изнутри» после его вскрытия в среднем уменьшает время операции на 20%, уменьшает кровопотерю и создает более надежную пластику.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ СПИННОМОЗГОВЫМИ ГРЫЖАМИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Югай И.А.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Цель исследования. Изучение результатов хирургического лечения детей с врожденными спинномозговыми грыжами больших размеров.

Под наблюдением были 35 больных с врожденными спинномозговыми грыжами больших размеров, находившимися на хирургическом лечении в РНЦНХ МЗ РУз. Всем больным было произведено оперативное вмешательство. В пояснично-крестцовой области спинномозговые грыжи локализовались у 20 (66,7%) больных, в грудопоясничной – у 8 (25,3%), в шейной – у 2 (6,7%), в крестцовой 5 (3,3%) случаев. Менингоцеле отмечалось у 4 (13,3%) менингорадикулоцеле – у 14 (30,0%), менингомиелорадикулоцеле – у 17 (56,7%). Возраст больных детей – от 22 дней до 4 лет. 24 (80%) ребенка были в возрасте до одного года.

Клиническая картина складывалась из следующих проявлений: гипертензионно-гидроцефальный синдром – у 13 (43,3%); неврологический дефицит в виде нижнего парапареза – у 24 (80%), параплегия – у 2 (6,7%), нарушение функции тазовых органов в виде недержания – у 21 (70%), задержка стула – у в 5 (16,7%) больных. Ортопедические нарушения (косолапость, укорочение конечностей) наблюдались у 13 (43,3%) обследованных. Длительно незаживающая трофическая язва была у 1 (3,3%) ребенка. У 2 (6,7%) больных до операции отмечался разрыв грыжевого мешка с ликвореей, который требовал срочной операции. Для оценки результаты хирургического лечения нами использована шкала Г.М. Эликбоева (2009).

Хороший результат получен у 30,0% детей (81–90 баллов по шкале), удовлетворительный – у 36,7% (61–80 баллов), неудовлетворительный у 30,0% (до 60 баллов. Умер 1 больной. Лучше всего восстанавливалось нарушение функции тазовых органов: у 4 (13,3%) больных прекратилось недержание мочи, у 13 (43,3%) отмечалось улучшение. У 4 (13,3%) больных до операции функции тазовых органов была не нарушенной. У 11 (36,66%) больных в ближайшем послеоперационном периоде достигнуто улучшение со стороны двигательной функции конечностей. У 13 (43,3%) из 30 больных, учитывая, выраженность гидроцефалией, произведены шунтирующие операции, у 7 (53,8%) из них вторым этапом произведена операция герниотомии. У 6 (46,2%) больных герниотомия выполнена первым этапом, а вторым произведены шунтирующие операции. При грудной локализации отмечались изолированные парезы нижних конечностей или изолированные нарушения функции тазовых органов.

Таким образом, на результаты хирургического лечения детей со спинномозговыми грыжами больших размеров оказывает влияние неврологический статус до хирургического лечения, тяжесть состояния, возраст больного, анатомическая форма и локализация СМГ, наличие и выраженность сопутствующих пороков развития, характер, темп развития вторичной гидроцефалии.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Юлдашев Р.С., Каяев А.Х.

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

В Самаркандском филиале РНЦЭМП с 2011 по 2013 гг. находились на лечении с открытыми переломами костей – 26 больных в возрасте 11- 68 лет. Больные мужского пола преобладали. Пострадавшие поступили в стационар в состоянии травматического шока I-II-III степени.

Всем больным в экстренном порядке проводилось оперативное лечение: первичная хирургическая обработка и металлоостеосинтез погружной, внеочаговый и комбинированный – погружной с наложением аппарата Илизарова. Во время ПХО при загрязнении тканей инородными телами проводилась очистка и неоднократное обильное промывание поврежденных тканей 3% раствором перекиси водорода. При переломах 1Б, 1В, 2Б, 2В степеней (классификация по А.В.Каплану и О.Н. Марковой) производись дополнительные насечки на кожу и фасциотомии над размозжёнными участками. Проводилось превентивное внутривенное введение цефалоспоринов во время операции в дозе до 2 гр. для профилактики гнойных осложнений.

Вышеописанные подходы к ведению пострадавших с открытыми переломами трубчатых костей позволили добиться следующих результатов: хорошие результаты получены у 17 (61,5%) больных, удовлетворительные – у 6 (23,0%), неудовлетворительные – у 3 (11,5%) пациентов.

Вывод. Правильно выбранная тактика лечения открытых

переломов трубчатых костей, соблюдение принципов хирургического вмешательства, правильный выбор медикаментозной терапии в послеоперационном периоде позволяют получать хорошие результаты.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Юлдашев М.Х., Тожибоев М.П., Хамидов Ш.С.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Нами систематизированы подходы к выбору тактику хирургического лечения ущемленных вентральных грыж. За последние 5 лет в хирургическую клинику Джизакского филиала РНЦЭМП госпитализированы 888 больных с клинической картиной ущемленных вентральных грыж, из них 835 (94,0%) подвергнуты экстренному грыжесечению, а у остальных 53 (6,0%) пациентов наблюдалось самостоятельное разущемление грыж.

Из числа оперированных (n=835) мужчин было 292 (35,0%), женщин – 542 (65,0%), в возрасте от 25 до 92 лет, средний возраст 54 года. Больных пожилого и старческого возраста было 300 (35,9%).

Наиболее часто ущемлению подвергались послеоперационные грыжи – 255 (30,5%). Далее по частоте ущемления идут пупочные – у 217 (26,0%), паховые – у 188 (22,5%), бедренные – у 175 (21,0%) грыжи. Все 255 случаи послеоперационных грыж были обусловлены срединной лапаротомией. У 124 (14,9%) оперированных имели место рецидивные грыжи. Средняя продолжительность грыженосительства составила 5,8±1,1 года.

По вскрытии грыжевого мешка наиболее часто – у 509 (61,0%) – обнаруживали ущемление пряди большого сальника в изолированном (389) и в сочетании с петлей тонкой кишки (120). Ущемление только тонкой кишки без большого сальника было у 301 (36,0%) больного. Достаточно редко – у 25 (3,0%) – встречали ущемление толстой кишки. Еще реже выявлена грыжа Рихтера-Литтре (пристеночное ущемление) – у 6 (0,7%) пациентов, что исключительно было характерно для бедренных (4) и паховых (2) грыж. Флегмона грыжевого мешка имела место у 15 (1,8%) больных.

Из числа больных с ущемлением большого сальника (n=509) резекция ущемленной пряди выполнена у 167 (32,8%). Ущемление тонкой кишки наблюдалось у 421 (50,4%), из них у 26 (6,2%) пришлось прибегнуть к резекции органа ввиду его некроза. Случаев некроза толстой кишки мы не наблюдали. Резекцию кишки с последующим наложение межкишечного анастомоза независимо от вида ущемленной грыжи всегда выполняли через срединную лапаротомию (в т.ч. у 9 выполнена операция Грекова), при этом по возможности старались завершить операцию трансназальной интубацией тонкой кишки.

При выборе метода пластики предпочтение отдаем наиболее простому. При косых паховых грыжах выполняли укрепление передней стенки пахового канала, а при прямых – задней. При косых паховых грыжах наиболее часто использовали способ Жирара-Спасокукоцкого-Кимбаровского. При прямых и сложных формах паховых грыж во всех случаях выполняли пластику задней стенки по Bassini, Postempsky, Кукуджанову. У женщин использовали методику Жирара-Спасокукоцкого-Кимбаровского. Основными методами лечения ущемленных пупочных грыж была пластика по Сапежко, только в единичных случаях выполнили пластику по Мейо.

С появлением ненатяжных методов в наиболее сложных случаях у 21 пациента выполнена герниопластика с использованием сетчатой заплаты: у 18 больных – по методу Lichtenstein при паховых грыжах, у 3 – при пупочных и вентральных грыжах больших размеров.

При перитонитах, флегмонах грыжевых ворот пластику грыжевых ворот не делали, производили хирургическую обработку гнойной раны мягких тканей, которую завершали ее дренированием.

Частота послеоперационных осложнений при ущемленных вентральных грыжах составила 19%, летальность – 8,8%.

Таким образом, ущемленные грыжи живота остаются одной из наиболее распространенных ургентных хирургических заболеваний с высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности. Использование ненатяжных методов пластики грыжевых ворот способствует улучшению результатов хирургического лечения этой тяжелой категории больных. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения ущемленных грыж требует переноса акцента профилактических работ на своевременную плановую санацию грыженосителей.

СТАБИЛИЗАЦИЯ ПОЗВОНОЧНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ

Юлдашев Ш.С., Агзамов М.К., Рахматов Х.Р., Джалолов Р.М.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. Нами анализированы истории болезни 17 больных с осложненных повреждениях шейных позвонков, находившихся на лечении в отделениях нейрохирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП в 2010–2011 гг. Возраст больных – от 15 до 64 года. Лиц мужского пола было 12, женского – 5. Время от момента получения травмы до госпитализации у 7 больных составляло от 2 до 6 часов, у 6 – от 6 до 24 часов, у 4 – более суток. Всем больным при поступлении и в динамике выполнена рентгенография шейного отдела позвоночника, компьютерная и магнитно-резонансная томография.

У всех больных при поступлении в стационар отмечались грубые неврологические нарушения в виде те-

трапареза, нарушения чувствительности ниже уровня повреждения и нарушение функции тазовых органов в виде задержки.

После клинико-неврологических и рентгенологических исследований у 12 (70,6%) больных диагностирован нестабильный перелом тела шейных позвонков со смещением костных отломков в позвоночный канал, сдавление и ушиб спинного мозга. У 11 (64,7%) больных эти переломы выявлены на уровне С V–VI позвонка, у 6 (35,3%) – С VI–VII позвонка.

Всем больным в течение 6 часов после госпитализации произведена передняя декомпрессия спинного мозга с удалением поврежденного тела позвонка и корпородез комбинированным трансплантатом (аутокость + костный цемент). Все оперированные больные после операции носили жесткий воротник Шанца. Им также назначали консервативное лечение, проводили комплекс профилактических мероприятий вторичной инфекции и пролежней.

Результаты. В послеоперационном периоде у 11(67,7%) больных отмечалась умеренная положительная неврологическая симптоматика в виде восстановления движений с дистальных отделов конечностей, поверхностной чувствительности ниже уровня повреждения и элементов восстановления функции тазовых органов. Эти больные после выписки из стационара в течение года неоднократно получали комплекс восстановительного лечения в областном реабилитационном центре. У3 (17,7%) больных, несмотря на проведенные оперативные и усиленные консервативные мероприятия положительной неврологической симптоматики не отмечалась. Остальные больные (17,7%) скончались в послеоперационном периоде от различных вторичных осложнений.

Проведенные рентгенологические (в том числе КТГ, МСКТ) исследования показали, что через 7–8 месяцев после операции в области установленного комбинированного трансплантата образовался единый костный блок, и стабилизация позвоночного сегмента не была нарушена.

Заключение. Ранняя декомпрессия спинного мозга с надежной стабилизацией позвоночного сегмента шейного отдела у 67,7% больных заметно улучшила неврологические показатели, вследствие улучшения кровообращения и проходимости субарахноидального пространства травмированной участки спинного мозга. Это дало возможность начать у этих больных раннюю реабилитацию.

РЕЗУЛЬТАТЫ УСОВЕРШЕНСТВЕННОГО СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СПИННОГО МОЗГА

Юлдашев Ш.С., Агзамов М.К., Бахромов А.А., Махмудов С.Ф.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных с повреждением спинного мозга при травмах позвоночника за счет реваскуляризации в области поврежденного участка спинного мозга подкожно-жировым лоскутом на ножке.

Материал и методы. Под наблюдением находились 26 больных с повреждением спинного мозга. У 21 из них повреждение спинного мозга отмечалось на уровне грудного, у 5 – поясничного отдела. Возраст больных – от 15 до 57 лет. Мужчин – 21, женщин – 5. Все больные госпитализированы в течение 8–24 часов после получения травмы. Все больные относились по шкале Frankel к группе D.

На рентгенограммах и КТ у 5 больных выявлен оскольчатый перелом задних структур Th10 позвонка со смещением костных отломков на позвоночный канал, сдавление спинного мозга и его корешков, у 14 – Th11-Th 12, у 7 L1 позвонка.

В зависимости проведенного метода лечения больные были разделены на 2 группы. 15 больным основной группы проведена декомпрессивная ламинэктомия и реваскуляризации в области поврежденного участка спинного мозга подкожно-жировым лоскутом на сосудистой ножке, усовершенствованный нами способом (Приоритетная справка на получение патента на изобретения РУз №IAP 20100547 от 12.11.2010 г.)

11 пациентам контрольной группы выполнена декомпрессивная ламинэктомия без реваскуляризации поврежденного участка спинного мозга.

Результаты. В основной группе положительные результаты наблюдались у 63,3% больных. У них улучшилась двигательная функция, восстановились сегментарные и проводниковые чувствительные расстройства, отмечалось умеренное восстановление функции тазовых органов. Кроме того, у 7 больных в послеоперационном периоде трофические нарушения и болевой синдром практически отсутствовали.

В контрольной группе положительные неврологические изменения отмечались лишь у 19,5% больных, в виде незначительного регресса сегментарных расстройств, нередко наблюдались трофические нарушения и болевой синдром.

Проведенное через 8 месяцев после операции МРТ-исследование показало, что у больных основной группы, плотность спинномозговой ткани в области реваскуляризированного участка была близка к плотности нормальному спинному мозгу, когда как у больных контрольной группы отмечалась частичная атрофия спинного мозга и кистозные изменения в травмированной участки спинного мозга.

Заключение. Усовершенствованный нами способ реваскуляризации позволяет улучшить нервную трофику, восстановить утраченные двигательные и чувствительные функции. Лечение оказалось эффективным у 63,3% больных.

Положительными сторонами нового способа лечения поврежденного участка спинного мозга – реваскуляризации подкожно-жировым лоскутом на сосудистой ножке – является то, что его можно проводить на любом уровне повреждения спинного мозга, где имеется толстый слой подкожно-жировой клетчатки.

МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ УДАЛЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ МАЛОГО ОБЪЕМА

Юнусов Р.С., Махкамов К.Э.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Внедрение принципов доказательной медицины на базе новых возможностей нейровизуализации, анализ отдаленных результатов хирургического лечения и оптимизация нейрореанимации способствовали формированию более дифференцированного подхода к лечению черепно-мозговой травмы. Техника хирургического вмешательства при черепно-мозговой травме в последнее время также претерпела большие изменения, она стала более минимально инвазивной. Взамен травматичного прямого вмешательства, костнопластической или декомпрессивной трепанации все шире используются компьютерная навигация, пунктирование, шунтирование или дренирующие методики через фрезевых отверстий.

С целью определения эффективности минимально инвазивных методов удаления внутричерепных гематом (ВЧГ) нами проанализированы результаты лечения 28 больных, находившихся в 2001–2013 гг. в отделении нейрохирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, оперированные с применением минимально инвазивных методов. Критерием отбора больных для проведения минимально инвазивного оперативного вмешательства было наличие эпидуральной гематомы малого объема до 50см^3, соответствующая очаговая симптоматика и отсутствие клиники прогрессирующего или локального агрессивного отека головного мозга.

Мужчины было 16, женщин – 12. Возраст больных от 19 до 75 лет, средний возраст 44,2±4,5 года. Оценка уровня сознания по ШКГ показала, что у 21 больного было от 9 до 12 баллов, у 7 – от 13 до 15 баллов. По данным МСКТ головного мозга у 17 пациентов гематома локализовалась в лобной, височной, лобно-височной областях, у 8 – в теменно-затылочной области, у 3 – задней черепной ямки. Объем гематомы составил 20–30 мл у 4, 31–50 мл – у 24. Толщина гематом - от 8 до 20 мм (в среднем 11,4±3,7 мм).

Хирургические доступы осуществлялись через множественные трефинационные отверстия каждое диаметром не больше 2,0 см. Производился доступ через линейный или подковообразный разрез. Произведено от 2 до 10 трефинационных отверстия в зависимости от объема и распространенности гематомы с соединением путем скусывания двух фрезевых отверстий. После удаления эпидуральной гематомы через наложенные отверстия или соединенные фрезы ТМО подтягивается лигатурами к краям трефинационных отверстий с целью предотвращения повторного накопления крови. Операция завершается дренированием полости гематомы, которая выводилась через контрапертуру и соединялась закрытой стерильной емкостью. Фрезевые отверстия закрывали опилками костных стружек. Длительность нахождения дренажной системы определялось по данным компьютерной томографии, объему дренируемой жидкости и расстоянию до контрапертурного выхода дренажа. Радикальность удаления гематом оценивалась интраоперационно и динамическим КТ – мониторингом в 1–3 сутки. У 22 (78,5%) пациентов гематома удалены тотально, у 6 (21,5%) удалено свыше 85% первоначального объема. Рецидивов эпидуральных гематом не отмечалось.

Таким образом, минимально инвазивное вмешательство при внутричерепных гематомах соответствует концепции «замочной скважины», обеспечивает адекватное удаление гематомы, минимизирует операционную травму, уменьшает косметический дефект, не увеличивая летальность и инвалидизацию больных. Описанная методика должна применяться строго по назначению и под пристальным динамическим неврологическим и КТ – мониторингом в нейрохирургических учреждениях.

III. РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В ЭКСТРЕННОЙ ТЕРАПИИ И НЕВРОЛОГИИ

ПРИМЕНЕНИЕ СТРЕПТОКИНАЗЫ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Абибуллаев С.Н., Карпина Л.С.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Стрептокиназа является непрямым активатором плазминогена, с которым образуется комплекс, активирующий переход плазминогена в плазмин. Последний обладает способностью расщеплять фибриноген и фибрин. Процесс тромболизиса происходит в основном внутри тромба (эндогенно).

Стрептокиназа распределяется в системном кровотоке, наибольшее её количество определяется в органах и тканях, содержащих отложения фибрина в мелких тромбах. Часть её связывается с антителами, образовавшимися в результате предшествующей сенсибилизации стрептококками. Будучи меньше молекулы альбумина стрептокиназа проникает во внесосудистые пространства (интерстициальную жидкость и лимфу). Комплексы антитела – стрептокиназа частично выводятся с мочой, а частично разрушаются в ретикулоэндотелиальной системе печени и селезенке до олигопептидов и аминокислот, которые также экскретируются почками.

Применяют стрептокиназу при эмболии легочной артерии и её ветвей, тромбозе и эмболии периферических артерий, тромбозе поверхностных и глубоких вен (конечностей, таза), некоторых формах нестабильной стенокардии, остром инфаркте миокарда (в течение первых 6-12 ч), тромбозе сосудов сетчатой оболочки глаза и других состояниях, протекающих с острыми эмболиями и тромбозами или с угрозой образования тромбов (но не острый тромбоз сосудов головного мозга). Во всех случаях введение стрептокиназы следует начинать как можно раньше, так как лучший эффект наблюдают при свежих тромбах.

Обследованы 56 больных, из них 31 мужчина и 23 женщины – 23 с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с элевацией сегмента ST, поступивших в клинику в первые 6 часов от начала заболевания. Контрольную (1) группу составили 29 больных, у которых применялась традиционная терапия (диуретики, вазодилататоры). 27 больных включены во 2-ю группу, из них 19 мужчин и 8 женщин, у которых дополнительно использовали стрептокиназу в суточной дозе 1,5 млн ЕД на изотоническом растворе натрия хлорида 200 мл. Препарат вводили со скоростью 20-30 капель в минуту. Из-за короткого периода полувыведения стрептокиназа вводилась в виде длительной инфузии в течение 16-18 ч.

Для контроля за лечением стрептокиназой изучались клиническая картина, параметры внутрисердечной, центральной, регионарной гемодинамики и ЭКГ, исследовали каждую порцию мочи на эритроциты.

При применении стрептокиназы в первые 6-8 часов с момента поступления больного наблюдалось её отчетливое гипокоагуляционное, умеренное сосудо- и бронхорасширяющее, положительное инотропное, антиагрегационное, а также улучшающее перфузию миокарда действие. При динамическом наблюдении в первые 10 суток ИМ состояние больных улучшалось. Это сопровождалось улучшением функционального состояния левого желудочка, кислородного обеспечения периферических тканей. В результате во 2-й группе летальных исходов не было.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ С Q ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Борисова Е.М., Маджитов Х.Х., Алимов Д.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Сахарный диабет (СД) связан с 5-кратным увеличением риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) и 3–кратным повышением смертности от ее осложнений. Характерными особенностями инфаркта миокарда (ИМ) у пациентов с СД 2 типа является высокий риск развития осложнений и неблагоприятный прогноз течения. Эффективная эндоваскулярная реваскуляризация миокарда является «золотым стандартом» ведения пациентов с инфарктом миокарда, в том числе при наличии СД. Однако, применение транслюминальной балонной ангиопластики (ТЛБАП) у пациента с ИМ и СД не всегда улучшает отдаленный прогноз заболевания.

Цель исследования. Оценка влияния сахарного диабета 2 типа на отдаленный прогноз у пациентов с Q инфарктом миокарда и выполнением ТЛБАП с последующим стентированием клиникозависимой артерии.

Материал и методы. В исследование включены 203 пациента с ИМ. Пациенты разделены на две группы: с СД - 38 (18,7%) больных, без сахарного диабета - 165 (81,3%). В группе пациентов с СД ТЛБАП со стентированием подверглись – 19 (50%) больных, в группе пациентов без СД – 86 (52,1%). Период наблюдения составил 14 месяцев. Отдаленный прогноз оценивался как неблагоприятный при выявлении у пациента повторного инфаркта миокарда, инсульта, нарушения ритма, внезапной сердечной смерти, нестабильной стенокардии, декомпенсированной сердечной недостаточности.

Результаты. При оценке отдаленного прогноза выявлено, что в группе пациентов с использованием ТЛБАП с последующим стентированием клиникозависимой артерии наличие СД достоверно не повлияло (p>0,05) на частоту развития неблагоприятных исхо-

дов: у пациентов с ИМ и СД с выполнением ЧКВ их частота составила 31,6%, в группе больных ИМ без СД – 32,56%. В то же время у пациентов без проведения ТЛБАП СД сопровождается большей вероятностью развития неблагоприятного прогноза: у 52,6% больных с перенесенным ИМ и сахарным диабетом и у 41,8% пациентов с ИМ без СД. Таким образом, наличие сахарного диабета у пациентов с ИМ и консервативной тактикой ведения предопределяет большую частоту развития неблагоприятного отдаленного исхода заболевания.

Вывод. Наличие сахарного диабета 2 типа при консервативной тактике лечения достоверно ухудшает отдаленный прогноз больных инфарктом миокарда.

THE EFFECTIVENESS OF AMIODARONE IN SPONTANEOUS CONVERSION OF ATRIAL FIBRILLATION AND MAINTENANCE OF SINUS RHYTHM IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

Akhmadaliev B., Raimjanov A.

Fergana branch of the Republican Scientific Center of Emergency Medicine

Patients and methods. In order to evaluate the effects of amiodarone and digitalis versus digitalis alone on atrial fibrillation in this study 54 patients with chronic heart failure (NYHA class II and III) and atrial fibrillation were followed up for six months. Twenty six of them were randomized to amiodarone and digitalis and 28 to digitalis alone. Both groups were comparable in clinical parameters and ejection fraction (Area Lenth – 43,56±7,54% vs. 42,34±5,67%, n.s.). Twelve – lead EKGs and 24-hour Holter monitoring were repeated at 2 weeks, 3 months and 6 months after the beginning of the study. At these endpoints, the average ventricular rate was also calculated.

Results. Of all patients involved in this study, four pts. (15,38%) of the amiodarone and digitalis and four pts. (14,39%) of the digitalis group, had intermittent atrial fibrillation on 24-hour Holter monitoring. Six of 26 patients on amiodarone and digitalis (23,08%) and none of 28 on digitalis converted to sinus rhythm during the study. The mean ventricular rate during atrial fibrillation over 24 hours was reduced by amiodarone at two weeks (23%, P<0,001) and at 6 months (19%, P<0,001). The difference was significant (P<0,005).

Conclusions. In patients with chronic heart failure, amiodarone showed a significant potential to spontaneously convert patients with atrial fibrillation to sinus rhythm in comparison with patients who were treated only with digitalis. This drug prevented the development of new-onset atrial fibrillation and significantly reduced the ventricular rate in those patients with persistent atrial fibrillation.

ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ КАК ФАКТОР РИСКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Ахмедов Л.А., Бобоева М.М., Хасанова Н.Н.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Частота сердечных сокращений (ЧСС), являясь одной из основных детерминант потребления сердцем кислорода, четко коррелирует в популяции как с сердечно-сосудистой, так и с общей смертностью, однако для больных с острым коронарным синдромом (ОКС) уровень ЧСС в отношении смертности в прогностическом плане не установлен.

Цель. Оценка зависимости выживаемости больных, госпитализированных в отделение кардиореонимации Бухарского филиала РНЦЭМП с диагнозом ОКС, от ЧСС в процессе лечения с целью оптимизации лечебных мероприятий.

Ретроспективно изучены истории болезни 100 пациентов (58 мужчин, 42 женщины) с острым коронарным синдромом, находившихся на лечении в отделении кардиореонимации Бухарского филиала РНЦЭМП. При анализе историй болезни в группе «выживших» (n=75) и «умерших» (n=25) регистрировались и вычислялись следующие параметры: ЧСС при поступлении, среднее ЧСС в стационаре, разница между ЧСС в приемном отделении и при выписке, среднее ЧСС в реанимации и т.п.

При статистической обработке использовались достоверность различий для критерия Стьюдента в парных группах, ROC анализ, корреляционный анализ Спирмена.

Средний возраст больных 66,1±1,4 года, инфаркт миокарда в анамнезе установлен у 24 больных. Средняя ЧСС при поступлении в стационар составляла 81,1, при поступлении в отделение реанимации – 86,7 удара в минуту. В течение всей госпитализации в стационаре у больных 1-й группы ЧСС резко снижалась на 2 день (с 82,1±1,6 до 71,2±1,5 уд/мин), затем имела тенденцию к снижению до 67,8±1,4 на 23 день. В группе «выживших» при поступлении ЧСС была недостоверно меньше, чем во 2-й группе (83,8±4,1 против 80,9±1,53, p>0,05). В то же время ЧСС в 1-й группе достоверно снижалась при выписке (80,9±1,53 против 67,6±0,7, p<0,001), а во 2-й – недостоверно увеличивалась в момент смерти (83,8±4,1 против 90,7±4,3, p>0,05). ЧСС в реанимации имела прямую корреляцию средней степени связи со смертностью (с силой связи 0,41). При построении линейной регрессии в 1-й группе ЧСС прогрессивно снижалась, в то же время во 2-й оставалась на том же уровне. ROC анализ ЧСС больных в отделении интенсивной терапии выявил точку разделения 77 уд/мин – ЧСС выше данного параметра ассоциировалась с высоким риском смерти.

Таким образом, показана значимость ЧСС как фактора риска сердечно-сосудистой смерти у больных с ОКС. ЧСС повышалась в первые дни ОКС и прогрессивно снижаясь до момента выписки из стационара. ЧСС менее 77 ударов в минуту у больных, поступающим в отделение кардиореонимации с диагнозом ОКС, является критерием благоприятного исхода заболевания.

ИЗУЧЕНИЕ РАБОТЫ ГЛАВНОЙ МЕДСЕСТРЫ В ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Абдупаттаева К.О., Расулова Н.Ф.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

Определяющая роль организации работы медицинских сестёр в любом лечебно-профилактическом учреждении принадлежит руководителю сестринской службы — главной медицинской сестре. Медицинская сестра-руководитель решает важные стратегические вопросы, принимает решения в условиях крайней нестабильности, постоянного дефицита всех видов ресурсов. Основной целью работы главной медсестры частных медицинских учреждений является: повышение качества обслуживания пациентов за счет более эффективного использования имеющихся ресурсов, а также путем внедрения стандартов практической деятельности медсестры в лечебный процесс, повышения профессионального уровня сестринского персонала для повышения престижа медицинской клиники, в которой работает.

Анализируя деятельность медицинских организаций, легко заметить, что при одинаковых кадровых и финансовых возможностях успехи отдельных коллективов разные. Проблема заключается не только в объективных условиях, но и в личности организатора.

Основным инструментом исследования послужила специально разработанная анкета социологического опроса. Результаты опроса позволили сделать следующие выводы: подавляющее большинство главных медицинских сестер - специалисты с большим опытом и стажем работы; работа главной медицинской сестры связана с чрезмерно высокими нагрузками и высоким уровнем ответственности; работа в должности главной медицинской сестры предъявляет к специалисту высокие требования в части, как профессиональных, так и личных качеств, а также компетентности во многих отраслях знания; большинство опрошенных отмечают необходимость дальнейшего совершенствования своих личных и профессиональных качеств и профессиональной компетентности; факторами, снижающими производительность труда главных медицинских сестер и их удовлетворенность трудом являются главным образом факторы, связанные с недостаточным финансированием, включая недостаточное материальное стимулирование труда, а также факторы организационного характера (недостаточно рациональное планирование рабочего времени и распределение обязанностей, недостаточный уровень профессиональной подготовки). В соответствии с этим, а также на основании анализа результатов проведенного исследования, нами был предложен ряд рекомендаций по оптимизации деятельности главной медицинской сестры частных медицинских клиник, предназначенных для администрации учреждения, а именно: С целью повышения профессиональной квалификации главных медицинских сестер - обеспечение (путем выделения времени и средств) их регулярного участия в конференциях, симпозиумах, круглых столах, лекциях, семинарах и т.д. по вопросам медицины, управления, психологии, экономики, права. С целью совершенствования организационного направления деятельности главной медицинской сестры и оптимизации уровня производственной нагрузки - введение в штатное расписание медицинского учреждения ставки заместителя главной медицинской сестры по организационной работе с делегированием ей части полномочий в сфере контроля за выполнением средним и младшим медицинским персоналом учреждения обязанностей, предусмотренных должностными инструкциями, и соблюдением правил внутреннего трудового распорядка, контроля за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в подразделениях клиники, подбора и расстаноки кадров среднего и младшего медицинского персонала. С целью улучшения информационного обмена и взаимодействия между подразделениями клиники и более рационального распределения рабочих нагрузок и времени - внедрение в учреждение единой информационной системы и формированием информационного пространства, что позволит: оперативно проводить анализ деятельности отдельных подразделений для быстрого принятия управленческих решений, оперативного учета финансовых затрат, учета реальной нагрузки на каждого сотрудника; существенно повысить производительность труда за счет сокращения времени, на переходы из корпуса в корпус; повысить уровень профессиональной квалификации персонала за счет оптимизации использования информационных ресурсов.

ПРИМЕНЕНИЕ РОЗУВАСТАТИНА БОЛЬНЫМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ

Ахмедов Л.А., Сафаров Н.Ш., Абдуллаева Н.З., Хусенов М.Х.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Эффективность статинов при ишемической болезни сердца (ИБС) не вызывает сомнений. Среди факторов, значимых для прогнозирования течения и исхода ИБС, особое место занимают нарушения сердечного ритма, поэтому важной детерминантой конечного результата лечения является предотвращение их развития.

Цель. Изучение влияния розувастатина (Мертенил, Гедеон Рихтер) на частоту возникновения рецидивов фибрилляции предсердий (ФП) после электрической кардиоверсии у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с пароксизмальной формой ФП.

В исследование были включены 48 амбулаторных и стационарных пациентов (возраст от 30 до 70 лет) с ИБС и пароксизмальной формой ФП сразу после восстановления электрической кардиоверсией синусового ритма. Пациенты были рандомизированы на 2 группы. 24 больных 1-й группы - получали стандартную терапию, рекомендованную для удержания синусо-

вого ритма при пароксизмальной форме ФП, и мертенил (средняя доза 10 мг/сут.), 24 больных 2-й группы – только стандартную терапию. Выполнены общий анализ крови, биохимический анализ крови (трансаминазы, креатинин, билирубин, глюкоза, липидный профиль), ЭКГ, оценка переносимости терапии. Рецидив ФП был принят за первичную конечную точку.

У пациентов, получавших розувостатин, наблюдалось достоверное снижение частоты рецидивов ФП. По данным ЭКГ, рецидив ФП зарегистрирован у 8,3% – пациентов, получающих мертенил, в контрольной группе – у 48% ($p<0,001$). Количество эпизодов синусовой тахикардии уменьшилось соответственно на 52,3% ($p<0,001$) и 48,5% ($p<0,01$). Учитывая некоторое преимущество по степени достоверности в уменьшении количества эпизодов синусовой тахикардии, можно предполагать наличие у мертенила не только антиаритмических, но и дополнительных антиишемических свойств. Исходно уровень липидов плазмы крови у больных обеих групп статистически не различался. На фоне приема мертенила наблюдалась положительная динамика: произошло статистически значимое ($p<0,001$) снижение уровня общего холестерина на 35%, ЛПНП на 54%, ТГ на 39%. К окончанию исследования, т.е. через год терапии мертенилом, 74% пациентов достигли целевых значений холестерина ЛПНП менее 2 ммоль/л, при этом только у 4 (16,6%) доза мертенила была увеличена до 20 мг в сутки. Следует обратить внимание, что имела место тенденция к нарастанию уровня ЛПВП на 11,1% ($p>0,05$). В контрольной группе достоверных изменений уровня липидов и липопротеинов за 12 месяцев не выявлено. По итогам анализа динамики липидного спектра обнаружены значительные статистически достоверные межгрупповые различия ($p<0,001$) в пользу группы лечения мертенилом. Вероятно, влияние мертенила на частоту возникновения рецидивов ФП связан с его множественным действием на основные звенья патогенеза развития ФП у пациентов с ИБС. Известно, что воспаление является одним из главных модифицируемых факторов риска развития повторных приступов развития ФП. Все вышеперечисленные свойства взаимно дополняют друг друга, обеспечивая выраженное мембраностабилизирующее и кардиопротективное действие статинов, с чем, вероятно, и связан противоаритмический эффект мертенила.

Таким образом, полученные данные выявили эффективность и безопасность применения мертенила с целью профилактики развития рецидивов ФП у пациентов с ИБС и пароксизмальной формой ФП. Это говорит о необходимости более широкого применения мертенила в клинической практике как препарата, способного снижать риск развития рецидивов ФП у пациентов с ИБС. Добавление мертенила к стандартной терапии для удержания синусового ритма при пароксизмальной форме ФП позволяет эффективно снизить частоту рецидивов ФП у пациентов с ИБС.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ТИОЦЕТАМ

Ахмедов О.Т., Холмирзаев П.Х., Султанов Б.Р., Анваров А.А., Казаков А.А., Тураханов М.М.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В лечении патологического состояния головного мозга необходимо обращать внимание на комплекс синдромологических расстройств, требующих быстрой коррекции. В связи с этим особую актуальность приобретает современная патогенетическая дифференцированная терапия для коррекции метаболических расстройств. Основные терапевтические мероприятия по защите мозговой ткани при острых и хронических нарушениях мозгового кровообращения направлены на борьбу с нарушением метаболизма головного мозга.

Цель исследования. Изучение влияния препарата Тиоцетам на динамику когнитивных расстройств головного мозга у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга.

Материал и методы. Обследованы 48 больных среднего возраста с острым нарушением мозгового кровообращения с неврологическим дефицитом.Острый ишемический инсульт подтвержден данными КТ, МРТ, ЭЭГ, РЭГ, допплерографии магистральных сосудов.

Результаты. Тиоцетам обеспечивает метаболическую регуляцию, нейропротекцию и трофическую функцию. Больным с ишемическим инсультом проведен комплекс лечебных мероприятий по защите и улучшению метаболизма мозга. Он включал Лизина эсцинат по 5 мг в 100 мл, натрия хлореид внутривенно капельно, реосорбилакт 200,0 внутривенно капельно, тиоцетам 10,0 внутривенно до 20-30 мл в сутки. Больным 2-й группы с целью ноотропной терапии назначали пирацетам 20%-5,0 внутривенно 2 раза сутки. Продолжительность курса лечения 1 мес.

У больных с острой сосудистой мозговой недостаточностью при лечении тиоцетамом в сочетании с L-лизина эсцинатом отмечалось положительное влияние препарата на очаговые неврологические симптомы и общемозговые проявления.

У больных 1-й группы, получавших тиоцетам в сочетании с L-лизина эсцинатом, реосорбилактом 200,0, неврологическая симптоматика восстанавливались быстрее, чем во 2-й группе.

При остром нарушении мозгового кровообращения регресс общемозговых и очаговых неврологических симптомов с хорошим восстановлением достигнут у 75% больных 1-й и у 50% – 2-й группы.

Заключение. Применение тиоцетама в начальном периоде острого ишемического инсульта приводит к более быстрому регрессу очаговых неврологических симптомов и улучшению клинического состояния больных. Сочетание тиоцетам с L-лизина эсцинатом более эффективно, чем сочетание L-лизина эсцината с пирацетамом.

ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ МИТЕКА ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА В КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОМ СРАВНИТЕЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ СО СТАНДАРТНЫМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ПЕДИАТРИИ

Ахмедова Р.Т., Ким К.А., Эшонова А.А.

Ферганский филиал РНЦЭМ

Распространение острого обструктивного бронхита (ООБ) в педиатрической экстренной практике у детей до одного года в разные сезонные периоды составляет от 55 до 85%.

Стандартное лечение в условиях экстренной педиатрии не всегда дает ожидаемые результаты.

Препарат митека предназначен как для профилактики, так и для длительного лечения и бронхоспазмов, и ООБ, и бронхиальной астмы. Активное вещество монтелукаст связывается с белками плазмы крови более чем на 99%, и его метаболиты не экскретируют с мочой. Препарат может применяться в любое время суток независимо от приема пищи. Предусмотрено назначение одновременно с другими методами лечения. Быстрое и практически полное всасывание препарата митека после приема внутрь с биодоступностью в 73% и максимальной концентрацией в крови через 2–3 часа делает препарат незаменимым в практике экстренной педиатрии.

Цели и задачи. Сравнительный анализ и мониторинг терапии препаратом митека и стандарта (сальбутамол, теофиллин) в экстренной педиатрии при лечении ООБ на базе ФФРНЦЭМ.

Материал и методы. В течении года нами обследованы 305 больных детей. Все диагностические мероприятия проводились согласно стандартам, принятым в экстренной педиатрии.

Результаты. В возрасте от 2 до 5 лет было 205 (50,8%) пациентов, от 5 лет и старше – 100 (49,2%). Препарат митека назначались детям основной группы, в которую вошли по 50 пациентов каждой возрастной группы. Остальные дети, получавшие стандартное лечение, включены в контрольную группу.

В результате применения препарата митека клинико-морфологический эффект достигался в течение первых 12 часов, тогда как в контрольной группе такой эффект наблюдался через 24 часа и более. У 35% больных благодря применению препарата митека уменьшилось количество используемых. Общая эффективность препарата митека, которую оценивали по срокам купирования основных патологических признаков ООБ, колебалось от с 40 до 85%.

Следует отметить, препарат митека хорошо переносился маленькими пациентами, побочные явления практически отсутствовали.

ПРИМЕНЕНИЕ В-БЛОКАТОРОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА У БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ КАРДИОЛОГИИ

Бахронов Р.Р., Курбонов М.А., Нурхонов А.Р.

Бухарский филиал РНЦЭМП

При диффузном токсическом зобе в крови увеличивается уровень тиреоидных гормонов, особенно тироксина, что приводит к усиленной выработке катехоламинов надпочечниками. В связи с этим изменяется реакция тканей на воздействие катехоламинов вследствие повышения чувствительности к ним адренорецепторов. Возникающие расстройства гемодинамики, несоответствие между уровнями доставки, потребления и утилизации кислорода сердечной мышцы приводят к дистрофическому повреждению ее, симптомами которого в клинике являются нарушения ритма, коронарная и сердечная недостаточность. У больных тиреотоксикозом возможно развитие пароксизма и фибрилляция желудочков. Почти постоянным симптомом тиреотоксикоза является тахикардия. На фоне тахикардии возможно возникновение приступов пароксизмов мерцательной аритмии, которые в дальнейшем могут перейти в постоянную форму.

В отделение экстренной кардиологии в 2010–2012 гг. были госпитализированы 14 больных с нарушениями ритма сердца (суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия, пароксизмальная форма мерцательной аритмии, различные виды экстрасистол), возникшие на фоне тиреотоксикоза вследствие диффузно-токсического зоба. Интересно, что у некоторых пациентов единственными признаками диффузно-токсического зоба, субъективно беспокоящими больных, являлись острые или хронические нарушения ритма сердца, которые послужили поводом для обращения в стационар с дальнейшей госпитализацией.

В составе комплексной терапии больные получали β-блокатор эгилок в дозе 25–100 мг в сутки. У 4 больных нарушения ритма происходили на фоне имеющейся сердечной недостаточности вследствие развившегося “тиреотоксического сердца”. При проведении допплерэхокардиографии у этих пациентов обнаруживалась дилатация полостей сердца, преимущественно левых отделов, снижение сократимости левого желудочка, относительная недостаточность атриовентрикулярных клапанов. Этим больным мы назначили β-блокаторы после отсутствия эффекта от гликозидов и антиаритмических препаратов.

Таким образом, применение у больных с диффузно-токсическим зобом β-блокаторов патогенетически обоснованно. Препараты эффективны независимо от состояния сократимости левого желудочка при развившемся «тиреотоксического сердце». При отсутствии выраженного положительного эффекта от приема тиреостатических препаратов β-блокаторы должны стать обязательным компонентом терапии.

АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛАПИНИНА И КОРДАРОНА ПРИ СЛОЖНЫХ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА

Бахронов Р.Р., Азимов Б.К., Эргашев К.Т.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Лечение сложных нарушений ритма представляет значительные трудности в связи с возможностью развития фибрилляции желудочков, рефрактерностью к проводимой терапии, возможностью проявления проаритмогенных эффектов антиаритмических препаратов при увеличении их дозы.

Цель исследования. Изучение антиаритмической эффективности комбинированного применения кордарона и аллапинина при интенсивной терапии у больных со сложными нарушениями сердечного ритма.

Обследованы 17 больных с диагнозом ишемическая болезнь сердца (ИБС). Нестабильная стенокардия», 9 из которых в прошлом перенесли инфаркт миокарда. У всех больных отмечались сложные нарушения ритма по типу частых желудочковых экстрасистол (ЖЭ) III–IV класса по Лауну. У 8 больных ЖЭ сочетались с мерцательной аритмией. У 2 больных отмечались АВ-блокада I степени. Все больные получали кордарона и аллапинина в сочетании с базисной терапией (антиангинальная, антикоагулянтная).

Лечение не оказало эффекта у 3 (18,7 %) больных. У 3 пациентов антиаритмический эффект был расценен как удовлетворительный. У 11 (68,7 %) больных отмечался хороший антиаритмический эффект, который начинал проявляться на 2–3 сутки приёма препаратов, достигая максимума к 4–5 суткам. Хороший антиаритмический эффект, как правило, приводил к стабилизации состояния больных с нестабильной стенокардией. Антиаритмическая эффектность была достигнута приемом средних терапевтических доз обоих препаратов, что позволило избежать их проаритмогенного эффекта.

Таким образом, назначение кордарона и аллапинина является эффективной антиаритмической схемой лечения больных со сложными нарушениями ритма при нестабильной стенокардии.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПЕРВИЧНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЗВЕНЕ

Галяутдинова И.Р., Абдурахимов З.А., Мамедова Г.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В Узбекистане середины 90-х годов начался процесс реструктуризации первичного звена здравоохранения. Указом Президента Республики Узбекистан № УП-2107 от 10 ноября 1998 года принята Государственная программа реформирование системы здравоохранения Республики Узбекистан. Основной целью реформ является создание в стране системы, обеспечивающей сохранение и улучшение здоровья населения, соблюдение конституционных прав граждан на получения квалифицированного медицинского обслуживания и социальную защиту.

Глубокие и всесторонние изменения, происходящие в организациях качественных медицинских услуг населению, ставит перед страной задачу подготовки медицинских сестер нового поколения, определение такой роли медсестры, которая соответствовала бы нуждам здоровья людей. Это означает, что патронажная медсестра должна быть хорошо образованным и равным партнером в медицинской бригаде.

Инициативу Министерства здравоохранения по углублению реформ сестринского дела поддержали ряд международные организации и финансовые институты. Один из них Азиатский банк развития, который совместно с Правительством Узбекистана реализовал проект «Укрепление здоровье женщин и детей», одной из целей которого являлась подготовка квалифицированных патронажных медицинских сестер путем образования. Чтобы достичь этой цели, проект «Здоровье-2» и «Укрепление здоровье женщин и детей» с 2007 года стали проводить непрерывное профессиональное образование (НПО), патронажных медицинских сестер, по всей Республике Узбекистан по специально составленным программам. В частности: межличностное отношение и методы обучения взрослой аудитории; основные навыки патронажных медсестер; уход за здоровым, больным ребенком и консультирование матерей; грудное вскармливание; репродуктивное здоровье и безопасное материнство.

Целью НПО медсестер, является: укрепление качества последипломного образования медсестер и акушерок с целью проведения в соответствии с международными стандартами. На сегодняшний день по Республике подготовлены более 475 местных тренеров, которые, свою очередь проводят НПО медсестер, каскадным методом. Также, для эффективности НПО медсестер, подготовлены специалисты по мониторингу и оценки НПО медсестер по всей республике. Важным является изучения эффективности непрерывного профессионального образования, а для этого необходимо проведения мониторинга и оценки по непрерывному профессиональному образованию.

Цель исследования. Провести анализ деятельности непрерывного профессионального образования медсестер в первичной медико-санитарной помощи г. Ташкент и разработка путей их совершенствования.

Материал и методы. Для изучения состояния медицинской помощи, оказываемой медсестрами первичного звена, был использован многоступенчатый метод формирования выбранной совокупности (типологической, серийный отбор). В процессе сбора, обработки и анализа материалов исследования были применены современные методы: статистический, социологический, физиологический, математический, методы сравнительного анализа.

Результаты. Было выявлено, что прошедшие обучение по непрерывному профессиональному образованию медицинские работники сталкиваются с большим количеством проблем при внедрении полученных навыков в медицинских учреждениях. Условия обучения часто отличается от реальной рабочей обстановки. Поэтому применение на практике навыков, полученных медицинскими работниками, а также решения проблем, препятствующих оказанию медицинской помощи, требуют систематической поддержки. Мониторинг и оценка или последующее наблюдение после обучения является важным компонентом учебного процесса непрерывного профессионального образования, способствующим применению и закреплению навыков, полученных во время обучения, а также решения проблем, возникающих во время внедрения непрерывного профессионального образования.

В целях изучения эффективности обучения проводилось тестирование обученных медицинских работников, оценка учебных программ, контроль проведения тренингов в областных и районных учебных центрах. Хорошим методом мониторинга являлась оценка обучения другими специалистами.

Выводы. Необходимо регулярно проводить мониторинг по НПО медсестер. Составить график проведения мониторинга и оценки НПО медсестер. Утвердить с приказом органов управления здравоохранением, график проведения мониторинга и оценки НПО медсестер. Ежеквартально проводить мониторинг и оценку по НПО медсестер. Ежеквартально предоставлять, отчёт органов управления здравоохранением о проделанной работе специалистами по мониторингу и оценке НПО медсестер. Ежеквартально осведомлять руководство районных медицинских объединений о полученных результатах во время мониторинга. Оказать соответствующую помощь при выявлении недостатков и проблем. Подготовить из числа местных тренеров специалистов по самооценке.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ И ВОПРОСЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Гафуров Б.Г., Максудова Л.Б.

Врожденные и приобретенные заболевания сосудов головного мозга не являются редкой патологией и вносят определенный вклад в летальность, в том числе у пациентов молодого возраста. Среди различных форм цереброваскулярной патологии артериовенозные мальформации (АВМ) головного мозга остаются одной из причин инвалидизации и смертности населения трудоспособного возраста (Свистов Д.В., 2002; Peters D.G. et al., 2001; QureshiA.I. et al., 2005). У 7—14,0% больных с манифестацией заболевания в виде судорожных припадков в течение первого года происходят внутричерепные кровоизлияния. Отдаленный прогноз при консервативном лечении неблагоприятен: глубокая инвалидизация наступает у 48,0% носителей АВМ, а 23,0% больных погибают от внутричерепных кровоизлияний (Гайдар Б.В.,2002). При АВМ полушарной локализации дебютом проявления у трети больных является судорожный синдром. Основной причиной «агрессивного» подхода к лечению пациентов с артериовенозными мальформациями остается риск внутричерепного кровоизлияния (Гайдар Б.В. и др., 2000). Клинически АВМ проявляются в виде двух основных синдромов - геморрагического и псевдотуморозного. Помимо основных проявлений, при АВМ могут отмечаться преходящие или постепенно нарастающие очаговые неврологические симптомы, головные боли, сосудистый шум в голове, признаки внутричерепной гипертензии и т.д. АВМ практически всегда имеет те или иные клинические проявления. Случайной диагностической находкой АВМ бывают сравнительно редко (Филатов Ю.М., Элиава Ш.Ш., 2002).

Практический опыт работы в экстренной службе показал, что наиболее частой формой клинического проявления АВМ являются эпилептические припадки, которые носят обычно вторично - генерализованный характер и отличаются клиническим полиморфизмом. Имеются такие данные, что при височно-глубинных и лобных локализациях АВМ эпилептические припадки могут носить псевдоабсансный и бессудорожный характер.

Материал и методы. За период с 2008 по 2012 гг. в экстренном порядке поступили 95 больных с судорожным синдромом, у которых в последующем были обнаружены АВМ полушарной локализации. Средний возраст больных 27±6,4 года. Лиц женского пола было 35, мужского - 60. Средний размер АВМ – 2,4 х 3,8 см³.

Результаты. Приступы в виде псевдоабсансов в два раза чаще наблюдались у лиц женского пола с лобной локализацией АВМ. У 4 больных АВМ располагалась в левой лобной области. На момент приступа клинически псевдоабсанс имел характер кратковременных выключений сознания длительностью 3-6 секунд с клоническими подергиваниями глазных яблок влево и вверх. Причиной обращения в стационар стал первый эпизод вторично - генерализованного эпилептического припадка в виде тонико -клонических поддергиваний, а также ротации головы и тела в сторону. Поводом для дальнейшего обследования и обращения в РНЦЭМП стал третий по счету эпилептический припадок генерализованного характера. Подробные анамнестические данные указывали на эпизоды, свойственные псевдоабсансу. Чаще эпилептические припадки тонического характера со вторичной генерализацией наблюдаются в височных и теменных долях головного мозга. По нашим данным, такая форма припадка чаще встречалась у лиц мужского пола (19) с преимущественной локализацией АВМ в височно-теменной долях левого полушария. Клинически эпилептические припадки проявлялись чертами джексоновских моторных приступов, начинающихся в правой половине лица, и затем распространяющихся по правой половине тела. У 1 мужчины тонический припадок носил

форму статуса с охватом правой руки и ноги и поворотом головы вправо. Данный случай представляет интерес в том плане, что даже в момент приступа у больного сохранялось сознание. Элементарные указания выполнял правильно, но с трудом левыми конечностями. Кроме того, в момент приступа и в течение 20-30 минут у больного отмечались явления грубой моторной афазии. У 3 лиц женского пола с левополушарным расположением АВМ также наблюдались джексоновские припадки со вторичной генерализацией на вторую половину тела, а у одной больной припадок носил фокальный характер без вторичной генерализации. Тонико - клоническая форма эпилептического припадка имела место обычно в тяжелых случаях вторично -генерализованного припадка, возникающего при теменно-височной локализации АВМ у лиц женского и мужского пола. При затылочной локализации АВМ только у 1 больного мы наблюдали эпилептический припадок в виде фотопсии с выпадением поля зрения пациента по типу гемианопсии, что указывало на левополушарное расположение процесса.

Всем больным была произведена МСКТ ангиография головного мозга, 16 - контрастная ангиография головного мозга, 8 – эндоваскулярная эмболизация АВМ.

Проспективное наблюдение за 8 больными с эмболизированными АВМ в течение 1 года показало, что у 3 из них эпилептические припадки прекратились, у 3 отмечалось урежение эпиприступов до 3 раз в год, а у 1 частота эпиприпадков не изменилась.

Таким образом, чаще всего левополушарные АВМ височной и лобно-височной локализации осложняются эпилептическим синдромом. При эффективном эндоваскулярном лечении АВМ головного мозга наблюдается не только выключение шунта, но и урежение эпилептических припадков.

ЛЕЧЕБНАЯ БРОНХОСКОПИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ВЗРОСЛЫХ

Гафуров З.К., Пахмурин И.Р., Гафуров Б.З., Назаров Н.Н., Абдужаббаров А.А., Бакиров Г.З., Усманов А.К., Меликузиев Э., Бойматов И., Касымов Ф.

Андижанский филиал РНЦЭМП

В Андижанском филиале РНЦЭМП за период с 2012 г. по первое полугодие 2013 г. у 309 пациентов было проведено 379 бронхоскопических исследования. Лиц мужского пола было 183 (59,2%), женского – 126 (40,8%), при этом пациентов наиболее трудоспособного возраста было 210 (67,9%).

Диагностические бронхоскопические исследования проведены в 125 (33%) случаях, лечебные (санационные) трахеобронхофиброскопии (ТБФС) проведены в 254 (67%) наблюдениях. Из 254 санационных бронхоскопий 105 (41,6%) составили повторные процедуры. Чередование бронхоскопий и временной диапазон между ними определялся реаниматологами на основании выводов эндоскописта, соматического состояния пациента, клинико – лабораторных показателей и варьировался от ежедневных до одного раза за все время пребывания в реанимации пациента.

Все 254 санационных ТБФС выполнены трансинтубационно или транстрахеостомически, наличие пути введения тубуса бронхоскопа имело большое значение в своевременном выполнении данного метода лечения, т.к. трансназальный или трансоральный методы проведения ТБФС предполагают наличие большего бронхоскопического опыта.

В подавляющем большинстве случаев – 193 (76%) санационные ТБФС были выполнены в условиях нейрореанимационного отделения (НРО), в 53 (20,9%) наблюдениях проведены в отделении анестезиологии и реанимации (1-й реанимация), в отделении кардиореанимации (2-й реанимация) в 8 (3,1%) случаях.

Из 193 ТБФС, выполненных в НРО, подавляющее большинство случаев 187 (96,9%) были проведены пациентам с различными видами черепно-мозговых травм и инсультов сопровождавшихся дыхательными осложнениями, в 6 (3,1%) наблюдениях выполнены пациентам с незавершенным суицидом, также осложненными дыхательными расстройствами.

Из 53 санационных ТБФС выполненных в 1-й реанимации, 26 (49%) выполнены пациентам после абдоминальных операций. Практически во всех случаях (24 (92,3%)) поводом для санации являлось наличие сопутствующей пневмонии, в 2 (7,7%) – возникший на дооперационном этапе аспирационный синдром Мендельсона. В 6 (11,3%) случаях санационные ТБФС выполнены пациентам после торакальных оперативных вмешательств, при этом в 2 (33,3%) случаях выполнены интраоперационные ТБФС, в остальных 4 (66,7%) также в связи с аспирационным синдромом на дооперационном этапе.

В отделении кардиореанимации проведено 8 санационных ТБФС, из них в 1 (12,5%) случае инфаркта миокарда, в 3 (37,5%) наблюдениях тромбоэмболии легочной артерии, в 4 (50%) случаях тяжелых форм бактериальной пневмонии.

Как было указано выше, во всех 254 случаях ТБФС осуществлялись трансинтубационно или транстрахеостомически. Это существенно облегчает введение и проведение тубуса фибробронхоскопа в трахеобронхиальное дерево, что позволяет проводить санационные ТБФС специалистам, не имеющим богатого опыта выполнения данной методики лечения.

Таким образом, в интенсивной терапии различных жизнеугрожающих состояний, сопровождающихся дыхательной недостаточностью, большое значение имеет своевременное и адекватное выполнение санационных бронхофиброскопий, а наличие режима ИВЛ проводимого трансинтубационно или же транстрахеостомически значительно облегчает её проведение.

КОРРЕКЦИЯ МИКРОРЕОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СРЕДСТВАМИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Герасимов Л.В.[1], Исакова А.А.[1], Марченков Ю.В.[2], Мороз В.В.[1]

[1]ФГБУ «НИИ общей реаниматологии им.В.А. Неговского РАМН»

[2]ГКБ им. С.П. Боткина, Москва

Цель исследования. Разработка алгоритма коррекции микрореологических нарушений средствами инфузионной терапии у больных с травмой и кровопотерей.

Материал и методы. Обследованы 92 больных с тяжелой сочетанной травмой и кровопотерей. Исследование проводилось в три этапа: 1-й – сравнительная оценка влияния инфузионных сред на микрореологические свойства крови in vitro; 2-й – изучение динамики микрореологических нарушений у больных с травмой и кровопотерей, которые были рандомизированы на две группы: «традиционная» инфузионная терапия (1-я группа, n=36) и «традиционная» инфузионная терапия + пентоксифиллин (2-я группа, n=28). Затем на основании данных микрореологического профиля больных в раннем периоде травмы и сравнительной оценки влияния различных инфузионных растворов на микрореологию был разработан алгоритм реологически обоснованной терапии; 3-й этап– изучение динамики микрореологических нарушений у пациентов, получавших реологическую обоснованную терапию (3-я группа, n=28). Микрореологические показатели определялись на автоматическом коаксиально-цилиндрическом лазерном агрегометре–деформометре LADE (РеоМедЛаб, Россия).

Результаты. Установлено, что на протяжении раннего посттравматического периода отмечается ухудшение деформируемости эритроцитов с максимально низкими значениями на 2 и 8 сутки. При оценке связи деформируемости эритроцитов с различными показателями гомеостаза наиболее тесная корреляционная зависимость обнаружена со значениями дефицита оснований, pH и осмолярностью. В 1 сутки наблюдается гипоагрегация эритроцитов, выраженность, которой тесно коррелирует с объёмом кровопотери. В дальнейшем на фоне «традиционной» инфузионной терапии отмечается нарастающий сдвиг в сторону гиперагрегации, что отчасти объясняется прогрессирующей гипоальбуминемией. Пик гиперагрегации приходится на 7-10 сутки. Причиной ухудшения микрореологических показателей в эти сроки является развитие у части больных гнойно-септических осложнений. При анализе микрогемореологического профиля отдельно у больных с осложнениями и без них выявлены достоверные различия индекса деформируемости с 5 по 10 сутки и общей гидродинамической прочности агрегатов с 7 по 10 сутки. При анализе связи микрореологических показателей с отдельными видами осложнений и выраженностью органной дисфункции было выявлено, что низкая деформируемость эритроцитов ассоциируется с развитием тяжёлого сепсиса и тромботическими осложнениями, а высокая агрегируемость – с развитием гнойно-септических осложнений и тяжестью по шкале MODS. При добавлении к «традиционной» инфузионной терапии пентоксифиллина – препарата с заведомо известным положительным влиянием на реологию эритроцитов - наблюдалось улучшение агрегируемости с 4 по 6 сутки. Эти различия в виде тенденции сохранялись также с 7 по 10 сутки. В то же время различий в деформируемости между группами не было. При сравнении результатов в двух группах достоверные различия в степени агрегации на протяжении всего исследования отмечались только у больных без осложнений, тогда как у больных с осложнениями различий не было, за исключением 4 суток.

Как показало сравнительное исследование, наиболее выраженное дезагрегантное действие оказывал 20% альбумин, реполиглюкин и ГЭК 130/0,42. В то же время полиглюкин, гелофузин и особенно ГЭК 450/0,7 способствовали усилению агрегации. Единственным синтетическим коллоидным препаратом, который не влиял ни на один показатель агрегатограммы, был 6% ГЭК 200/0,5. Наиболее благоприятное влияние на деформируемость эритроцитов оказывали 20% альбумин, ГЭК 130/0,42 и ГЭК 200/0,5, тогда как декстраны ухудшали деформируемость, а ГЭК 450/0,7 и гелофузин существенно на неё не влияли. На основании данных изучения микрореологического профиля больных в раннем периоде травмы и сравнительной оценки влияния различных инфузионных растворов на микрореологию был сформулирован ряд принципов реологически обоснованной инфузионной терапии. В группе реологически обоснованной инфузионной терапии деформируемость эритроцитов была достоверно выше, чем в других группах со 2 по 10 сутки. Агрегируемость в 1 сутки была выше, а с 4 по 10 сутки – ниже, чем в 1-й и 2-й группах. При сравнении выраженности органной дисфункции, оцениваемой по шкале MODS в динамике, в группе реологически обоснованной терапии с 5 по 10 сутки показатели были ниже, чем в 1-й и 2-й группах. При сравнении количества плазмо- и гемотрансфузий на одного больного в группе реологически обоснованной терапии отмечалось снижение потребности в СЗП в 1 сутки. Благодаря применению реологически обоснованной инфузионной терапии в 1,5 раза уменьшилась длительность ИВЛ, в 1,4 раза – длительность инотропной поддержки, в 1,5 раза – длительность пребывания в ОРИТ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Борисова Е.М., Давлатова Л.Ш., Рахимова Р.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Материал и методы. В исследование включены 20 больных (18 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 47 до 78 лет (в среднем 67,8±8,2 года) с диагнозом ОКС с трансформацией в ОИМ с зубцом и без зубца Q, госпитализированных до 6 часов от начала заболевания в отделение кардиологической реанимации РНЦЭМП.

В зависимости от тактики лечения, в частности от метода реперфузионной терапии,больные были разделены на 2 группы. Группу А составили больные, леченные методом прямой ТЛБАП в сочетании с абциксимабом (Рео-Про; фирма-производитель Eli-Lilly, Нидерланды) в дозе 0,25 мг/кг в/в болюстно, затем в виде инфузии 0,125 мкг/кг/мин (максимально 10 мкг/мин) в течение 24 часов. и стандартной терапии. Группу В составили больные, получавшие традиционное лечение.

Результаты. До лечения электрокардиографические критерии недостаточности коронарного кровообращения в 1-й группе – встречались у 80%, во 2-й группе – у 78%. После лечения – соответственно у 29 и у 54%. Следовательно, ишемические изменения при электрокардиографическом исследовании у пациентов 1-й группы выявлялись достоверно (p<0,05) реже, чем у пациентов 2-й группы. При эхоКТ - оценке глобальной сократительной функции миокарда в отдалённом периоде в 1-й группе фракция выброса левого желудочка увеличилась на 12%, во 2-й группе - лишь на 7%. При эхоКГ- оценке локальной сократимости левого желудочка индекс локальной сократимости у пациентов 1-й группы уменьшился на 0,31 (25,2%), 2-й - которых индекс локальной сократимости уменьшился на 0,12 (6%), что было обусловлено уменьшением числа зон гипокинезий, увеличение количества зон нормокинезий при неизменном количестве зон акинезий. При оценке локальной сократимости левого желудочка отмечается достоверно (p<0,05) лучшее восстановление функции левого желудочка у пациентов 1-й группы относительно пациентов 2-й группы.

Таким образом, показатели функциональной активности сердечно-сосудистой системы и изменения сократительной функции миокарда находятся в прямой зависимости от тактики лечения в остром периоде инфаркта миокарда, так как при лечении больных методом прямой ТЛБАП в сочетании с абциксимабом отмечается улучшение восстановления глобальной и локальной сократимости левого желудочка, функциональных показателей сердечно-сосудистой системы по сравнению с пациентами, получавшими консервативную терапию.Что позволяет значительно увеличить резервы коронарного кровотока, и, в свою очередь приводит к исчезновению клинических симптомов ишемической болезни сердца, стабилизации состояния пациента, а также уменьшает проявление сердечной недостаточности и улучшает качество жизни.

СВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА С ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Жалилов А.О., Абдуллаев А.Х.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучение распространенности факторов риска (ФР) и их влияния на степень поражения коронарных артерий у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. Обследованы 133 пациента с диагнозом ОКС, находившихся на лечении в отделении неотложной кардиологии Наманганского филиала РНЦЭМП. В регистрационную форму вносилась общая информация о пациенте: социально-демографический статус, антропометрические данные, наличие документированных ФР ОКС, сопутствующие заболевания, данные селективной коронароангиографии. Учитывались локализация, протяженность и выраженность атеросклеротического поражения коронарного русла.

Результаты. Больные были в возрасте от 35 до 75 лет (средний возраст 53,8±9,0 года), мужчин было 120 (90,2%), женщин - 13 (9,8%). ОКС с подъемом сегмента ST отмечался у 41,4%, без подъема - у 58,6% больных. Инфаркт миокарда в анамнезе был у 50 (37,6%) больных. Из сопутствующих заболеваний у 83 (62,4%) обследованных наблюдалась гипертоническая болезнь, 56 (42,1%) имели ожирение, 18 (13,5%) страдали сахарным диабетом. Уровень общего холестерина (ОХ) был повышен у 68 (51,1%) больных. По данным коронароангиографии у всех больных с ОКС имелось гемодинамически значимое поражение коронарного русла: однососудистое поражение у 24 (18,1%), двухсосудистое – у 49 (36,8%) и трехсосудистое – у 60 (45,1%) больных. При изучении взаимосвязи между ФР и степенью поражения коронарных артерий была получена достоверная корреляционная зависимость с уровнем ОХ (p<0,002), артериальной гипертензией, сахарным диабетом, возрастом, а также их сочетанием. Степень поражения коронарного русла не зависела от наличия у больных ожирения.

Заключение. У больных с ОКС выявлена высокая распространенность ФР. Число атеросклеротическии пораженных коронарных артерий увеличивается с возрастом и зависит от наличия таких весомых ФР, как гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия и сахарный диабет, а их сочетание ассоциируется с многососудистым поражением коронарных артерий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ БЛОКАДАХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Жалилов А.О., Абдуллаев А.Х.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучение эффективности и сроков имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС) при атриовентрикулярных блокадах у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материал и методы. У 52 больных с острым инфарктом миокарда, осложненным атриовентрикулярной (АВ) блокадой II-III степени, изучалась динамика АВ-проведения, уточнялись сроки и показания к имплантации кардиостимулятора. Мужчины составили 57,6%, женщины - 42,4%. Средний возраст больных 62,7±10,8 года (32–85 лет). В качестве постоянного ЭКС использован мультипрограммированный однокамерный ЭКС-511 в VVI режиме.

Результаты. У 12 (23,1%) больных выявлен ОИМ передней, у 40 (76,9%) – задней локализации. У 32 (61,5%) больных диагностирован синдром Морганьи-Адамса-Стокса (МАС) с приступами синкопе. 19 (36,5%) больным проведен временный трансвенозный ЭКС. Учитывая стойкость АВ-блокады и наличие синдрома МАС 32 (61,5%) больным в сроки от 12 часов до 10 суток от начала ОИМ была проведена имплантация постоянной ЭКС. У 8 больных с временным ЭКСом из-за сохранившегося АВ-блокады был имплантирован постоянный ЭКС. У 12 больных АВ-блокада прошла после консервативной терапии .

Летальный исход наступил у 3 (7,5%) больных с постоянной ЭКС и у 4 (21,5%) больных с временным ЭКС вследствие отека легких и тромбоэмболии легочной артерии.

Заключение. Раннее применение имплантационного ЭКС наиболее эффективно у больных с ОИМ, осложненным постоянной АВ-блокадой. При преходящих АВ-блокадах II-III степени, осложнивших течение инфаркта миокарда, имплантация ЭКС является профилактической.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА ПО ДАННЫМ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Жалилов А.О., Неъматуллаев А.А., Абдуллаев А.Х.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Прогнозирование течения заболевания и состояния пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в зависимости от объема поражения коронарного русла по данным коронороангиографии (КАГ).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов коронороангиографии у 93 пациентов с ОКС, на основании которых выделено 3 группы. 1-ая группа – 40 пациентов с поражением ствола ЛКА или гемодинамически значимым трехсосудистым поражением; 2-ая группа – 38 пациентов с гемодинамически значимым поражением одной или двух коронарных артерий; 3-ая группа – 15 пациентов с гемодинамически незначимым поражением или отсутствием патологии коронарных артерий.

Результаты. Пациенты с незначимым поражением коронарного русла (3-я группа) были моложе, имели меньше сопутствующих заболеваний. У них достоверно реже регистрировалась артериальная гипертензия, сахарный диабет и дислипидемия, но при этом они чаще указывали на анамнез стенокардии, чем больные 1-й и 2-й групп. Длительность пребывания в отделении реанимации наибольшей была у пациентов 1-й группы – 3,8±1,7 дня, в то время как у остальных пациентов этот показатель не различался (2,8±1,6 и 2,4±1,9 дня соответственно). В период госпитализации наиболее неблагоприятный прогноз был при наличии поражения ствола ЛКА или трехсосудистого поражения. Госпитальная летальность в этой группе составила 2,15%, в то время как у пациентов 2-й группы данный показатель был менее 1,07% ($p < 0,01$), а при отсутствии гемодинамически значимого поражения коронарного русла летальных исходов не зафиксировано. В течение 6 месяцев после выписки из стационара итоговая выживаемость пациентов без развития мозгового инсульта или инфаркта миокарда составила 87,5% в 1-й группе, 94,8% - во 2-й группе и 100% – в 3-й.

Выводы. При комплексной оценке прогноза у пациентов с ОКС наличие гемодинамически значимых стенозов трех коронарных артерий по данным КАГ, а также поражение ствола ЛКА являлось предиктором развития больших сердечнососудистых заболеваний (кардиальная смерть, мозговой инсульт и инфаркт миокарда). В то же время прогноз пациентов с нормальными результатами КАГ был сопоставим с результатами больных, имевших одно- или двухсосудистое поражение коронарных артерий.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА НЕЙРОКС В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Жураев С.Г., Хушвактов А.И., Тураев Б.Г., Алиев А.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности терапии препаратом нейрокс в остром периоде ОНМК.Среди существующих антиоксидантов наиболее эффективными оказались препараты янтарной кислоты, в частности, этилметилгидрооксипиридинсукцинат (ЭМГПС). Фармацевтическая компания «Сотэкс» (Россия) выпускает данный препарат под названием нейрокс. Нейрокс при ОНМК применяется внутривенно капельно по 300 мг 1 раз в сутки в течение первых 10 дней. По разным данным, в результате проведенного лечения наблюдается положительная динамика неврологического статуса: прогрессивно уменьшается выраженность нарушений сознания, наблюдается регресс двигательных, речевых, чувствительных расстройств, нарушений высших корковых функций. Темп и полнота регресса неврологического дефицита достоверно превосходили соответствующие показатели в группе сравнения.Максимальный эффект наблюдался при одновременном проведении нейрореанимационных мероприятий.Необходимо помнить, что у больных с ОНМК в остром периоде раннее лечение антиоксидантами значимо улучшает качество жизни и позволяет предотвратить прогрессирование функционально-морфологических церебральных расстройств. Ранняя терапия антиоксидантами в настоящее время рассматривается как реальный патогенетически обусловленный метод коррекции церебрального метаболизма при ОНМК .

Материал и методы. Под наблюдением в отделении неврологии и реанимации Кашкадаринского филиала РНЦЭМП в течение 6 месяцев находились 60 пациентов с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт мозга в возрасте от 50 до 70 лет (средний возраст 72,7±3,4 года). Сроки перенесенного инсульта – от 1 до 10 дней. Диагноз ОНМК верифицировали на основании данных клинико-неврологического осмотра и результатов нейровизуализационных методик (компьютерная томография головного мозга).Все пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту.30 больных основной группы дополнительно к базовой терапии принимали нейрокс ежедневно в дозе 5 мл 1 раза в сутки на протяжении 10 дней. 30 пациентов контрольной группы получали только базовую терапию. Среди больных, принимавших Нейрокс ,у 25 была артериальная гипертензия, у 10 – ишемическая болезнь сердца,у 2 – мерцательная аритмия, у 3 – сахарный диабет. В контрольной группе у 23 пациентов была артериальная гипертензия, у 8 – ишемическая болезнь сердца,у 1–мерцательная аритмия,у 2–сахарный диабет. У всех пациентов проводилась оценка неврологического дефицита до и на 5 и 10 день лечения. Для объективизации показателей неврологического дефицита и нарушения сознания использовались шкала Глазго и шкала инсультов национальных институтов здравоохранения – NIHHS.

Результаты. У пациентов,получавших нейрокс, уже на 5 сутки достоверно проясняется уровень сознания и регрессирует неврологический дефицит.К 10 суткам эта положительная динамика становится более отчётливой, межгрупповые различия сохраняются. У больных увеличивалась сила в конечностях, улучшалась речь. Динамика клинических показателей у больных, получавших нейрокс, достоверно подтверждалась показателями шкалы NIHHS.

Вывод. Применение препарата нейрокс способствует функциональному восстановлению, регрессу речевых нарушений, уменьшает сопутствующие эмоционально-аффективные рассматривался, оказывает антиоксидантный эффект, значительно повышает качество жизни пациентов. Будучи компонентом естественных метаболических процессов в организме Нейрокс отличается хорошей переносимостью и клинической безопасностью. Благодаря своей терапевтической эффективности, и отсутствию побочного действия нейрокс применяется во многих странах для лечения ишемического инсульта. Можно утверждать, что использование препарата нейрокс патогенетически обоснованно у пациентов в остром периоде ишемического инсульта.

ПРИМЕНЕНИЯ УРАПИДИЛА (ЭБРАНТИЛ) В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Зайниев. Б.М.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Оценка эффективности применения α-адреноблокатора урапидила (Эбрантил, Nycomed) при гипертоническом кризе, осложненным острой левожелудочковой недостаточностью.

Материал и методы. Под наблюдением были 49 больных обоего пола, поступивших в отделение реанимации с гипертоническим кризом, осложненным острой левожелудочковой недостаточностью (сердечная астма,отек легких).Больные были разделены на две группы: 24 пациента 1-й группы получали стандартную терапию (кислород, фуросемид, морфин и нитроглицерин в инъекционной форме). 25 больным 2-й группы проводилась стандартная терапия, но в место традиционного нитроглицерина использовали урапидил (Эбрантил, Nycomed).

Результаты. При поступлении уровни АД, лактата в сыворотке крови и сдвиг буферных оснований (BE) были значительно ниже у больных, получавших ура-

пидил. Так, уровень САД был равен соответственно 156±30 и 178±33 мм рт.ст. (p=0,0002), ДАД – 83±17 и 94±19 мм рт.ст. (p=0,001) содержание лактата в сыворотке венозной крови – 2,2±1,6 и 3,9±2,7 ммоль/л (p=0,0001), BE – 1,8±3,9 и 4,3±1,7 (p=0,0005). Достоверно отличались в группе использования урапидила. Уровень PO_2 и pH крови были значительно выше у больных, получавших урапидил: PO_2 соответственно 76±24 и 65±18 мм рт.ст. (p=0,036), pH – 7,33±0,08 и 7,29±0,09 (p=0,042). Через 6 часов различий между двумя группами не наблюдалось. При снижении АД и стабилизации работы сердца на фоне лечения эбрантилом регистрировалась положительная динамика клинической картины заболевания, проявившаяся в уменьшении одышки, количества влажных хрипов в легких и частоты дыхания. Отмеченная динамика подтверждалась результатами оценки кислородного обеспечения организма — уровень pO_2 артериальной крови начал повышаться с 78% при масочной подаче кислорода и достиг уровня адекватной оксигенации крови в фазе быстрого введения препарата (до уровня pO_2 90%) с последующим улучшением (достижение 97%) при стабилизации гемодинамики.

Выводы. Более выраженное снижение АД в группе больных, принимавших урапидил (Эбрантил), связано с улучшением респираторного и метаболического статуса. Следовательно, урапидил является достойной альтернативой нитроглицерину при лечении пациентов с гипертоническим кризом, осложненным отеком легких.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭНТРОПИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Закиева М.В., Исаметдинова З.С., Назарова З.Ш., Рофеев М.Ш.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Одним из важных показателей ритмической активности мышцы сердца является энтропия сердечного ритма (ЭСР), отражающая меру дезорганизации, меру ригидности сердечно-сосудистой системы и её регулирующих систем.

Цель исследования. Определение клинического значения ЭСР у больных с инфарктом миокарда.

Энтропия сердечного ритма – весьма тонкий показатель, характеризующий состояние сердечно-сосудистой системы. Само слово энтропия – понятие статической механики, отражает меру разнообразия. Установлено, что интервал между отдельными сердечными сокращениями (интервалы R-R) никогда не бывают абсолютно одинаковыми. Чем хуже функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, тем однообразнее ритм сердца.

Нами проведено изучение динамики энтропии сердечного ритма у 47 больных с трансмуральный инфарктом миокарде в возрасте от 40 до 60 лет. Ритмограммы длиной 100 интервалов R-R записывались в утренние часы на 2-, 15-, 30-й дни болезни.

Всем больным при поступлении в клинику рассчитывался индекс У, позволяющий объективно оценивать тяжесть заболевания. При У более 75 прогнозируется неблагоприятное течение инфаркта миокарда.

Среди общего числа 38 человек было с благоприятным прогнозом (У<74), 9 – с неблагоприятным прогнозом (У>75).

Полученные данные показали, что в динамике заболевания энтропия сердечного ритма у больных инфарктом с благоприятным прогнозом увеличивается (2,58 ± 0,13 бит), а с тяжелым течением заболевания остается низкой (1,90 ± 0,40 бит).

Особо следует отметить, что уменьшение энтропии нередко предшествует изменению состояния больного и является своеобразным предвестником, по которому можно судить об изменение течения заболевания в ближайшие дни.

Таким образом, проведенные исследования показали, что энтропия ритма – весьма тонкий показатель, характеризующий состояние сердечно-сосудистой системы.

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

Захидов А.Я., Сатаров Х.И., Саломов У.С., Шохасанов У.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Совершенствование методов интенсивной терапии в острейшем периоде мозгового инсульта (МИ), являющимся кульминационным периодом болезни, является одной из актуальных проблем. Развитие критических состояний в этом периоде заболевания определяется, прежде всего, нарушением функции ЦНС. Вместе с тем, деструктивно-функциональные изменения в головном мозге, возникающие при МИ, нередко приводят к возникновению полиорганной недостаточности с развитием осложнений со стороны внутренних органов и систем, что является одним из предопределяющих моментов течения и исхода основного заболевания. Неизбежность целостной реакции организма при инсульте очевидна, однако центральное место в интенсивной терапии при этом занимают осложнения со стороны жизненно важных органов и систем и, прежде всего, дыхательной системы.

На основе современных представлений о патогенетических механизмах развития дыхательных нарушений у больных с МИ в настоящее время разработаны основные принципы респираторной поддержки при ОДН, которые, прежде всего, предусматривают обеспечение проходимости дыхательных путей и адекватную оксигенацию крови. У пациентов с проявле-

ниями глоссофаринголарингеального пареза (ГФЛП) причиной развития гипоксических состояний является аспирационно-обтурационный синдром, что диктует необходимость «протезирования» дыхательных путей, т.е. восстановления их проходимости, путем интубации трахеи или ранней трахеостомии.

Несмотря на то, что в настоящее время трахеостомия прочна вошла в повседневную реанимационно-анестезиологическую практику, до настоящего времени нет безопасного метода трахеостомии, специалисты спорят о сроках перехода на ИВЛ через трахеостомическую трубку, об оптимальных конструктивных особенностях современных трахеостомических трубок, что связано с высокой частотой осложнений при традиционной трахеостомии. Интраоперационные и послеоперационные осложнения после традиционной трахеостомии, по данным отечественных и зарубежных авторов, составляют от 5 до 67%. В связи с вышеизложенным весьма перспективным представляется внедрение в клиническую практику методики чрескожной дилатационной трахеостомии (ЧДТ). По данным большинства авторов, методика ЧДТ безопасна и имеет низкий процент осложнений. Данная методика впервые описана в 1990 г. W.M. Griggs. Дилатирующим инструментом при ЧДТ является модифицированный зажим Ховарда-Келли с внутренним каналом для проводника. Проводник используется не только для введения зажима, но и для установки трахеотомической трубки. Набор, основанный на этой методике, с 1994 г. производится фирмой «СИМС Портекс» (Великобритания).

В 2003–2013 гг. в отделении терапевтической реанимации РНЦЭМП ЧДТ по методике Griggs установлена более чем 700 больным с МИ, которые находились на пролонгированной ИВЛ в связи ОДН и с выраженными проявлениями бульбарного или псевдобульбарного глоссофаринголарингеального пареза с нарушением дренажной функции легких. Для ЧДТ использовали набор фирмы “SIMS Portex Ltd” (Великобритания).

ЧДТ осуществлена следующим образом. В проекции промежутка между I и II либо II и III кольцами трахеи проводили горизонтальный разрез кожи длиной 1-1,5 см. В зоне разреза иглой-канюлей со шприцем, заполненным жидкостью, пунктировали трахею, с последующей верификацией попадания иглы в трахею по появлению воздуха в шприце. Затем через канюлю в трахею вводили проводник. По проводнику бужировали отверстие в трахее. Через проводник с помощью расширителя Ховарда-Келли дилатировали отверстие в трахее. Затем по проводнику в трахею устанавливали трахеостомическую трубку.

С целью уточнения безопасности и преимуществ ЧДТ перед традиционной трахеостомией проведен анализ различных интра- и послеоперационных осложнений при ЧДТ. Небольшие кровотечения из мелких сосудов при выполнении ЧДТ возникли у 70 (10,0%) больных. Эти кровотечения не представляли опасности и достаточно быстро ликвидированы. У 105 (15%) больных развились воспалительные изменения в области трахеостомической трубки. Трахеопищеводные свищи сформировались у 10 (1,4%) больных. Следует особо отметить низкий процент такого достаточно частого при традиционной трахеостомии осложнения, как пострахеостомический стеноз трахеи, который развился лишь у 7 (1%) больных, что было связано с развитием язвенно-некротического трахеита в области надувной манжетки.

Таким образом, методика чрескожной дилатационной трахеостомии малоинвазивна, менее травматична и достаточно безопасна. Накопленный опыт позволяет рекомендовать чрескожную дилатационную трахеостомию в качестве альтернативы традиционной трахеостомии.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Захидов А.Я., Мубараков Ш.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования. Сравнительный анализ эффективности системного и интраартериального тромболизиса при остром ишемическом инсульте.

Материал и методы. Обследовано 82 больных с ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии (СМА). Больные доставлены в клинику в пределах «терапевтического окна», т.е. в пределах 3-6 часов от момента появления первых симптомов инсульта. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа - 22 пациента, которым проведена ИАТТ стрептокиназой, 2-я группа – 11 пациентов, которые получали актилизе.

При поступлении больным проводили КТ головного мозга, эхокардиографию (ЭхоКГ), дуплексное сканирование (ДС) магистральных артерий головы, а также транскраниальную допплерографию (ТКДГ). Компьютерная томография проводилась на аппарате СТ “AURA” 2002 фирмы philips с пошаговым интервалом 5мм, а также на мультислайсной компьютерном томографе Brilliance фирмы Philips.

Результаты. У больных группы с ИАТТ отмечалось улучшение в неврологическом статусе при оценке средних баллов по шкале NIHSS на 46,9% (с 14,7 до 7,8 балла; p<0,001), по модифицированной шкале Ренкина на 43,8% (с 4,36 до 2,45 балла; p<0,001). При оценке уровня сознании по шкале Glasgow также отмечается тенденция к улучшению на 16,6% (с 11,45 до 13,27 балла; p<0,05). У 72,7%, наблюдалось полное и частичное восстановление неврологического дефицита. Геморрагическая трансформация имела место у 4 (18,1%) больных, причем только у 1 (4,5%) из них развилась симптомная геморрагическая трансформация, повлекшая за собой ухудшение состояния. У остальных 3 (13,6%) больных геморрагическая трансформация носила характер асимптомной, сопровождалась регрессом неврологического дефицита и расценивалась как маркер адекватной реканализации. Летальность в данной группе составила 13,6% (3 пациента). У 2 больных основной причиной смерти явился нарастающий отек головного мозга, дислокационный синдром, развившийся вследствие обширного ишемического очага, а также присоединение

вторичной застойной пневмонии.

При проведении СТТ препаратом актилизе наблюдалось улучшение в неврологическом статусе при оценке средних баллов по шкале NIHSS на 44,5% (с 16,4 до 9,1 балла; p<0,01), по модифицированной шкале Ренкина на 40,4% (с 4,7 до 2,8 балла; p<0,001), при оценке уровня сознании по шкале Glasgow также отмечается тенденция к улучшению на 30,4% (с 10,5 до 13,7 балла; p<0,05). Степень реканализации составила 63,6%. Геморрагическая трансформация имела место у 1 (9%) пациента – асимптомная геморрагическая трансформация, сопровождавшаяся регрессом неврологического дефицита и расцененная как результат адекватной реканализации. Летальность в данной группе составила 9% (1 пациент). Причиной смерти явился нарастающий отек головного мозга, дислокационный синдром, развившийся вследствие обширного ишемического очага, а также присоединение вторичной застойной пневмонии.

Анализ полученных результатов показал, что в группе больных, получавших СТ, степень реканализации была выше, чем в группе СТТ: 72,76% и 63,6%.

При анализе результатов лечения видно, что по шкале Glasgow среднеарифметические показатели не сильно отличались (13,3 – ИАТТ, против 13,7 – СТТ). При анализе результатов по шкале NIHSS лучшие результаты отмечаются после применения ИАТТ (7,8 – ИАТТ, против 9,1 – СТТ; p<0,05). При сравнительном анализе по шкале Rankin лучшие результаты также наблюдаются после применения ИАТТ (2,45 – ИАТТ, против 2,8 – СТТ; p<0,05)

Симптомные геморрагические трансформации составили 4,5% в группе ИАТТ против 0% в группе СТТ, асимптомные геморрагические трансформации 13,6 (3 пациента) 9,0%; летальность 13,6 и 9%. Число пациентов, балл по модифицированной шкале Ренкина которых входил в диапазон от 0 до 2 баллов, в группе ИАТТ составил 63,6%, в группе СТТ – 54,5%.

Таким образом, несмотря на относительно высокие показатели смертности и симптомной геморрагической трансформации в группе с интраартериальным введением стрептокиназы по сравнению с системным введением актилизе в целом выявляется более высокая степень реканализации и больший процент пациентов с регрессом невролгического дефицита при оценке по шкалам Ренкина (2,45 – ИАТТ, 2,8 – СТТ) и NIHSS (7,8 – ИАТТ, 9,1 – СТТ), а также отмечается меньший процент инвалидизации.

ПОЭТАПНАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МОЗГОВОМ ИНСУЛЬТЕ

Захидов А.Я., Сатаров Х.И., Шохасанов У.Х., Саломов У.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Современная концепция развития критических состояний при мозговом инсульте (МИ) предусматривает наличие первичных и вторичных факторов повреждения головного мозга. Факторами первичного повреждения головного мозга являются непосредственно кровоизлияние или острая ишемия мозговых структур. Факторы вторичного повреждения головного мозга – экстра- и интрацеребральные. К экстрацеребральным факторам относятся гипоксемия, артериальная гипотензия, гипертермия и др. Интрацеребральные факторы – внутричерепная гипертензия, церебральный ангиоспазм, дислокационный синдром и др. Однако центральное место в интенсивной терапии МИ занимает устранение экстрацеребральных факторов, в частности острой гипоксемии, развившейся в результате дыхательных нарушений. Именно дыхательные нарушения становятся одной из главных причин резкого усугубления состояния или летального исхода большинства больных с МИ. В связи с этим в настоящее время совершенно обосновано формирование особого раздела медицинской практики –- дыхательной нейрореаниматологии, цель которой – совершенствование респираторной терапии при острой дыхательной недостаточности (ОДН) у больных с различными поражениями, в частности с МИ.

В отделении терапевтической реанимации РНЦЭМП разработан комплекс поэтапной респираторной поддержки при ОДН у больных с МИ. Поэтапная респираторная поддержка у больных с МИ включает следующее:

– при наличии у больных начальных форм ОДН проводится неинвазивная вентиляция легких (НВЛ), которая осуществляется масочным методом с помощью современных вентиляторов (Savina или Evita фирмы Drager Medical);

– при неэффективности и наличии у больных нарушений дыхания дисрегуляторного характера с признаками глоссофаринго-ларингеального пареза осуществляется протезирование дыхательных путей – ранняя интубация трахеи или трахеостомия, что позволить восстановить проходимости дыхательных путей и осуществлять адекватную санацию трахеобронхиального дерева. По показаниям больные переводятся на вспомогательные режимы вентиляции(SIMV или CPAP);

– при первичном или вторичном вовлечении в патологический процесс медуллярного дыхательного центра с развитием гиповентиляционного синдрома больных переводят на ИВЛ в принудительный режим IPPV под медикаментозным подавлением самостоятельного дыхания, подбирая параметры вентиляции с учетом анатомо-физиологических особенностей и сопутствующей патологии;

– при улучшении состояния и появлении самостоятельного дыхания больные переводятся на вспомогательный режим вентиляции SIMV, подходя к каждому больному индивидуально. При появлении адекватного самостоятельного дыхания больные переводятся на режим вентиляции CPAP, и после определенного адаптационного этапа осуществляется экстубация с переводом на самостоятельное дыхание;

– В тяжелых случаях МИ с вовлечением в патологический процесс стволовых структур, когда необходимым представляется пролонгированная ИВЛ, устанавливается ранняя трахеостомия, и ИВЛ осуществляется

через трахеостомическую трубку.

Следует отметить, что с внедрением в медицинскую практику современных дыхательных аппаратов и увеличением числа больных, нуждающихся в пролонгированной ИВЛ, в последнее время расширились показания к наложению трахеостомии при ОНМК. Учитывая различные осложнения традиционной трахеостомии, в отделении терапевтической реанимации РНЦЭМП в клиническую практику внедрена ранняя чрескожная дилатационная трахеостомия с набором фирмы SIMS PORTEX Ltd (Великобритания) больным, нуждающимся в пролонгированной ИВЛ. В 2003–2012 гг. в отделении терапевтической реанимации РНЦЭМП ранняя перкутанная трахеостомия была установлена более чем у 700 больных с МИ.

В целом внедрение в клиническую практику разработанного комплекса поэтапной респираторной поддержки при ОДН у больных с мозговым инсультом позволило значительно улучшить течение и исход заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Захидов А.Я.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Достигнутые в 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 медикаментозной или хирургической реканализации окклюзированного сосуда (Wardlaw J. M., 1996; Скворцова В. И., 2006). В настоящее время имеется три пути реканализации окклюзированного сосуда: 1) тромболитическая терапия; 2) эндартерэктомия и тромбэктомия; 3) ангиопластика и стентирование.

Согласно последним рекомендациям Европейской инициативной группы по проблеме инсульта (UESI) и Американской инсультной ассоциации, одним из перспективных методов ранней реканализации при ИИ является тромболитическая терапия (ТЛТ), проводимая в период «терапевтического окна». Имеются результаты многочисленных мультицентровых исследований, результаты которых показали эффективность и безопасность ТЛТ при ИИ, что явилось основанием для широкого применения этого метода.

В условиях РНЦЭМП ТЛТ в условиях «терапевтического окна» проведена 50 больным с ишемическим инсультом. Причем 27 больным осуществлена системная тромболитическая терапия, 23 – интра-артериальная тромболитическая терапия. Предварительный анализ полученных результатов свидетельствуют о том, что тромболитическая терапия, проводимая в условиях терапевтического окна, является эффективной и безопасной. Степень реканализации при системной тромболитической терапии составила 57,1%, при интра-артериальной тромболитической терапии – 72,5%, что указывает на преимущества интра-артериального способа.

Хирургическим методом реканализации является каротидная эндартерэктомия (КЭ), которая прочна вошла в клиническую практику в качестве стандартного метода первичной или вторичной профилактики ИИ при окклюзионно-стенотических поражениях сонных артерий (Humphrey P., Moore W.S., 2000; Покровский А.В., 2003, 2004). Вместе с тем, до настоящего времени специалисты не пришли к общему консенсусу, относительно срока выполнения операций. Общепринятым является осуществление КЭ по истечению острого периода ИИ. Вместе с тем, по мнению ряда авторов, существует контингент больных, которые нуждаются в проведении КЭ по экстренным и неотложным показаниям. Существует четыре клинических сценария, при которых целесообразно выполнение КЭ по экстренным или неотложным показаниям: инсульт в ходу, нарастающие ТИА, персистирующая прогрессия инсульта и тяжелый неврологический дефицит, вызванный острой окклюзией сонной артерии, а также в ряде других случаев (флотирующий тромб или атерома по данным ангиографического исследования).

В условиях РНЦЭМП КЭ по экстренным и неотложным показаниям осуществлена у 65 больных, в том числе у 49 (64,6 %) с малым ИИ, у 5 (10,8%) – с «инсультом в ходу» или персистирующей прогрессией инсульта, у 6 (18,5%) – с частыми ТИА, у 5 (6,2%) с флотирующим тромбом. 42 больным (64,%) произведена классическая КЭ с закрытием артериотомического отверстия заплатой из протеза Vascutek, 23(35,4%)– эверсионная КЭ. Время от начала ишемических расстройств до проведения операции составило от 2 до 18 суток. В послеоперационном периоде регресс неврологического дефицита в течение 2–3 суток наблюдался у 48 (73,8%%) пациентов, причем у 36(55,4%) из них неврологические функции полностью восстановились. Лучшие клинически значимые результаты получены при проведении оперативного лечения на этапах обратимых ишемических неврологических нарушений (ТИА, «малый инсульт»).

В настоящее время одним из перспективных методов реканализации при стенотических поражениях магистральных артерий головы является баллонная ангиопластика и стентирование. Результаты проведенных крупных исследований, сравнивающих стентирование ВСА с «золотым стандартом» хирургического лечения– КЭ, показали отсутствие различий эффективности КЭ и стентирования, что явилось основанием для широкого применения стентирования магистральных артерий головы во многих нейрососудистых центрах мира в качестве первичной или вторичной профилактики ИИ. Вместе с тем, как и КЭ, проведение стентирования в остром периоде ИИ продолжает дискутироваться (Henry M., Amor M., 2000; Reimers B., Cernetti C., 2002).

В условиях РНЦЭМП ангиопластика и стентирование при окклюзионно-стенотических поражениях магистральных артерий головы осуществлена 4 больным по экстренным и неотложным показаниям, у 2 выполнено стентирование внутренней сонной артерии, у 2–

позвоночной артерии. Предварительные результаты анализа этих случаев свидетельствуют о том, что в отдельных случаях баллонная ангиопластика и стентирование могут быть альтернативой КЭ.

В целом первый опыт медикаментозной или хирургической реканализации при окклюзионно-стенотических поражениях магистральных артерий головы в остром периоде ИИ с применением тромболитической терапии, КЭ, а также баллонной ангиопластики и стентирования свидетельствует об эффективности и безопасности реперфузионной терапии по экстренным и неотложным показаниям.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Зияев О.Х., Баратова Д.Т., Мансуров Н.Н., Юлдашев С.У.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Бронхообструктивный синдром (БОС) у детей не будучи самостоятельной нозологической формой может быть проявлением многих патологических состояний. Острые респираторные инфекции (ОРИ) – самые распространенные причины развития бронхиальной обструкции у детей раннего возраста (Зайцева О.В., 2001; Faroogi I.S., Hopkin J., 1998). БОС у детей с ОРИ протекает, как правило, в виде острого обструктивного бронхита, а в раннем возрасте – острого бронхиолита. В патогенезе БОС при ОРИ основное значение имеют воспалительная инфильтрация слизистой оболочки бронхов, ее отек, гиперсекреция вязкой слизи и бронхоспазм, обусловленный гиперреактивностью бронхов воспалительного характера.

Материал и методы. Все 53 ребенка с БОС нуждались в комплексном обследовании с целью установления заболевания, послужившего причиной развития БОС, и своевременного проведения терапии. Возраст больных — от месяца жизни до 7 лет. Острая инфекция верхних отделов респираторного тракта установлена у 73,5 % детей, острый бронхит – у 26,4%, в том числе с бронхиальной обструкцией – у ¼, бронхиолит – у 1,8% пациентов. Терапии БОС при ОРИ включала мероприятия по улучшению дренажной функции бронхов, восстановлению адекватного мукоцилиарного клиренса, бронхолитические и противовоспалительные средства. Тяжелое течение приступа бронхообструкции потребовало проведения оксигенотерапии, а у 5,6% детей – искусственной вентиляции легких.

Улучшение дренажной функции бронхов достигалось активной оральной регидратацией, назначением отхаркивающих и муколитических препаратов, массажем, постуральным дренажем, дыхательной гимнастикой.

Результаты и обсуждение. У детей с бронхообструкцией при наличии малопродуктивного кашля с вязкой мокротой сочетали ингаляционный (через небулайзер) и пероральный пути введения муколитиков – амброксола (амбробене). Пациентам с БОС исключали противокашлевые препараты. Назначение комбинированных препаратов, содержащих эфедрин (бронхолитин, солутан), применяли только в редких случаях гиперпродукции обильного жидкого бронхиального секрета, так как эфедрин обладает выраженным «подсушивающим» эффектом. В качестве бронхолитической терапии у детей с БОС инфекционного генеза использовали b_2-агонисты короткого действия (сальбутамол). При ингаляционном применении через 5–10 мин наступал бронходилатирующий эффект, их назначали 3–4 раза в сутки.

Применение антигистаминных препаратов 1 поколения (димедрол, хлоропирамин и др.) у детей с БОС ограничили, так как, воздействуя на М-холинорецепторы, они обладают выраженным «подсушивающим» действием, что не оправдано при наличии у больных густого и вязкого бронхиального секрета. У детей старше года назначали препараты 2 поколения (лоратадин), не влияющих на вязкость мокроты, что предпочтительнее при наличии бронхообструкции.

В патогенезе ОРИ имеет место развитие воспаления как реакция на воздействие инфекционных агентов, что определяет тяжесть и прогноз ОРИ, в том числе характер течения бронхиальной обструкции. Тяжелое течение БОС с развитием ДН II ст. у 28,3% больных острым обструктивным бронхитом или бронхиолитом потребовало назначения кортикостероидов (КС). 16,9% из них проводилось ингаляционное (через небулайзер) введение КС, в среднем, 5–7 дней.

Рациональной стратегией лечения ОРИ является сочетание местной антибактериальной, противовоспалительной и противовирусной терапии. Наличие клинических признаков бронхита вирусно-бактериальной этиологии послужило основанием для назначения системной антибактериальной терапии на 3–5 день болезни только у 54,7% больных. Назначение противовирусных препаратов в первые дни ОРИ уменьшило длительность заболевания, позволило предупредить распространение воспалительного процесса в нижние отделы респираторного тракта, снизило вероятность развития обострения вторичных очагов инфекции, уменьшило необходимость применения системных антибиотиков.

Заключение. ОРИ у детей всегда протекают с реакцией воспаления в ответ на вирусную или микст-вирусно-бактериальную агрессию. Своевременное и рациональное назначение патогенетической терапии детям с ОРИ, в том числе с острым обструктивным бронхитом, обеспечивает контроль над клиническими проявлениями респираторной инфекции, способствует профилактике и лечению БОС, уменьшает вероятность развития осложнений заболевания.

ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Ибрагимов И.С., Хайдарова А.Ю., Карпина Л.С.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Причиной развития острого коронарного синдрома является внезапное и стойкое нарушение коронарного кровотока, которое развивается в результате окклюзии крупной коронарной артерии (КА) или ее ветви. Внезапная окклюзия КА приводит к ишемии миокарда в зоне коронарного русла. В ишемизированном миокарде могут развиться необратимые изменения, некроз кардиомиоцитов, в результате чего происходит трансформация ОКС в острый инфаркт миокарда.

Состояние больных с ОКС требует раннего начала терапии. Основная задача заключается в реперфузии зоны ишемии, защите поврежденного миокард от развития необратимого повреждения и расширения зоны ишемии.

Боль необходимо купировать как можно быстрее. Это приоритетная задача, так как наличие боли увеличивает тревожность, повышает активность симпатической нервной системы и в итоге способствует усилению ишемии миокарда, развитию рефлекторного кардиогенного шока. Следовательно, обезболивание необходимо обеспечить как можно быстрее. Приоритетным является использование морфина 2–4 мг до общей дозы 8 мг, причём вводить его следует внутривенно дробно. Дозу подбирают таким образом, чтобы достичь полного обезболивающего эффекта. Морфин уменьшает преднагрузку, постнагрузку, снижает потребность миокарда в кислороде, уменьшает чувство тревоги и беспокойства, уменьшая уровень катехоламинов в крови. Применяют также ненаркотические анальгетики. Применение на догоспитальном этапе аспирина, существенно улучшает прогноз у больных с предполагаемым ОКС. Показана эффективность раннего использования аспирина для снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Таким образом, всем больным с острыми коронарными синдромами при отсутствии противопоказаний следует назначать аспирин (в дозе от 150 до 300 мг). Антитромбоцитарный эффект достигается в течение 30 мин, поэтому назначение этого препарата не следует откладывать до госпитализации.

В настоящее время используется клопидогрель, который назначают на догоспитальном этапе в нагрузочной дозе 300 мг в сочетании с аспирином или при его непереносимости. Применение нитратов (нитроглицерин, принятый сублингвально) на догоспитальном этапе даёт быстрое уменьшение пренагрузки. Этот препарат существенно снижает АДсис и АД диас в правых отделах сердца и легочной артерии у больных с ИМ. В основе действия нитратов лежат вазодилатация вен (в большей степени), артерий и артериол за счет их прямого действия на гладкие мышцы сосудистой стенки. Нитроглицерин расширяет артерии эпикарда, усиливает кровоток по коллатералям и уменьшает прденагрузку сердца. Снижение преднагрузки на ПЖ и ЛЖ происходит в результате периферической вазодилатации. В сочетании с уменьшением постнагрузки в результате артериальной дилатации это уменьшает интенсивность работы сердца и снижает потребность миокарда в кислороде, а в конечном итоге уменьшает ишемию. Нитраты также расширяют коллатеральные коронарные сосуды и препятствуют агрегации тромбоцитов.

Таким образом, основными принципами лечения острого коронарного синдрома, которое проводится на догоспитальном этапе, являются:

ликвидация болевого синдрома и создание психического покоя;

воздействие на свертывающую систему и фибринолитическую системы крови для улучшения микроциркуляции и реологии крови: назначение клопидогреля в стартовой дозе 300мг в сочетании с аспирином в дозе от 150 до 300 мг;

применение нитратов (нитроглицерин сублингвально) для достижения быстрого уменьшения преднагрузки и постнагрузки, снижения потребности миокарда в кислороде, уменьшения ишемии.

НОВЫЕ ПРИНЦИПЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В НЕОТЛОЖНОЙ НЕВРОЛОГИИ

Изюмов Д.П., Гафуров Б.Г., Изюмова Г.А., Сиддиков Ш.С., Ярашев Р.С.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Организация экстренной медицинской помощи при критических состояниях в неотложной неврологии и пути её совершенствования являются одной из актуальнейших проблем . Развитие острых нервно-психических расстройств зависит от многих факторов: характеристики экстремальной ситуации (её интенсивности, внезапности возникновения, продолжительности действия); готовности отдельных людей к деятельности в экстремальных условиях; их психологической устойчивости, а также поддержки окружающих.

Цель. Внедрить в систему неотложной неврологии научно–обоснованные принципы организации специализированной экстренной медицинской помощи при критических состояниях.

Материал и методы. В основу настоящего сообщения положен анализ нервно-психических расстройств, наблюдавшихся у 148 пострадавших во время и после крупных катастроф (взрыва, пожаров, ДТП), поступивших в Хорезмский филиал РНЦЭМП. Из них мужчин было 71 (47,9%), женщин – 5 (38,5%), детей – 20 (13,6%).

Для внедрения научно-обоснованных принципов использовались следующие критерии: 1) наличие специализированных бригад скорой медицинской помощи; 2) анализ всего комплекса спасательных и

медицинских мероприятий; 3) развитие нервно-психических расстройств вследствие внезапно возникшей психотравмирующей ситуации.

Результаты. Тщательная обработка полученных данных дала возможность схематически выделить три периода развития ситуации, в которых наблюдались различные нервно-психические нарушения: 1) острый, характеризующийся внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели близких; 2) формирование состояний психической дезадаптации, при котором психоэмоциональное напряжение сменяется повышенной утомляемостью и «демобилизацией» с астенодепрессивными проявлениями; 3) приобретение актуальности психогеннотравмирующих факторов в связи с изменением жизненного стереотипа, сложной эмоциональной переработкой ситуации, оценкой собственных переживаний и ощущений. В остром периоде аффективно-шоковые состояния наблюдались у 88 (59,5%) пострадавших. Во втором периоде у 51 (34,5%) пострадавшего наблюдались полиморфные невротические расстройства с адаптационными реакциями, а у 9 (6%) – пограничные формы психических расстройств с психосоматическими нарушениями. Специальный обобщенный анализ позволяет проследить динамику возникновения и развития нервно-психических расстройств, зависящих их от этапа внезапно развившейся экстремальной ситуации.

Упрощение структурных подразделений позволит ликвидировать малоэффективные уровни оказания скорой медицинской помощи неврологическим больным. А создание подразделений с элементами специализированной помощи повысит уровень до квалифицированной, что значительно улучшит качество экстренной медицинской помощи при критических состояниях.

Таким образом, собственно медицинские и медико-профилактические мероприятия дали возможность совершенствования учетно-отчетных документов с определением эффективности оказания экстренной медицинской помощи.

Выводы. Внедрение научно-обоснованных принципов полностью соответствует современным тенденциям организации экстренной медицинской помощи, что позволит достичь наибольшей оперативности и повышения эффективности оказываемой помощи при критических состояниях в экстренной неврологии.

ИЗМЕНЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С ОБРАТИМЫМ И НЕОБРАТИМЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ДЕФИЦИТОМ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ

Изюмова Г.А., Ибадуллаев З.Р., Изюмов Д.П., Ярашев Р.С.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель – изучить состояние коронарного русла у больных острым ишемическим инсультом с обратимым и необратимым неврологическим дефицитом.

Материал и методы. Обследовано 48 больных с обратимым (1 группа) и 44 больных (2 группа) с необратимым неврологическим дефицитом. Мужчин было 57, женщин-35.

Результаты. У всех обследованных больных выявлено многососудистое поражение коронарных артерий. У больных 1 группы выявлено поражение основных ветвей, а во 2 группе частота поражений была меньше. Факт требовал детального изучения степени поражений коронарных артерий. Выявлено: в 1 группе - преобладание стенозирующих поражений коронарных артерий более 50%, в частности стенозы передней межжелудочковой ветви – у 77%, стенозы огибающей ветви – у 75%, правой коронарной артерии – у 53%. Во 2 группе – дисфункции-окклюзии. Больший процент гемодинамически значимых поражений выявлен у женщин 1 группы – 41,8%, по сравнению с мужчинами – 13%.

Дистальная локализация поражений и большая длина поражённых участков была обнаружена во 2 группе чаще у женщин-67%. У больных 2 группы наблюдалось резкое ухудшение показателей гемореологии, гемостаза и фибринолиза в острейшем периоде ишемического инсульта.

Выводы. Надеемся, что результаты исследований привлекут внимание врачей в выборе новых путей в стратегии профилактики кардио-цереброваскулярных заболеваний. Проведение своевременной и качественной ранней диагностики с более ранней агрессивной фармакологической терапией приведёт к снижению смертности у лиц молодого возраста.

ОСОБЕННОСТИ МНЕСТИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА У БОЛЬНЫХ С ПОЛУШАРНЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ И ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ В ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ

Изюмова Г.Ю., Ибадуллаев З.Р., Изюмов Д.П., Сиддиков Ш.С., Ярашев Р.С.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Специализация левого и правого полушарий распространяется на эмоциональную сферу, особенности структуры личности и связанные с ними вегетативные проявления. Высшие психические функции между мозговыми полушариями имеют неравномерное распределение.

Материал и методы. В основу работы положены материалы исследования 87 больных с правополушарным ишемическим инсультом. Среди больных было 51 (58,6%) мужчина и 36 (41,4%) женщин. Локализацию, характер поражения мозга устанавливали с помощью клинических, лабораторных, инструментальных (ЭХО-ЭГ, ЭЭГ, КТ) методов исследования, а также на основании динамики патологического процесса. Основным методом исследования памяти являлся экспериментально-психологический, в частности тестирование по шкале MMSE с использованием госпитальной школы тревоги и депрессии. Наряду с количественными по-

казателями памяти изучали способность отобрать нужную информацию. Данные исследования подвергались статистическому и корреляционному анализу.

Результаты. Анализ результатов непосредственного и отсроченного воспроизведения предъявленных заданий позволил выявить различия между больными с правополушарным поражением головного мозга. Так у 29 (33,3%) больных была нарушена ассоциативно-логическая и механическая память. Умеренно-когнитивные нарушения составляющие по шкале MMSE от 17 до 21 балла выявлены у 27 (31%) больных, а у 31 (35,6%) выраженные когнитивные нарушения показали в итоге ниже 15 баллов. Степень тревожных расстройств составил в среднем от 3 до 9 баллов. В ходе исследования была подтверждена связь правого полушария с визуально-пространственной перцепцией. Обнаруженные различия касаются как количественных характеристик воспроизведения, так и качественной структуры дефекта памяти, связанные с различной представленностью корреляционных связей между показателями воспроизведения.

Таким образом, результаты исследования показывают, что латерализация патологического процесса в правом полушарии мозга оказывает влияние на выраженность и некоторые проявления мнестические дефекта у исследуемых больных. И для решения вопроса восстановления нарушенных когнитивных функций в данной группе больных был использован препарат церебролизин в дозе 30,0-50,0 в/в капельно. На 5-7 сутки лечения наблюдалось отчетливое улучшение в показателях памяти, концентрации внимания.

Выводы. Включение церебролизина в комплексную терапию острого периода мозговых инсультов позволяет снизить уровень когнитивных нарушений, повышая тем самым качество жизни больных и снижая процент инвалидизации.

ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

Изюмова Г.А., Ибадуллаев З.Р., Изюмов Д.П., Сиддиков Ш.С., Ярашев Р.С.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Разработка научно обоснованных принципов профилактики нервно-психических расстройств является одной из актуальных проблем современной психоневрологии. Необходимость считывания совокупности факторов, способных определить формирование и развитие невротических сдвигов, требует применения мультивариационной алгоритмической диагностики.

Цель. Провести факторный анализ оценки формирования нервно-психических расстройств при острых мозговых инсультах.

Материал и методы. На основании углубленного клинического обследования 117 больных были разделены на 3 группы: 1) 67 (57,3%) больных с острым ишемическим инсультом, 2) 31 (26,5%) пациентов с повторным мозговым инсультом, 3) 19 (16,2%) лиц с геморрагическим инсультом. Из них мужчин было 77 (65,8%), женщин – 40 (34,2%). Для изучения формирования невротического состояния был проведен анализ 52 признаков, отражающих основную симптоматику нервно-психических расстройств, такие как нарушения аффективной сферы, психической активности, сна, поведения, нарушения мышления, внимания, памяти, патологические тенденции, нарушения сознания, соматоневрологические признаки болезни.

Результаты. В ходе проведенного многомерного математического анализа было выделено 10 факторов, охвативших наиболее информативную симптоматику, отражающую формирование невротического состояния. Анализ полученных данных свидетельствует, что у 43 (36,8%) больных наблюдались нестойкие аффективные нарушения, при этом отмечалось отрицательная корреляция высоких факторных нагрузок. За счет углубления аффективных нарушений у 37 (31,6%) больных возникли тревога и внутреннее напряжение, нарушения психической активности по типу гиперактивности. У 26 (22,2%) больных на фоне тревожно-депрессивного состояния возникли нарушения циркадной функции сон–бодрствование. Эти нарушение не имени высоких факторных нагрузок. Примечательно, что имеющиеся изменения психической активности, соматовегетативные признаки достоверно перекрываются нарастающими аффективными нарушениями ($p<0,001$). У 11 (9,4%) больных наблюдались нарушения психической активности с признаками идеаторной заторможенности, с нарушениями всех периодов сна, которые имели высокие факторные нагрузки. Нередко отмечались соматоневрологические признаки: кардиалгия и цефалгия.

Полученные данные свидетельствуют, что тщательное изучение клинической картины психоневрологических расстройств позволяет сделать их доступными факторному анализу. При этом закономерным является поэтапное развитие синдромов от моно- к полисимптомности. Характер расстройств отражает переход к полиморфизму: расширяется и углубляется сфера аффективных расстройств, которые значимо коррелируют с нарушениями сна, неудовлетворенностью основных потребностей.

Таким образом, результаты исследования показывают, что последовательность развития психоневрологических расстройств проявляется в определенной клинической закономерности, которая имеет адекватную количественную характеристику.

Выводы. Разработка способов компьютерной алгоритмической диагностики ранних этапов формирование психоневрологических расстройств имеет прогностическое значение в лечении и реабилитации постинсультных больных в экстренной неврологии.

СОЦИАЛЬНО- КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОГНОЗ ПРИ ОСТРЫХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТАХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ

Изюмова Г.А., Ибадуллаев З.Р., Изюмов Д.П., Ярашев Р.С., Абдуллаев Х.К.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Эффективность работы по социальной реабилитации психически больных людей в значительной мере определяется тем, насколько клинически обоснованно будут намечены её задачи и выбраны пути реализации в каждом конкретном случае заболевания.

Цель. Провести социально-клинический прогноз при острых мозговых инсультах у лиц молодого возраста с психическими нарушениями в экстренной неврологии.

Материал и методы. Обследовано и пролечено 68 больных с психическими нарушениями, поступивших в отделение экстренной неврологии Хорезмского филиала РНЦЭМП с острым мозговым инсультом. Из них мужчин было 41 (60,3%), женщин – 27 (39,7%). Проведен анализ возможностей правильной прогностической оценки течения заболевания на этапах лечения мозгового инсульта. Для получения достоверной прогностической информации был применен метод анализа исходных данных – клинических, лабораторных, инструментальных и т.д.

Результаты. В результате проведенной работы выделены 3 группы прогностических критериев: 1) отражающие главные закономерности развития болезни; 2) факторы, предопределяющие те или иные особенности течения заболевания; 3) особенности реакции на факторы, способные изменять течение заболевания и степень социально-трудовой компенсации больных.

Клинические особенности и отдельные варианты развития острых мозговых инсультов у больных с психическими нарушениями могут быть обусловлены многими причинами. Именно в силу очень сложных причинно–следственных связей, лежащих в основе клинических проявлений, определяется трудность прогнозирования его течения. У таких больных наблюдается качественная и структурная трансформация психопатологической картины. Достаточно чётко удается наметить следующие стадии: 1-я стадия с неврастеноподобной симптоматикой (у 31 (45,6%) больного), 2-я стадия с психическими нарушениями сосудисто-органического характера (у 25 (36,8%)); 3-я стадия с наличием признаков глубокого психического дефекта (деменции) (у 12 (17,6%) больных). Важно заметить, что при них различны также доступность внешним влияниям, реактивность и компенсаторные возможности организма больного.

Наиболее благоприятен социально-клинический прогноз при первой стадии. Неврастеноподобная симптоматика и сосудистые расстройства несколько ограничивают функциональные возможности больных. Во второй стадии прогноз остается благоприятным менее чем в четверти случаев. Клинические проявления в этой стадии более стойкие и имеют значительно меньшую возможность их обратного развития под влиянием лечебно-профилактических мероприятий. На третей стадии трудоспособность утрачивается, что затрудняет их социально-бытовое приспособление. Данные клинического и параклинического исследования больных выявили признаки диффузного и очагово-деструктивного поражения головного мозга, нарушения скорости кровотока и кровоснабжения мозга. У 44 (64,7%) больных отмечались эпилептиформные припадки, расстройства восприятия наблюдались у 38 (55,9%) больных. Компенсация дефекта психики невозможна.

Таким образом, недостаточность предшествующей терапевтической и социальной помощи предопределяет ранний неблагоприятный исход.

Выводы. Проведенный метод анализа клинических особенностей позволяет всё многообразие данных, получаемых при изучении анамнеза больных, их клиническом и социальном обследовании, свести к наиболее общим и значимым признакам, которые могут стать основой достоверного социально-клинического прогнозирования.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В БОРЬБЕ С АЛКОГОЛИЗМОМ И НАРКОМАНИЕЙ

Камалова Д.А., Искандарова Ш.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Проблема алкоголизма и наркомании одна из серьезнейших в современном мире, ежегодно на планете погибает несколько миллионов людей от прямых или косвенных последствий алкоголизма и наркомании. В целом, заболеваемость у пьющих в два три раза выше, чем у не пьющих, а смертность от соматических заболеваний в три, четыре раза. Вследствие действия всех причин, вместе взятых, продолжительность жизни алкоголика сокращается в среднем на 12-18 лет. При злоупотреблении алкоголем поражаются практически все органы, наиболее частым из них являются: алкогольный цирроз печени, алкогольные кардиомиопатии, атеросклероз сосудов головного мозга с последующей энцефалопатией и слабоумием и ряд других заболеваний, непосредственно связанных с длительной алкогольной интоксикацией. Кроме того, пьянство наносит значительный ущерб семейным отношениям, обществу, в конечном итоге и государству с точки зрения не только здоровья нации, начиная с детского возраста но и как антиобщественное проявление. Вполне понятно, что постоянно употреблять алкоголь, особенно злоупотреблять, вредно со всех точек зрений и ни какие объяснения или оправдания не имеют под собой логическую почву. Особенно это касается подростков, молодых людей еще не создавших семью, женщин в период зачатия ребенка и беременности, людей с хроническими заболеваниями и особенно перенесшие болезни печени.

В Узбекистане проводится большая работа по борьбе с алкоголизмом на всех его уровнях. Недавно принятый Закон Республики Узбекистан от 5 октября 2011 года №3 РУ-302 «Об ограничении распространения и употребления алкогольной и табачной продукции» охватывает все стороны проблемы, направленные на снижение распространения алкоголизма и табакокурения. Настоящий Закон направлен на защиту здоровья граждан, прежде всего лиц, не достигших двадцатилетнего возраста, от вредного воздействия употребления алкогольной и табачной продукции, связанных с этим социальных и иных негативных последствий, а также создание организационных и правовых условий формирования и утверждения в обществе здорового образа жизни.

Основными направлениями государственной политики являются: реализация комплексных правовых, экономических, социальных и иных мер, направленных на охрану здоровья граждан, его защиту от вредного воздействия алкогольной продукции; организация и проведение профилактической, просветительской деятельности направленной на духовно-нравственное воспитание граждан, пропаганду среди населения, прежде всего молодежи, здорового образа жизни, предупреждение и уменьшение угроз их здоровью, связанных с употреблением алкогольной продукции; обеспечение государственного контроля в сфере производства и реализации алкогольной и табачной продукции, а также осуществление государственных программ, направленных на ограничение распространения и употребления этой продукции, профилактики ее негативного воздействия, утверждения в обществе здорового образа жизни; создание эффективной системы медико-санитарной помощи лицам, страдающим алкогольной и табачной зависимостью; развитие научных исследований в области профилактики негативного воздействия употребления алкогольной и табачной продукции, а также диагностики и лечения этой зависимости; создание организационно-правовых условий широкого участия средств массовой информации, негосударственных некоммерческих организаций в пропаганде здорового образа жизни и осуществлении профилактических, просветительских мероприятий, направленных на реализацию государственной политики в области уменьшения вредных последствий, связанных с употреблением алкогольной и табачной продукции.

Вторая, но от этого не менее значимая проблема современного человечества это наркомания – состояние систематической или хронической интоксикации, которое вызвано употреблением наркотических веществ. Трудно излечимая болезнь, развивающаяся при употреблении наркотических препаратов, главным ее признаком является зависимость от какого либо химического вещества, вызывающего приятное психическое состояние – эйфорию или измененное восприятие реальности.

Распространение наркотиков и рост числа наркоманов – одна из самых острых мировых проблем. Международный оборот наркотиков (наркомафии) в последние годы составляет 800-1000 млрд. долларов в год. Количество наркоманов постоянно растет и, по данным ООН, в 2006-2007 гг. составило более 200 млн. человек (5,0% населения планеты в возрасте 15-64 лет, более 3,2% всего населения земли). И эти цифры, к сожалению, из года в год постоянно увеличиваются.

В Узбекистане на 2011 год общее число лиц, состоящих на диспансерном и профилактическом учетах в связи с немедицинским потреблением психоактивных веществ составляет 18197. Если учитывать наркотрафик, который проходит через республику, то проблема наркотиков в регионе продолжает оставаться сложной.

Органы государственной власти и управления, органы самоуправления граждан, негосударственные некоммерческие организации, предприятия, образовательные и другие учреждения в пределах своих полномочий реализуют комплексные социальные, организационно-правовые и иные меры по профилактике негативного воздействия употребления наркотиков и алкогольной продукции, формированию в общественном сознании негативного отношения к употреблению алкогольной и наркотической продукции.

В Республике проводится большая работа по борьбе с наркоманией. Создана и действует законодательная и нормативно-правовая база в сфере регулирования оборота наркотических средств. С 1994 года функционирует Государственная комиссия Республики Узбекистан по Контролю за наркотиками – межведомственный орган по вопросам координации борьбы с незаконным оборотом наркотиков, разработки и реализации, эффективных мер по пресечению распространения наркомании.

Чтобы формировать способность самостоятельно, эффективно и ответственно строить свою жизнь, требуется подготовка специалистов, обладающих необходимыми качествами профессионального взаимодействия с подростками, знаниями, умениями и навыками обучения способности эффективно преодолевать жизненные проблемы. Для решения этих задач разработаны различные современные программы профилактики, которые представляют собой систему обучения здоровому жизненному стилю, направленную на формировании у подростка стремления преодолевать жизненные трудности, справляться со стрессом. Конечная цель этих программ – формирование успешной личности, далекой от потребления наркотических веществ. Основная роль по внедрению данных программ возлагается на службы первичной медико-санитарной помощи. Именно службы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП, СВП), проводят основную профилактическую и пропагандийскую работу по внедрению здорового образа жизни. Основной акцент должен ставиться на меры первичной профилактики, направленной на формирование антинаркотической и антиалкогольной устойчивости населения и на предупреждение неблагоприятного воздействия на здоровье факторов социальной и природной сферы.

Одной из важнейших задач в этом направлении является консолидация усилий учреждений, ведомств, организаций на всех уровнях. Профилактические программы должны строится на объединении в единый комплекс образовательных, социальных и медицинских мер в рамках первичной, вторичной и третичной профилактики.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОМАКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Карабаев У.М.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценка клинической эффективности препарата левомак (левофлоксацин) в лечении больных внебольничной пневмонией.

Материал и методы. Обследованы 27 пациентов (16 мужчин и 11 женщин) в возрасте 33–58 лет с внебольничной пневмонией тяжёлой степени. При изучении динамики состояния больных учитывались клинические (аускультативные признаки пневмонии по типу жесткого дыхания, хрипы, шум трения плевры), гематологические (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ) биохимические (глюкоза, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ, С-реактивный белок), микроскопические (анализ мокроты), а также рентгенологические параметры. Все пациенты получали препарат левомак в дозе 500 мг в сутки 7–10 дней.

Результаты. Положительный лечебный эффект был достигнут у всех пациентов, причем 90% пациентов завершили прием препарата на 7 сутки, а 10% – на 10 сутки. На фоне ежедневной терапии препаратом левомак, нормализация температура тела на 4 сутки отмечалась у большинства пациентов (45%). Больные отмечали субъективное улучшение самочувствия, уменьшение кашля, изменение характера мокроты, уменьшение болей в грудной клетке, одышки. На фоне терапии определялось достоверное ($p<0,05$) снижение исходно повышенного уровня лейкоцитов, СОЭ до нормальных значений, а также восстановление лейкоцитарной формулы крови. Как свидетельствуют полученные нами данные, тяжесть заболевания отражает развитие синдрома системного воспалительного ответа, в ходе лечения отмечалось достоверное ($p<0,05$) улучшение ряда биохимических показателей, в частности содержания С-реактивного белка. При рентгенографии органов грудной клетки у всех пациентов в динамике на фоне терапии левомаком выявлено полное восстановление пневматизации легочной ткани.

Выводы. Результаты нашего исследования подтверждают высокую эффективность терапии препаратом левомак у больных внебольничной пневмонией тяжёлой степени.

ОСТРЫЕ КОРОНАРНЫЕ СИНДРОМЫ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ В ЭКСТРЕННОМ СТАЦИОНАРЕ

Каримов У.Б., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Усманов Б.У.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Материал и методы. В АФ РНЦЭМП обследованы 612 больных с острым коронарным синдромом (ОКС) в возрасте от 26 до 88 лет, мужчин было 414 (67,6%), женщин 198 (32,4%). Для диагностики ОКС использовались стандартные критерии ACC/AHA (2002) и ВНОК (2009): клиническая картина заболевания, изменения на ЭКГ и ЭхоКГ, повышение уровня маркеров некроза миокарда, а в условиях смерти-данные морфологических изменений в миокарде и коронарных сосудах. Результаты анализировались по программе Excel Microsoft 2003.

Результаты. Медиана длительности пребывания больных в стационаре составила 7 суток (минимум – максимум – 1–10 суток). У 4,1% больных течение болезни осложнилось развитием кардиогенного шока, у 2,1% - тромбоэмболией легочной артерии. Жизнеугрожающие аритмии развивались у 0,7% с успешной фармакотерапией у всех пациентов. Различия между мужчинами и женщинами с ОКС носили сложный и разнонаправленный характер. По анамнестическим данным мужчины были достоверно ($p<0,001$) моложе (56,8±11,3 против 61,2±10,7 года у женщин) что обычно и бывает, но чаще в анамнезе имели такие факторы риска как гиперхолестеринемия (93,2 против 80,8%, $p<0,001$), курение (69,3 против 1,0%, $p<0,001$) и ранняя ИБС в семье (69,1 против 51,0% у женщин, $p<0,001$). Мужчины реже имели стенокардию (67,9 против 82,3% у женщин, $p<0,001$) и ХПН (16,4 против 25,3%, $p=0,013$), но чаще перенесенный в прошлом инфаркт (32,1 против 17,7%, $p<0,001$), артериальную гипертензию (57,7 против 68,7%, $p=0,01$).

Риск смерти в стационаре у женщин был несколько выше (60,1 против 46,1% у мужчин по шкале РЕКОРД, $p=0,0016$), чем у мужчин. Кроме того, доля больных со сниженным уровнем гемоглобина среди женщин была достоверно выше (98,0 против 69,6% у мужчин, $p<0,001$).

Во время пребывания в стационаре мужчины реже (33,6 против 56,1%, $p<0,001$), чем женщины лечились аспирином, но чаще клопидогрелом (14,3 против 4,6% у женщин, $p<0,001$). Это же соотношение сохранялось в отношении назначений на момент выписки из стационара (по 22,9 и 37,4% и по 14,3 и 4,6%, $p<0,001$). Необходимо также отметить, что в стационаре женщины чаще мужчин лечились нитратами (90,4 против 81,6%, $p<0,001$), мочегонными (69,7 против 54,1%, $p<0,001$) и ингибиторами АПФ (57,6 против 46,6%, $p=0,015$) хотя признаки сердечной недостаточности чаще отмечались у мужчин. Исходом острого коронарного синдрома у мужчин чаще, чем у женщин (31,9 против 17,7%, $p<0,001$) становился острый инфаркт миокарда. Вместе с тем доля умерших в стационаре больных между мужчинами и женщинами достоверно не различалась (1,9 и 1,5%, $p=0,9$).

Выводы. Практические врачи нуждаются в достоверной и точной информации, касающейся оценки их стационаров. Эту проблему, как видно из полученных результатов, помогают решить специальные регистры, проводимые как в одном, так и в нескольких экстренных стационарах.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ (ВОЗРАСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ)

Каримов У.Б., Мамасалиев Н.С., Усманов Б.У., Рахматов Б.У.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Материал и методы. В течение двух лет под наблюдением находились 612 больных в возрасте от 26 до 88 лет с ОКС, поступивших в отделения неотложной помощи (ОНП): кардиореанимацию и неотложной кардиологии АФ РНЦЭМП. Средний возраст 58,2±11,3 года. Больные в возрасте 65 лет и старше было – 173 (28,8%). Диагноз ОКС устанавливали с учётом клинической картины заболевания, изменений ЭКГ, уровня маркеров некроза миокарда и информации, полученной с помощью визуализационных методик (ВНОК,2009). Основным методом изучения полученных данных было простая оценка и сравнение средних значений и медиан величин, что является наиболее правильным при обработке когортных исследований.

Результаты. Выявляемость ОКС по данным ОНП с возрастом имеет тенденцию к росту. С возрастом частота ОКС в условиях ОНП увеличивается на 37,4% или в 3,9 раза ($p<0,001$). Среди женщин в возрасте до 50 лет частота ОКС составляет 13,1%, в возрасте 50–64 лет ОКС страдает каждая вторая женщина. Выявлены достоверные различия частоты ОКС в возрастных группах обследованных женщин. Так, частота ОКС среди женщин 65-75 лет (27,8%) оказалась в 2,1 раза, а среди женщин 75-88 лет (41,0%) – в 3,2 раза выше, чем среди женщин до 50 лет (13,1%). Следует отметить, что выявленные различия были высоко достоверны.

У мужчин также имеют место достаточно большие различия распространенности ОКС в различных возрастных группах. Так, в группе мужчин до 50 лет ОКС выявляется с частотой 25,4%, в 50-64 лет – 50,2%, 65-75 лет – 18,6%, старше 75 лет – 5,8%. Среди мужчин 26-88 лет частота ОКС составляет 67,6%. Частота ОКС в возрасте 50-64 лет была достоверно выше, чем в возрасте моложе 50 лет. Однако частота ОКС в возрастных группах 65-75 лет и старше 75 лет имеет тенденцию к уменьшению – до 18,6 и 5,8% соответственно. Выявленные различия в этих группах оказались статистически не значимыми.

Следует отметить, что в диапазоне молодого возраста доля мужчин заметно превосходит женщин ($p<0,05$), в диапазоне среднего возраста соотношение мужчин и женщин сравнивается, в диапазоне пожилого возраста доля женщин явно превосходит мужчин ($p<0,05$).

Таким образом, в условиях ОНП выявлена достаточно широкая распространенность ОКС с особенностями их у женщин и мужчин, а также в различных возрастных группах. Эти данные важны для усовершенствования лечебно-профилактических подходов к ОКС у пациентов молодого, среднего и пожилого возраста.

ТРАНЗИТОРНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ АТАКА — ПРЕДВЕСТНИК ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ирназаров А.А., Ганиев Д.А., Асраров У.А., Юлбарисов А.А., Муминов Р.Т., Ахматов О.А.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных, перенесших транзиторные ишемические атаки (ТИА), путём применения различных методов диагностики и выбора адекватной хирургической тактики лечения.

Материал и методы. В отделении хирургической ангионеврологии 2-й клиники ТМА произведено 1610 операций по поводу хронической сосудисто-мозговой недостаточности (ХСМН), из них 218 (13,5%) операций выполнены у больных с ХСМН II степени, т.е. у больных, перенесших ТИА.

В наше исследование ТИА, развившиеся в вертебробазилярном сосудистом бассейне, не включены.

Причиной ТИА у 132 (60,6%) пациентов было атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий (БЦА). В то же время отмечена высокая частота патологической деформации (ПД) сонных артерий, наблюдавшаяся у 48 (22,0%), а её сочетание со стенозом отмечено у 38 (17,4%).

Из 218 больных, включенных в наше исследование, 142 (65,1%) были мужского, 76 (34,9%) – женского пола. Их возраст колебался от 36 до 77 лет, в среднем 55,4±6,9 года.

Характеризуя факторы риска, обусловившие развитие ТИА у обследованных, следует выделить артериальную гипертензию, которая наблюдалась у 92,2% больных.

Диагностический алгоритм обследования включал клиническое обследование больных с определением неврологического статуса, дуплексное сканирование с определением степени стеноза и скорости кровотока, характера и эмбологенности бляшек, транскраниальную допплерографию с определением толерантности головного мозга к ишемии, мультислайсную компьютерно-томографическую ангиографию или магнитно-резонансную ангиографию.

Очаговые неврологические феномены, которые имели место у пациентов с ТИА, разделились на симптомы выпадения – парезы, гипестезии, нарушения речи, зрения, атаксии и симптомы раздражения – парестезии, подергивания, галлюцинации, фотопсии. У обследованных больных симптомы раздражения (62,5%) преобладали над дефицитарными неврологическими расстройствами.

Наиболее частым неврологическим синдромом ТИА каротидного бассейна были зрительные нарушения (транзиторная монокулярная слепота либо снижение зрения – «amavrosis fugas»), наблюдавшаяся у 65,3% обследованных. Они, как правило, характеризовались снижением зрения или его полной утратой на стороне стенозированной сонной артерии (46,9%), а также эпизодами внезапного ощущения «шторы»

(9,6%) или «заслонки» перед глазами (8,8%).

Наряду со зрительными расстройствами нередкими у наших больных были и двигательные в виде оптико-пирамидного синдрома (24,5%), брахиофациального пареза (13,2%), корковой дисфазии (10,6%). Разнообразие клинических вариантов двигательных нарушений связано с преимущественной локализацией и диаметром поражения сосудистых бассейнов. Значительно реже ТИА протекали с пароксизмальными состояниями в виде кратковременных, продолжительностью несколько минут, фокальных клонических судорог в конечностях (4,9% случаях).

Результаты. При выборе метода реконструкции сонных артерий мы учитывали характер поражения, в частности, степень и протяженность окклюзирующего процесса и степень толерантности головного мозга.

Показаниями к выполнению реконструктивного вмешательства на сонных артериях при атеросклерозе для симптомных поражений (ТИА или после ОНМК) явились – все типы бляшек суживающие просвет сосуда на 60% и более, осложненные бляшки со стенозом 50% и более. При ПД показаниями к оперативному лечению были наличие неврологического дефицита – больные, перенесшие инсульты, ТИА, гемодинамически значимую ПД, которая определялась с помощью дуплексного исследования, ПД внутренней сонной артерии (ВСА) + все типы бляшек, суживающие просвет сосуда на 60% и более.

Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: классическая каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) у 91, эверсионная КЭАЭ – у 46, резекция ВСА с редрессацией и реимплантацией в старое устье – у 48, эверсионная КЭАЭ + резекция ВСА с редрессацией – у 31, резекция ВСА с анастомозом по типу «конец в конец» – у 1, подключично-сонное шунтирование – у 1.

Послеоперационный период протекал гладко у 205(94,0%) больных. Осложненное течение раннего послеоперационного периода отмечено у 13 (6,0%) больных. Неврологические осложнения – повторный ТИА и/или ишемический инсульт наблюдались у 5(2,3%) больных. Из них у 3 (1,4%) больных ишемический инсульт явился причиной летального исхода. У3 (1,4%) больных отмечалось кровотечение из послеоперационной раны. Все они успешно повторно оперированы. У 3(1,4%) больных выявлены последствия повреждения черепно-мозговых нервов. Острый инфаркт миокарда развился у 2 (0,9%) больных и явился причиной смерти у 1 (0,45%).

Следовательно, на 218 операций на каротидных артериях частота периоперационных ОНМК составила 2,3%, а летальность – 1,4%. Общая послеоперационная летальность составила 1,85%. Необходимо отметить, что большинство указанных осложнений отмечено в начальный период работы отделения. С накоплением опыта количество осложнений и летальности значительно уменьшилось.

Представляет интерес последовательность регрессирования очаговых неврологических нарушений и их продолжительность во времени у пациентов с каротидными ТИА. В более ранние сроки (1–3 часа) восстанавливалась речь, исчезали брахиофациальные парезы, общемозговые симптомы. К концу первых суток нивелировались сенсорные и вегетативные нарушения (через 18–24 ч).

У обследованных больных, перенесших ТИА, неврологическая симптоматика регрессировала полностью абсолютно во всех случаях. Сроки ее исчезновения колебались во временном диапазоне следующим образом: в течение первого часа от развития ТИА неврологические нарушения исчезали только у 56 больных (25,7%), через 3 часа – у 72 (33,0%), через 6 часов – у 90(41,3%), т.е. у большей части обследуемых неврологические симптомы удерживались до 6 часов.

Выводы. 1. ТИА является критическим состоянием – предвестником надвигающегося ишемического инсульта. 2. Особенности клинического течения ТИА зависят от фактора риска, филогенетической неоднородности пораженных структур головного мозга, своевременности и адекватности проводимого лечения. 3. Предикторами трансформации ТИА в ОНМК являются пожилой возраст, сочетание таких факторов риска, как артериальная гипертензия, кардиогенный фактор, сахарный диабет, длительность неврологической симптоматики более 1 часа и преимущественно каротидная локализация пострадавшего сосудистого бассейна. 4. Выполнение реконструктивных операций на сонных артериях в первую очередь позволяет предупредить предстоящий ишемический инсульт, а также позволяет улучшить клиническое состояние больных с поражением сонных артерий. 5. Регресс неврологического дефицита после реконструкции сонных артерий зависит от степени стеноза, характера атеросклеротической бляшки, времени после прошедшего ишемического инсульта, исходной степени неврологического дефицита и сроков рассасывания очагов размягчения головного мозга. 6. Последовательность восстановления патологической неврологической симптоматики у пациентов с ТИА: раньше регрессируют симптомы раздражения и двигательные нарушения, а более стойкими оказываются изменения сенсорного анализатора.

QUERCETIN PREVENTS THE DEVELOPMENT OF IRREVERSIBLE MYOCARDIAL DYSFUNCTION IN ACUTE CORONARY SYNDROME

Kenjaev S.R., Alavi A.L., Borisova E.M., Kenjaev M.L, Mamurov O.I.

Republican Research Center of Emergency Medicine

Aim: To study the effect of the intravenous form of quercetin on the development of the zone of necrosis and stunned myocardium in patients with ST elevation acute coronary syndrome (STACS).

Methods: The study involved 98 patients with STACS in age from 33 to 68 years. Patients admitted in the first 2 hours of the onset of complaints. All patients performed a successful PCI (TIMI III). Patients were randomized into two groups. In Group 1 included 48 patients who received standard therapy. In Group 2 included 50 patients who had started before the PCI intravenous infusion of quercetin (Borschagovsky CPP, Ukraine). Area of reversible and ir-

reversible myocardial dysfunction is defined by low-dose dobutamine echocardiography.

Results: At baseline local asynergy was detected in 269 (35%) and 286 (35.8%) segments LV in 1-st and 2-nd groups, respectively. With the low-dose dobutamineEchoCG stunned myocardium was detected in 247 (86.4%) segments in a quercetin group, and in 196 (73%) segments in a comparison group. Myocardial necrosis detected an average of 1,51±0,02 and 0.8±0,02 segments of the left ventricle in the control and the main group, respectively (p<0.05). On the 30th day of investigation significant increase of LVEF was observed in the group of quercetin (p<0.05). On the 30th day of the disease the number of normokinetic segments increased significantly in both groups. In the group of quercetin noted significant improvement WMAI over to 1,1±0,01 (p<0.01). In the control group WMAI improved to 1,3±0,01, in which irreversible dysfunction was present in a greater degree.

Conclusions: Thus, intravenous infusion of free radical scavenger quercetin before PCI in STACS, reduces the severity of myocardial reperfusion injury, reduces accelerate formation of myocardial necrosis and most of myocardium in ischemic area are transformed into a stunned state - reversible myocardial dysfunction. Identification of viable myocardium, determines their function recovery after a period of time in patients with STACS.

ТЕСТ С ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ — БЕЗОПАСНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Кенжаев М.Л., Борисова Е.М., Турсунов Х.М., Мухамедова Б.Ф.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель работы. Изучение гемодинамических параметров и толерантности к физической нагрузке (ФН) у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) на раннем этапе стационарного лечения.

Материал и методы. Под наблюдением находились 80 пациентов с ОИМ с зубцом Q (66 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 35 до 64 лет (средний возраст 52,5±7,4 г.). Все больные на 5, 9-10 дни заболевания выполняли ручную изометрическую нагрузочную пробу (ИНП) в положении лежа ручным динамометром под контролем артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС) и при одновременном выполнении эхокардиографии (ЭхоКГ). В исследование были включены только те больные, которые хорошо перенесли первую ИНП. В дальнейшем они были рандомизированы на две группы. Основную группу (ОГ) составили 40 пациентов, в реабилитационный курс которых были включены ежедневные изометрические тренировки (ИТ). В контрольную группу (КГ) включены 40 больных, в реабилитационный курс которых изометрические тренировки не включались.

Для оценки толерантности к физической нагрузке использован тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ), который проводился на 9–10, 13–15 и 28–30 дни заболевания. За время проведения щадящего варианта теста с шестиминутной ходьбой клинического ухудшения состояния больных не наблюдалось.

Результаты. Пройденная дистанция при проведении ТШХ в ОГ при первом исследовании (на 9–10 дни заболевании) составила 424,50±30,47 м, при повторном проведении (на 28–30 дни заболевания) увеличился до 490,46±24,01 м (p<0,05). В КГ при первом исследовании пройденная дистанция при проведении ТШХ составила 307,44±22,73 м, при повторном наблюдении зарегистрирована лишь тенденция к увеличению этого показателя (324,10±23,77 м) (p>0,05).

Величина пройденной дистанции в обеих группах имела прямую корреляционную зависимость с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) в течение всего периода исследования. При анализе связи между показателями конечного диастолического объема (КДО) и пройденной дистанции выявлено, что при КДО ЛЖ до 140 мл наблюдается прохождение более значительного дистанции, чем при КДО ЛЖ до более 140 мл. Такая зависимость в обеих группах отмечалась на протяжении всего периода исследования.

ЧСС в покое в ОГ при первом исследовании составила 71,58±3,89 уд. в мин, достоверно не отличаясь от показателя КГ – 72,39±4,24 уд. в мин (p>0,05). На 6-й минуте ТШХ в ОГ ЧСС достоверно увеличилась до 86,85±4,14 уд. в мин (p<0,05), тогда как в КГ она имела лишь тенденцию к увеличению (75,10±4,42 уд. в мин) (p>0,05). На 3 минуте восстановительного периода (ВП) ЧСС снижалась и достоверно не отличалась от исходной в обеих группах (72,42±3,18 и 73,88±4,22 уд. в мин). Статистически значимое увеличение ЧСС на высоте ФН может рассматриваться как отражение улучшения функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы.

Выводы. 1. Исследование показало безопасность проведения щадящего варианта теста с шестиминутной ходьбой у больных с ОИМ на раннем этапе стационарной лечения. 2. Тест с шестиминутной ходьбой – доступный, безопасный и достаточно информативный метод оценки толерантности к физическим нагрузкам у больных с острым инфарктом миокарда.

ВЛИЯНИЕ ПРЕДЫНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Кенжаев М.Л., Джамалдинова Р.К., Хаитов С.Ш., Турсунов Х.М., Кенжаев С.Р., Аминов А.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования. Оценка влияния предынфарктной стенокардии на выраженность желудочковых аритмий у больных с острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента ST (ОКССПST), получивших тромболитическую терапию.

Материал. Под наблюдением были 54 больных с ОКССПST, поступивших в приемное отделение РНЦЭМП в течение 6 часов от начала заболевания. Средний возраст больных 56,8±12,4 года, из них 48 мужчин и 6 женщин. Всем больным при поступлении, до начала тромболитической терапии установлен регистратор для суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру с целью оценки ритма сердца. Всем больным проведена системная тромболитическая терапия стрептокиназой в дозе 1500000 ЕД на 200,0 физиологическом растворе натрия хлорида в течение 60 минут. В зависимости от наличия предынфарктной стенокардии все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю (основную) группу включены 26 больных с кратковременными приступами стенокардии в течение 3 суток от начала развития клиники острого коронарного синдрома. Во 2-ю (контрольную) группу вошли 28 больных без приступов стенокардии до начала развития заболевания. Группы были сопоставимы по основным клинико-анамнестическим показателям.

Результаты. Суточное мониторирование ЭКГ показало, что в 1 сутки заболевания абсолютное количество парных и политопных желудочковых экстрасистол у больных основной группы было достоверно меньше чем в контрольной: 29,12±22,35 против 41,08±33,07; 15,27±9,34 против 27,02±13,83 ($p<0,05$). В основной группе наблюдалась тенденция к уменьшению частоты регистрации эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии: 53,8 и 76,9%. Группы достоверно не различались по общему количеству желудочковых экстрасистол и частоте развития фибрилляции желудочков. Абсолютное количество желудочковых экстрасистол в основной группе составило 553,18±142,87 в сутки в контрольной 626,8±187,3 в сутки ($p>0,05$). Фибрилляция желудочков отмечалась у 1 (3,8%) больного основной и у 2 (7,1%) – контрольной группы ($p>0,05$). Все случаи фибрилляции желудочков успешно устранены дефибрилляцией.

Таким образом, наличие предынфарктной стенокардии оказывает положительное влияние на течение желудочковых аритмий у больных с острым коронарным синдромом. Наличие эпизодов стенокардии до начала острого коронарного синдрома приводит к уменьшению желудочковых аритмий высоких градаций в раннем периоде заболевания за счет активизации эндогенных механизмов защиты в условиях ишемии и реперфузии.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКОГО ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Маджитов Х.Х., Кенжаев М.Л., Алимов Д.А., Абдижалилова С.И., Ганиев У.Ш., Холов Г.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Оценка эхокардиографических (ЭхоКГ) данных на основании показателей коронароангиографии (КАГ) у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) без стойкого подъема сегмента ST.

В задачи исследования входило изучение показателей систолической функции левого желудочка (ЛЖ) в зависимости от инфаркт связанной коронарной артерии (ИСКА) при КАГ, особенностей эхогеометрии ЛЖ в зависимости от вида пораженной артерии у больных с ОКС без подъема сегмента ST, взаимосвязи систолической функции с количеством пораженных артерий.

Материал и методы. Под наблюдением были 57 больных с ОКС без подъема сегмента ST, которые были разделены на 3 группы. 1 - ю группу составили 22 больных с поражением только 1 коронарной артерии (КА), 2-ю – 25 больных с поражением 2 КА, 3-ю – 10 больных с поражением 3 КА. КАГ проводили по общепринятой методике в 1 и 2 сутки заболевания в отделении ангиографии. Гемодинамически значимым считали стеноз КА более 50%. ЭхоКГ проводили на 2 сутки заболевания по общепринятой методике с помощью аппарата Toshiba SSH — 140 A/G (Япония) в положении больного лежа на спине из парастернального и верхушечного доступа в позиции длинной и коротких осей. Все пациенты получали стандартную терапию: дезагреганты, антикоагулянты, β-блокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, нитраты, клопидогрель.

Результаты. У больных, у которых ИСКА была ПМЖВ, средняя ФВ ЛЖ составила 49,5%, у больных, у которых ИСКА была ОВ – 53,4%, если ИСКА была представлена ПКА – 53,2%, при поражении ствола ЛКА - 41,3%. У больных с однососудистым поражением КА средний КДР ЛЖ составил 5,4 см, у больных с поражениями 2 КА – 5,75 см, с поражением 3 КА– 5,87 см. У больных с поражением одной КА средняя ФВ ЛЖ составляла 54,5%, при поражении 2 КА – 52,8%, 3 КА – 47,5%.

Заключение. Важную роль в нарушении систолической функции ЛЖ у больных с ОКС без подъема сегмента ST играет не только количество пораженных артерий, но и вид ИСКА и тип коронарного кровоснабжения, то есть крупнее пораженный сосуд, тем более выраженные нарушения будут выявлены на ЭхоКГ.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И МЕТОДЫ ЕЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Кенжаев М.Л.,Ганиев У.Ш., Абдижалилова С.И., Холов Г.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

L-аргинин является предшественником оксида азота, который увеличивает эндотелий- зависимую вазодилатацию сосудов, которая у пациентов с гипертонией снижается.

Материал и методы. В исследование включены 35 пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), которых разделили на 2 группы: 18 больных дополнительно к базисной терапии получали 6 г L-аргинина в сутки (по 2 г 3 раза в день), 17 – только базисное лечение ГБ . Пациенты были исследованы на поток- опосредованную эндотелий- зависимую дилатацию плечевой артерии до и через 1,5 ч после приема L-аргинина. В конце протокола оценивали эндотелий-независимую, нитрат-индуцированную вазодилатацию сосудов.

Результаты. Больные двух групп были сопоставимы по возрасту, полу, уровню липидов в крови, курению, наличию диабета в анамнезе, заболеваниям коронарных артерий, индексу массы тела, толщине комплекса интима-медиа общих сонных артерий, уровню кровяного давления и исходным параметрам плечевой артерии. Включение в терапию L-аргинина существенно не изменяло частоту сердечных сокращений и уровень артериального давления. Добавление L-аргинина привело к значительному улучшению поток-опосредованной дилатации (1,7 ± 3,4 против 5,9 ± 5,4%, p = 0,008), в то время как у пациентов, получавших только базисное лечение, этот параметр существенно не изменился (3,0 ± 2,7 против 3,1 ± 2,2%, p = NS). Эффект L-аргинина на поток- опосредованную дилатацию значительно отличается от эффекта плацебо (p = 0,05). L-аргинин существенно не влияет на нитрат- индуцированное расширение сосудов (16 ± 6,9 против 17,7 ± 6,7%, p = NS).

Выводы. Пероральный прием L-аргинина в короткий срок приводит к улучшению эндотелий- зависимой, поток-опосредованной дилатации плечевой артерии у пациентов с ГБ. Долгосрочные эффекты L-аргинина у этих пациентов требуют дальнейшего исследования.

ПРОФИЛАКТИКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

Кенжаев С.Р., Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Борисова Е.М., Ахмедова Д.А., Рахимова Р.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования. Оценка влияния кверцетина на параметры диастолической функции ЛЖ у больных с ОКС+ST при проведении допплер-стресс-ЭхоКГ.

Методы исследования. Обследованы 134 больных с ОКС+ST, которым произведен системный тромболизис (78%), ангиопластика коронарных артерий (22%) в среднем 4,3±1,1 ч от начала болевого синдрома. Изучено состояние диастолической функции ЛЖ у 134 больных ИБС с Q-передним и нижним инфарктом миокарда. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – с внутривенным применением кверцетина (корвитин, Борщаговский ХФЗ, Украина) по схеме (n=66), 2-я группа – без применения корвитина (n=68) на фоне базисной терапии. Допплер-стресс-ЭхоКГ с добутамином проводилась всем больным после стабилизации состояния на 4–7 сутки заболевания при фракции выброса (ФВ) ЛЖ более 50%.

Результаты. При малых дозах добутамина в группе кверцетина 6,32±0,16, в группе контроля 5,66±0,14 сегмента восстановили свою контрактильную функцию, так как в этих сегментах имел место оглушенный миокард (обратимая миокардиальная дисфункция). По данным допплер-эхокардиографии, у больных обеих групп исходно выявлена ДДЛЖ по типу нарушения расслабления. При проведении стресс-ЭхоКГ с добутамином у больных обеих групп отмечалось аналогичная динамика показателей ТМК. Но в группе больных, получавших корвитин, некоторые показатели (E, A, E/A, IVRT) достоверно уменьшились при малых дозах добутамина, что указывает на улучшение показателей диастолической функции в зонах оглушенного миокарда на фоне терапии корвитином. Отношение E/A через месяц составило 1,28±0,03 и 1,06±0,02, значительно в большей степени увеличившись в группе корвитина.

В ходе исследования также выявлена обратная средняя корреляционная взаимосвязь между показателями IVRT и количеством оглушенных сегментов (r=-0,48; p<0,05).

Вывод. Улучшение показателей диастолической функции ЛЖ при проведении стресс-допплер-эхокардиографии с добутамином связано с наличием обратимой дисфункции миокарда. Применение корвитина во время реперфузионной терапии приводит к развитию обратимой диастолической дисфункции в области ишемического повреждения миокарда.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ФАКТОРЫ РИСКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Мавланова Г.Ж., Рахматов Н.К., Йулжураев А.А., Исаков А.С.,
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Заболеваемость и смертность от острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) занимает одно из первых мест. Одной из причин ухудшения состояния больных является присоединение пневмонии, обусловленный внутрибольничной инфекцией. Примерно 90% всех нозокомиальных инфекций имеет бактериальное происхождение, а вирусные, грибковые возбудители и простейшие встречаются значительно реже. Основным возбудителем является грамотрицательные бактерии. Так, по частоте среди нозокомиальных инфекций первое место занимает пневмония, второе – инфекция мочеполового тракта. Факторами риска служат пребывание в палате интенсивной терапии, интубация трахеи, нарушение сознания, преклонный возраст, катетеризация мочевого пузыря. В 2012–2013 гг. в СОФ РНЦЭМП в экстренное отделение терапии с диагнозом ОНМК поступили 248 больных, из них 62 – с геморрагическим, 186 – с ишемическим инсультом. У 8 пациентов с геморрагическим инсультом отмечалось обострение хронического пиелонефрита и у 22 пациентов развилась пневмония. У 36 больных с ОНМК и пневмонией нами применялось сочетание цефалоспоринов 3–4 поколения с аминогликозидами или фторхинолонами с хорошим результатом. Улучшение состояния больных проявлялось снижением температуры тела на 2–3 сутки, улучшением аускультативной и рентгенологической картины легких на 5–6 сутки. Остальным больным проводилось монотерапия цефалоспоринами 4 поколения или фторхинолонами внутривенно до получение эффекта на 5–6 дней.

Вывод. В условиях экстренной медицины лечения нозокомиальных инфекций начинают с проведения комплекса мероприятий, направленных на их предупреждение. Одним из важных разделов этого комплекса является соблюдение санитарно-эпидемиологического режима. Результаты бактериологических и микологических анализов позволяют оптимизировать лечение госпитализированных больных и проводить качественную обработку медицинского инструментария. При наличии нозокомиальных инфекций считаем целесообразным применения антибиотиков широкого спектра: цефалоспоринов 3-4 поколения в сочетании с аминогликозидами.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Мамасалиев Н.С., Ниязов З.М., Каримов У.Б., Усманов Б.У.
Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Определение путей улучшения лечения нестабильной стенокардии (НС) в условиях экстренной медицины Ферганской долины.

Обследованы 314 больных с НС в возрасте от 26 до 88 лет, средний возраст 58,2±11,3 года. Работа является частью комплексного наблюдательного исследования АФ РНЦЭМП, реализуемого в рамках Российского регистра Рекорд-2. Для выявления и оценки НС применялись общепринятые международные рекомендации (WHO, 1999; ВНОК, 2008).

Результаты. Неадекватная и неполная «базисная» фармакотерапия, отклонение в стандартах ведения и неотложного лечения больных НС в условиях экстренной медицины: 1) длительность времени, проходящего с момента возникновения симптомов до поступления в стационар; 2) редкое использование антиаггрегантов; 3) недостаточно активная ТЛТ-терапия; 4) недостаточно активное лечение статинами и β-блокаторами. Главными факторами/путями улучшения интенсивной терапии НС в условиях центров экстренной медицины Ферганской долины являются: 1) устранение несоответствия между лечением и рекомендациями международных групп экспертов путем проведения ежегодных внутрибольничных и межбольничных регистров; 2) ускорение госпитализации больных путем совершенствования работы скорой помощи. Отмечено, что больные с НС значительно чаще получают аспирин (100,0%), ингибиторы АПФ (100,0%) и антагонисты кальция (100,0%); практически не лечились тромболитиками и β-блокаторами (0,0%).

Риск «конечных точек» у больных с НС повышают недостаточно интенсивное лечение тромболитиками и антитромботическими средствами, «потери» препаратов при выписке, недостаточно частое назначение антитромбоцитарных препаратов, статинов и β-блокаторов как в стационаре, так и при выписке.

ПОКАЗАТЕЛИ «АЙСБЕРГА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ» ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИХ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ИНТЕНСИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ЭКСТРЕННЫХ СТАЦИОНАРАХ

Мамасалиев Н.С., Каримов У.Б., Абдуллаева Г.А., Сайитжанов Л.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучение эпидемиологической ситуации по показателям «айсберга заболеваемости» ОКС и этнических особенностей их выявляемости на различных этапах интенсивного наблюдения в экстренных стационарах.

Материал и методы. Заболеваемость ОКС в динамике изучалась по программе Рекорд-2. Специфика исследования: 1) регистр ОКС осуществлялся специально созданной рабочей группой в Андижане из 4-х человек и координовался координатором Рекорд-2; 2) за основу протокола регистра, схемы регистрации и регистрационной карты были взяты методические подходы регистров, проводимых в России и Европейским обществом кардиологов (Euro Heart Survey).

Показатели заболеваемости ОКС проанализированы у 653 больных, последовательно госпитализированных в приемное, кардиореанимационное или кардиологическое отделение АФ РНЦЭМП. Диагноз ОКС устанавливали с использованием стандартных критериев ACC/AHA (2002) и ВНОК (2007). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов программ Statistica 6.0 и Excel Microsoft 2003.

Результаты. Выявлено, что показатели «айсберга заболеваемости» (выход айсберга ОКС на поверхность клинических проявлений) (АЗОКС) в зависимости от этапа обследования и интенсивного и наблюдения пациентов разняться более чем в 24 раза (p<0,001). Так, распространенность ОКС по результатам первого этапа обследования (при поступлении) составила 74,3%, второго этапа (в БИТ или кардиореанимации) – 22,7%, третьего этапа (в отделении неотложной кардиологии) – 3,1%.

На трех этапах интенсивного наблюдения АЗОКС с подъемами и без подъемов ST (АЗОКСп ST и АЗОКСбп ST) выявлены соответственно в – по 65,9 и 75,7% (p<0,05), 37,0 и 22,5% (p<0,05), 9,8 и 2,2% (p<0,001).

Следует отметить, что наибольшая частота АЗОКС диагностируется при поступлении больных в стационар, существенно меньше – в кардиореанимации, с наименьшей частотой – в отделениях. В нашем исследовании было довольно много больных с АЗОКСбпST (АЗОКСпST традиционно выше и в других исследованиях составляет около 1/3 больных ОКС), может быть, поэтому они в основном лечились не в БИТ или кардиореанимации, а в общей палате.

Имеют место достаточно существенные различия в показателях АЗОКС в зависимости от пола. Частота АЗОКС у мужчин и женщин в возрасте 26–88 лет по результатам обследования на трех этапах составила соответственно: 86,9 и 68,3% (p<0,05), 11,1 и 28,2% (p<0,01), 2,0 и 3,6% (p<0,05). Частота ОКС по результатам I этапа у женщин была достоверно выше, а по результатам II и III этапов обследования (наблюдения больных в БИТ или отделениях кардиологического) терапевтического профиля – сравнительно меньше.

Выводы. С целью оптимизации профилактики, раннего выявления и лечения ОКС необходимо совершенствовать работу по «спасительной профилактике» среди населения в отношении адекватной оценки имеющихся у пациентов признаков ССЗ и выполнения врачебных рекомендаций.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОТУЛИЗМОМ

Маликов Б.Х., Очилдиев Ф.Ш., Камолов Б.Т.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Несмотря на то, что ботулизм считается кишечной инфекцией, с этой проблемой часто приходится сталкиваться врачам экстренной медицины. Причиной этому служат не оснащенность инфекционных больниц аппаратами ИВЛ и необученность персонала работе с современными аппаратами ИВЛ и режимами вентиляции, отсутствие отделений реанимации и ИТ в районных инфекционных больницах, диагностические ошибки в постановке диагноза, одновременное поступление группы больных и многие другие причины. Если учесть, что ботулизм не передаётся от человека человеку, то нахождение данной группы больных в ОРИТ неинфекционных стационаров не несут какой либо угрозы другим больным.

Ботулизм развивается в результате попадания в организм пищевых продуктов (овощных консервов, колбасных изделий и копчённых мясных и рыбных продуктов с неправильной техникой приготовления, чаще всего домашнего приготовления), содержащих ботулотоксин, продуцируемый спорообразующей палочкой Clostridium botulinum.

Нами в течение последних 10 лет пролечено 146 больных с пищевым ботулизмом, 143 из них жители сельских местностей и 3 жители города, дети до 14 лет составили 37, мужчин – 58, женшины – 51. Основная масса этих больных (98) пролечено в условиях ОЭМП субфилиалов РНЦЭМП, оставшиеся 48 – в отделении токсикологии СФРНЦЭМП.

В связи с большой нагрузкой на аппараты ИВЛ в отделениях РИТ СФРНЦЭМП и относительно небольшой загруженностью этих отделений в субфилиалах нами было проведена работа, направленная на сортировку больных: больные с легкой формой направлялись в городскую инфекционную больницу, группа больных с тяжёлой и средне тяжёлыми формами ботулизма госпитализировались в ОРИТ субфилиалов. Таким образом в течение последних 7 лет в субфилиалах пролечено 47 больных и только 6 – в филиале, тогда как в течение первых 3 лет в филиале пролечено 59, а в субфилиалах – 34.

Всем больным с момента поступления проводилась очистка ЖКТ. Больные получали интенсивную

инфузионную терапию от 2 до 6 литров в сутки в зависимости от тяжести состояния. Специфическую терапию противоботулинистической сывороткой типов А, В и Е также проводили в зависимости от тяжести заболевания: типы А и Е от 10000 МЕ при легкой форме до 90000 МЕ при тяжелой форме, тип В от 5000 до 45000 МЕ соответственно. Больные также получали антибиотикотерапию левомицитина суксинат до 1 г/сут внутривенно и 1,5 г/сут per os. При присоединение вторичной инфекции добавляли антибиотики из цефалоспоринового ряд, витаминотерапию, гармонотерапию, электролитные растворы и симптоматическую терапию. При наличии перестальтики кишечника по возможности рано начинали энтеральное питание – с начала зондовое питание, с восстановлением функции глотания кормили через рот.

Неотъемлемой частью лечения больных с ботулизмом является мониторинг дыхания, а при необходимости – интубация трахеи и перевод больного на ИВЛ. Так, из 146 пролеченных больных 42 проводилось ИВЛ от 2 до 34 суток.

Летальность в первые четыре года составило 6,5% (пролечено 93, умерших 6), за последующие 6 лет – 7,5% (пролечено 53, умерших 4), с учётом, что больные с легкими формами были госпитализированы в инфекционные стационары.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ТРУДОВОЙ ЖИЗНИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Махаматова З.Х., Камилова Д.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Среди всех видов ресурсного обеспечения здравоохранения, кадровые ресурсы играют важнейшую роль в функционировании и развитии отрасли, отличаясь наиболее высокой рентабельностью, так как затраты на подготовку кадров, их содержание и развитие, особенно при существующей не высокой оплате труда несравнимы с тем социальным и экономическим эффектом, который получает общество в отношении сохранения человеческого и трудового потенциала. Кадры - единственный вид ресурсов, который со временем не только не теряет исходной стоимости, а приобретает более высокую ценность за счет накопления профессиональных навыков и знаний.

Вопросам изучения кадрового потенциала здравоохранения в течение последних десяти лет уделялось недостаточно внимания: вступление страны в рыночную экономику привело к изменению плановости подготовки медицинских кадров, несвоевременному контролю за замещением выбывающих кадров из системы здравоохранения. Неудовлетворенность заработной платой, отсутствие эффективной социальной защищенности приводят к оттоку врачебного и среднего медицинского персонала из учреждений государственного здравоохранения.

Основные работы, посвященные медицинским кадрам в течение 90-х годов, затрагивали вопросы оценки состояния и тенденций развития врачебных кадров, сопоставимости данных с международными показателями планирования, подготовки и рационального использования. Вместе с тем многоаспектность кадровых проблем в условиях реформирования здравоохранения на современном этапе требует новых подходов, организационных решений, конкретной практической направленности.

В мировой практике имеется богатый опыт по управлению персоналом, основательно разработанный в Японии, США, Германии (Jl. Якокка, К. Татеиси,1990; Г. Десслер, 1997 и др.).

Проблемам подготовки руководителей нового типа, подбора руководящих кадров, разработке квалификационной характеристики специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» посвящены работы П.Р. Менликулова (профессора кафедры «Организации, экономики и управления здравоохранением»), Б.М. Маматкулова (декана магистратуры «Общественное здоровье, организация и управление здравоохранением»), Р.К. Салиходжаевой (главной медсестры Минздрава Республики). Вопросы психологической оценки персонала, его мотивации и материального стимулирования рассматривали так же И.Г. Черников, 2000; А.В. Иорданян, 2001; Н.А. Горбач, 2002 и др.

Проблема эта остается актуальной при любом объеме финансирования здравоохранения, при любой системе оплаты труда. Чрезвычайно важными при этом становятся вопросы готовности руководителей учреждений здравоохранения и кадровых служб решать вопросы управления медицинскими кадрами, их непосредственной деятельности по формированию качества кадрового потенциала врачебного и среднего медицинского персонала как на территории, так и в отдельном учреждении.

Однако, в современных условиях развития здравоохранения, когда учреждения постепенно переходят к самостоятельному существованию на рынке медицинских услуг, сочетание высокой потребности отрасли в совершенствовании организационных форм и методов кадровой работы с не разработанностью научных основ управления кадровыми ресурсами в здравоохранении обусловливают необходимость разработки научных подходов к созданию современной системы формирования кадрового потенциала медицинских учреждений. Научных работ в этом направлении до последнего времени не проводилось, что явилось основанием для выбора темы настоящего диссертационного исследования. При проведении исследования были выявлены следующие риски, которые влияют на качество трудовой жизни среднего медицинского персонала. Риски, связанные с личностью руководителей сестринского дела: недостаточный уровень образования руководителей сестринских служб; недостаточная уверенность в себе; синдром «профессионального выгорания» в деятельности руководителей сестринских служб; проблемы профессионального здоровья руководителей сестринского дела; неготовность руководителей к нововведениям; неполная удовлетворенность трудом руководителей сестринского дела. Риски, связанные с взаимоотношениями с подчиненными: сопротивление инновациям со стороны подчиненных; напряженный социально-психологический

климат в коллективе; неумение управлять конфликтными ситуациями в коллективе; незнание руководителями потребностей подчиненных. Риски, связанные с взаимоотношениями с вышестоящим руководством: статус «исполнителя» медицинской сестры в здравоохранении; отсутствие у руководителей сестринских служб права самостоятельного принятия решений в сфере сестринского дела; сопротивление инновациям со стороны руководства; невостребованность творческого и интеллектуального потенциала руководителей сестринских служб.

В основе организации сестринского дела, прежде всего, «снятие» рисков в функциях медицинских сестер в лечебном процессе. Поэтому важны технологии управления сестринским персоналом, которые включают: мониторинг рынка труда сестринского персонала; планирование труда сестринского персонала в медицинском учреждении; подбор и расстановка сестринских кадров; профессиональное обучение и повышение квалификации медицинских сестер; оценка персонала; создание благоприятного социально-психологического климата в коллективе; разработка эффективных систем мотивации сестринского персонала; обеспечение социальных гарантий и условий труда.

Рекомендации для преодоления рисков влияющих на качество трудовой жизни сестринского персонала: Улучшить содержание и качество циклов переподготовки и усовершенствования руководителей сестринских служб. Предпочтительным является получение высшего образования по специальности «сестринское дело». Организовать качественное информационное обеспечение руководителей сестринских служб. Разработать механизмы повышения статуса руководителей сестринских служб, расширения полномочий менеджеров сестринского дела в пределах их компетенции. Дать возможность руководителям сестринских служб принимать сестринские решения и нести за них ответственность, почувствовать собственный успех и свободно контролировать собственную деятельность. Для более полного использования интеллектуального и творческого потенциала руководителей сестринских служб привлекать их к решению текущих задач. Поощрять руководителей сестринского дела к внесению и отстаиванию предложений по улучшению работы в отделениях. Внедрять и использовать эффективные способы мотивации. Разработать систему оплаты труда руководителей сестринских служб соответственно результатам деятельности. Применять объективную оценку личного вклада каждого руководителя. Уделить внимание вопросам рациональной организации труда, составлению графиков работы, управлению рабочим временем, созданию условий для отдыха и эмоциональной разгрузки. Особое внимание уделить психолого-педагогической подготовке руководителей сестринских служб. Научить руководителей заботиться о себе и о своих коллегах, справляться с неизбежными в работе стрессовыми ситуациями и неудачами, поддерживать партнерские отношения в коллективе. С этой целью организовать проведение в отделениях занятий, целью которых является психолого-педагогическое просвещение и подготовка по этим вопросам. Внедрять эффективные технологии управления сестринским персоналом в работе руководителей сестринских служб. Вершиной повышения качества трудовой жизни сестринского персонала является формирование корпоративной культуры в коллективе, как фактора эффективности в деятельности ЛПУ.

ВНЕДРЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Махаматова З.Х, Шукуров Б.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Как известно, одним из основных задач Государственной Программы реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан является повышение качества медицинских услуг. Очевидно, что при оказании полноценной и эффективной медицинской помощи не последнюю роль играет человеческий фактор. В этом смысле тенденция современного здравоохранения к повышению роли и статуса медицинской сестры в обеспечении надлежащего качества медицинской помощи приобретает всю большую устойчивость и повсеместное распространение [1]. Данное обстоятельство, главным образом, связано с тем, что медицинская сестра более тесно, часто и продолжительно общается с больным, нежели врач. Она принимает участие во всех профилактических и лечебно-диагностических мероприятиях, уход за больным практически целиком осуществляется именно медицинской сестрой. Замечено, что сами пациенты большее доверие оказывают сестре, чем врачу [2]. Да и с точки зрения экономической целесообразности усиление роли медицинской сестры в современной клинике может несколько освободить нагрузку на врача, услуги, которых, как правило, по стоимости превышают услуги среднего медицинского персонала.

Исходя из вышесказанного, в поисках путей повышения качества медицинской помощи в условиях ограниченных ресурсов перспективным представляется развитие сестринского процесса. Ведь средний медицинский персонал по праву является одним из мощных по численности и квалификации перспективных ресурсов нашего здравоохранения, эффективно и в полной мере воспользовавшись которым мы можем значительно ускорить реформы.

В связи с этим Министерство здравоохранения Республики Узбекистан стало инициатором развития новой для нашей системы здравоохранения прогрессивной формы организации труда среднего медицинского персонала, известной в мире под термином «сестринский процесс». Одним из пилотных учреждений, ответственных за разработку методологических основ сестринских технологий, по их апробации и широкому внедрению в клиническую практику, был выбран Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) — как одно из ведущих на-

учных и лечебных учреждений с достаточно высоким материально-техническим и кадровым потенциалом.

В РНЦЭМП работает 797 среднего медперсонала, что составляет 19,5% физических лиц Центра. Соотношение врачей к медицинским сестрам равняется 1 / 2,2. Средний возраст их составляет 35,5+9,8 лет. Так как профессия среднего медперсонала ассоциируется с лицами женского пола, данное обстоятельство отразилось и в том, что количество медбратьев составляет всего 4,1%. Квалификационную категорию имеют 29,7% медицинских сестер, из них около половины – высшую категорию.

На этапе подготовки к внедрению сестринского процесса в РНЦЭМП (2002 г.) основное наше внимание было уделено изучению мирового опыта, основной идеологии и философии этой новой относительно молодой системы менеджмента в здравоохранении. Были определены преимущества и недостатки различных моделей организации сестринского процесса (Японского, Израильского, Американского, Российского), изучены возможности адаптации их к условиям Узбекистана. По проекту JICA четверо наших сотрудников в течение 2-3 месяцев имели возможность непосредственного ознакомления с японской системой сестринских технологий организации труда.

На следующем этапе этапе разработки методологических и организационных основ сестринского процесса в Центре организована новая организационная структура — «Сестринский отдел». Начальнику отдела придан статус заместителя директора РНЦЭМП. Совместно с ведущими специалистами Минздрава, а также с привлечением советника по сестринскому делу, эксперта представительства JICA Кикуко Урата (Япония) был разработан «Проект внедрения сестринского процесса в РНЦЭМП».

Создан Комитет по непрерывному образованию, задачами которого является разработка учебных программ непрерывного постдипломного обучения среднего медицинского персонала, стандартизация медицинского ухода, совершенствование механизмов постоянного повышения теоретических знаний и практических навыков, ответственности и самостоятельности медицинских сестер.

Задачи непосредственного внедрения сестринского процесса возложены на другой комитет — Комитет внедрения сестринских записей. Так называемые «сестринские записи» являются главным инструментом сестринского менеджмента, с помощью которого осуществляется планирование объема и этапов ухода за больными в соответствии с разработанным «Руководством по сестринскому уходу», оценка его своевременности, адекватности и качества. Сестринским записям придан статус полноценного составляющегося медицинской карты стационарного больного, по ним можно проследить весь этап диагностического процесса у каждого пациента, динамику его состояния, косвенно оценить результаты лечения. Официальная форма бланка записей, а также утвержденное «Руководство по сестринскому уходу» разработано и адаптировано условиям нашей клиники совместно со специалистами JICA (Япония), которые провели на базе РНЦЭМП 8-месячные учебные курсы с медсестрами реанимационного отделения, где больные наиболее нуждаются в сестринском уходе. Кроме того, наши японские коллеги организовали ряд семинаров с привлечением более широкой аудитории сестер Центра и его филиалов, а также ЛПУ г. Ташкента по всем основным аспектам лечебно-профилактической и организационной деятельности многопрофильного учреждения в ракурсе должностных обязанностей среднего медперсонала.

Для укрепления материально-технической базы сестринского процесса администрацией РНЦЭМП были выделены помещения с необходимым оснащением, достаточной площадью и удобным расположением для осуществления всех функциональных задач вышеназванных комитетов. Представительством JICA в Узбекистане в сестринский отдел РНЦЭМП на безвозмездной основе были переданы оргтехника и крупный набор технических средств обучения.

Этап внедрения сестринского процесса был начат с проведения теоретических и практических занятий по внедрению «Сестринских Записей». Инициативная группа была организована из числа старших медицинских сестер клинических отделений в количестве 19 человек. Занятия велись согласно плана мероприятий, утвержденных Главным врачом РНЦЭМП, и в соответствии с учебным планом, утвержденным Ученым Советом Центра. С 1 августа 2002 г. к инициативной группе присоединились другие медицинские сестра из числа наиболее активных и опытных сотрудников. В функциональные обязанности сестер, ответственных за внедрение сестринского процесса входят: совершенствование деятельности среднего медперсонала, внедрение в работу отделения современных форм и методов обслуживания и ухода за пациентами. По своей структуре и содержанию утвержденная форма «Сестринских записей» несёт двоякую функцию. Она является основным учетным документом, позволяющим проводить мониторинг за ходом внедрения сестринского процесса. Кроме того, в записях указаны все основные этапы и объем сестринского ухода, что сам по себе является практически удобным руководством по внедрению сестринских технологий в каждом конкретном случае.

В последующем в учебный процесс были привлечены медицинские сестры 4-х реанимационных отделений в составе 17 человек. Занятия завершились получением сертификатов инструктора по внутрибольничному обучению медсестер. Последнее давало право инструкторам проводить занятия в своих коллективах.

В настоящее время во всех клинических отделениях Центра специально обученными старшими сестрами и их помощниками (инициативная группа) проводятся занятия со средним медицинским персоналом каждого подразделения. В распоряжение каждой старшей медсестре и ее помощнику переданы учебный материал, они по графику посещают учебные комнаты со специально оборудованными техническими средствами обучения. В процессе внедрения новых сестринских технологий наибольшие сложности возникли из-за сложившихся стереотипов мышления и поведения как врачебного, так и среднего медицинского персонала, дефицита творческого начала и инициативы в их работе, недопонимания врачами роли медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе. В связи

с этим возникла острая необходимость в проведении разнонаправленных образовательных мероприятий в коллективе, В частности, при содействии Японской ассоциации международного сотрудничества с привлечением японских специалистов дважды были проведены семинары для медицинских сестер госпитальных подразделений всей системы экстренной медицины республики. Так как больные реанимационного отделения в наибольшей мере нуждаются в сестринском уходе, для среднего медицинского персонала данного подразделения отдельно были проведены специальные курсы по сестринскому процессу. Дефицит нехватки специальной литературы по сестринскому процессу был частично восполнен выпуском двух методических рекомендаций — «Рекомендации по заполнению листов сестринского процесса» и «Методические разработки для начинающих медсестер».

Опыт РНЦЭМП по новым сестринским технологиям заинтересовал наших американских коллег, которые пригласили нескольких наших старших медсестер в международный семинар, организованный на днях USAID (США) в г. Алматы. В ходе семинара специалисты по сестринскому делу из стран Восточной Европы и СНГ имели возможность подробно ознакомиться с новыми формами организации работы среднего медицинского персонала в системе экстренной медицинской помощи Узбекистана.

Вышеуказанная образовательная программа постепенно стала менять отношение работников к сестринскому процессу. В последующем возникла также такая отрадная тенденция, что сами клинические отделения выступают инициаторами нововведений в области сестринских технологий. Так, сотрудниками отделения эндохирургии была разработана альтернативная форма «Сестринских записей», учитывающая особенности контингента их больных и пожелания самих медсестер. Данная форма отражает не только объем лечебно-диагностических манипуляций, выполненных в соответствии со стандартами, но и индивидуализированный дополнительный перечень вмешательств, рекомендованных врачом во время совместного обхода. Подобный подход к ведению сестринских записей явился важным составляющим в повышении коллегиальности между врачом и средним медицинским персоналом.

В заключение необходимо остановиться на основных результатах первого этапа внедрения сестринского процесса в клиническую практику РНЦЭМП. Главным достижением последних лет, безусловно, является то, что медицинская сестра становится полноценным партнером врача, В условиях экстренной медицины с более высоким потоком тяжелых больных, требующих постоянного наблюдения и интенсивный уход, невозможно обеспечить непрерывный мониторинг и своевременное выполнение лечебно-диагностических манипуляций без активного участия медицинской сестры. В новых условиях сами сестры стали более ответственно относиться к своим обязанностям; появились чувства самоуважения и самокритичности, возникла атмосфера творческого состязания, постоянного повышения профессионализма, самообразования. Медсестра старается чаще находиться у постели больного, оказывает более квалифицированный уход за пациентом, активно и с большой изобретательностью содействует психологической разгрузке пациента, обеспечению более комфортного пребывания его в стационаре.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Махкамов Ф.Р., Мухамедова Н.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Огромная социальная значимость сферы здравоохранения и ее отличительные особенности, такие как высокая себестоимость услуг, асимметричность информации во взаимоотношениях между продавцом и покупателем, широкое распространение такого явления как моральный риск и др., делают актуальными как активное государственное регулирование рынка медицинских услуг, так и необходимость наличия профессиональных посредников, способных квалифицированно отстаивать права пациентов. Таковыми, как правило, выступают страховые организации.

Как показывает мировой опыт, медицинское страхование (как добровольное, так и обязательное) способно играть весьма положительную роль в повышении качества медицинских услуг, привлечении в отрасль здравоохранения дополнительных ресурсов, защите интересов и прав широких слоев населения. В Узбекистане эта отрасль страхования пока еще находится на начальной стадии своего развития. Но перед тем как приступить к освещению основных преимуществ медицинского страхования, давайте определим, что, же такое медицинское страхование. Медицинское страхование осуществляется в двух основных формах: обязательной и добровольной, каждая из которых имеет свои особенности, принципы и порядок проведения страхования.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – это один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания. Как правило, ОМС призвано обеспечить всем гражданам равные гарантированные возможности получения медицинской, лекарственной и профилактической помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами ОМС. Таким образом, ОМС – это разновидность социального страхования, выполняющего важные функции социальной защиты населения.

Добровольное медицинское страхование (ДМС), как и обязательное медицинское страхование, преследует цель предоставления гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования. Однако ДМС, в отличие от ОМС, является отраслью не социального, а коммерческого страхования. Поэтому если ОМС работает на основе принципа коллективной солидарности и направлено на

социальное выравнивание и обеспечение минимума благосостояния, то ДМС работает на основе принципа страховой эквивалентности, то есть по договору ДМС застрахованный получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

В Узбекистане в настоящее время продолжается реформа системы здравоохранения, направленная, на улучшение качества медицинских услуг и обеспечение бесплатными базовыми услугами населения, прежде всего за счет:

- улучшения материальной базы здравоохранения;
- повышения уровня подготовки и квалификации медицинских работников;
- оптимизации системы государственного финансирования отрасли, в том числе за счет сокращения неоправданных расходов и привязки направляемых бюджетных средств к результатам деятельности медицинских учреждений;
- укрепления первичного звена здравоохранения (где оказывается основная масса базовых услуг);
- развития негосударственного коммерческого сектора здравоохранения и частичной коммерциализации государственных медицинских учреждений;
- развития рыночной конкуренции в сфере платных медицинских услуг и укрепления механизмов защиты интересов и прав пациентов.

Одним из направлений совершенствования системы управления и финансирования здравоохранения является развитие в стране добровольного медицинского страхования, осуществляемого на коммерческой основе. Рынок ДМС Узбекистана обладает следующими специфическими особенностями: в большинстве случаев страхуется лишь экстренная медицинская помощь, но не лечение хронических заболеваний; доминирует корпоративное страхование, индивидуальное медицинское страхование пока редкое явление; хотя предоставление услуг по ДМС в Узбекистане менее выгодно по сравнению с большинством других видов страхования, страховые компании вводят и развивают данный вид страхования с целью расширения ассортимента своих услуг.

В развитых странах добровольное медицинское страхование носит дополнительный характер и реализуется помимо государственного финансирования и обязательного медицинского страхования. Государственное финансирование и ОМС охватывают базовые медицинские услуги, предоставляемые всем застрахованным лицам. ДМС покрывает дополнительные медицинские услуги, за которые государство не может гарантировать своим гражданам оплату из средств бюджета или ОМС. Анализ основных принципов медицинского страхования, применяемых в большинстве зарубежных стран, показывает, что практически везде широко применяется частичная оплата застрахованными лицами определенных медицинских услуг. Механизм сооплаты сдерживает пациентов от ненужных расходов, так как часть этих расходов идет непосредственно из их кармана. Другими отличительными признаками систем страхования здоровья является наличие «периода ожидания», предшествующего выплате оговоренного договором страхования пособия по нетрудоспособности или применение франшизы. Отметим, что в мире система здравоохранения, основанная на страховых принципах, позволяет добиться качественного медицинского обслуживания при ощутимо меньших расходах финансирования. О том, насколько широкие перспективы открываются для страховых компаний при развитии ОМС, говорит фактор соотношения страховых расходов к валовому внутреннему продукту (ВВП) в разных странах. В частности, страны Европы с развитой системой страховой медицины тратят около 6-9% ВВП, в Германии на здравоохранение расходуется около 11% ВВП, в США с применением частной оплаты медицинских услуг затраты составляют около 14% от ВВП. Впрочем, и эти расходы могут возрасти.

В России, например, обязательное медицинское страхование введено с 1993 года, с момента принятия федерального закона об обязательном медицинском страховании. Стоит отметить, что внедрение ОМС в России привело к многочисленным нарушениям и накручиванию услуг медицинских работников. Однако необходимо отметить что ОМС - изначально трудный вид бизнеса за незначительные средства, за которые нужно организовать делопроизводство, печатать полисы, содержать сотрудников, выпускать обязательные информационные материалы и т.д.

Еще одним слабым местом ОМС является вопрос решения лекарственного обеспечения. Например, в Европе существует разнообразие программ. В Великобритании часть лиц вообще не платит - пенсионеры, беременные и маленькие дети - или платит часть от фиксированной суммы (например, во Франции - от 0 до 65% и т.д.). То есть в этих странах основные расходы на лекарства несут государство, больничные кассы и т.д. В рыночных условиях пока ничего лучшего для контроля над расходами наших медицинских эскулапов, чем медицинское страхование, пока не создано. Третейским судьей в этом вопросе могут выступить именно страховые компании, которые будут максимально заинтересованы в эффективности лечебного процесса клиентов, без дополнительных «накруток» со стороны медицинских учреждений.

ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Махмудов О.О., Рузиматов Ш.Н., Мамажонов Х.Т., Ташланов М.М.
Андижанский филиал РНЦЭМП

В приёмное отделение АФРНЦЭМП ежедневно обращаются 10-15 человек с приступами головной боли (ГБ). В результате сортировки по причинам ГБ выявлено преобладание сосудистого компонента (гипертоническая болезнь, вертебробазилярная недостаточность, реже мигрень и др.), реже встречаются миофасциальные, посттравматические, комбинированные. Как правило, такие больные страдают ГБ длительное время (более 2-3 мес.), получают лечение, прописанное неврологом, либо занимаются самолечением - неконтролируемая медикаментозная терапия или используют «народные средства». В приёмном отделении обследованы 208 больных, обратившихся с ГБ. Всем больным проводилась экспресс-диагностика ГБ и определение её типа. Установлен необходимый минимум обследования при ГБ: осмотр невролога, нейрохирурга, окулиста, рентгенологическое исследование черепа, а по показаниям и шейного отдела позвоночника. Мы дополнили обследование «пробой с кофеином бензоатом натрия», с последующим выведением подтипов ГБ с градацией от «быстрого/сосудистого» (подтип IA) до «инертного/смешанного» (подтип IIIC).

Для снятия болевого синдрома, наряду с традиционными медикаментозными препаратами, мы использовали региональную лимфотропную (межфасциальную) терапию с введением диуретиков при гипертензионном синдроме; анальгетиков и НПВС при миофасциальном синдроме в премастоидальную, югулярную или шейную области. Для лимфостимуляции предпочтение отдавали диуретическим препаратам, обеспечивающие двоякий эффект при ГБ – увеличение тропности тканей к анальгетикам, снижение отёка тканей и общей дегидратации. Следует отметить, что при проведении региональной лимфотропной терапии в премастоидальной области создания лимфостаза не требовалось.

Выводы. Лимфотропная терапия при ГБ эффективна для купирования как гипертензионного компонента, так и миофасциальной боли. Продолжительность болеутоляющего действия при сочетании анальгетиков, НПВС и лимфотропного введения диуретиков достигает 16–18 часов. При введении в премастоидальную область анальгина 0,25% 0,5 и прокаина 0,5% 4,5 либо цианкобаламина 150 мкг и прокаина 0,5% 4,0, наряду с болеутоляющим действием, достигается и седативный эффект, что снижает вероятность повторения ГБ.

ЭКСПРЕСС-ТЕСТ ДИСКОРАДИКУЛЯРНОГО СИНДРОМА

Махмудов О.О., Рузиматов Ш.Н., Ташланов М.М., Игамназаров Ж.Ж., Набиев Ф.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Взгляды на выбор метода оперативного или консервативного методов лечения дискорадикулярногосиндрома (ДС) вариабельны и порой диктуются критериями не медицинского характера. Мы применяем индивидуальный подход к выбору метода лечения. Критериями, которые носят приоритетный характер при определении степени компрессии корешков спинного мозга пролабированными сегментами межпозвоночных дисков, являются: 1) выраженность болевого синдрома, 2) наличие неврологического дефицита в иннервируемом сегменте, 3) проводниковые или тазовые расстройства, 4) неэффективность консервативных методов лечения. Однако, при обращении больных впервые, либо в экстренном порядке, при обострении болевого синдрома недостаточно времени для полноценного определения неврологической симптоматики и выбора тактики лечения. Топическая диагностика и определение выраженности неврологической симптоматики требуют массу времени.

Для этого нами разработан метод экспресс-диагностики дискорадикулярного синдрома при поясничном остеохондрозе. Суть метода заключается в предварительном обезболивании пациента медикаментозными средствами с последующим исследованием невростатуса и проведением экспресс-теста. Экспресс-тест состоит из четырёх приёмов: упор на край стола выпрямленными руками, расслабление мышц спины, вис на руках, проверка «кашлевого толчка».

Данная методика, в отличие от вытяжения по оси в положении лежа, позволяет контролировать силу вытяжения, положение поясничных позвонков, возможность угловой и фронтальной коррекции самим больным.

Нами обследованы 75 пациентов, обратившихся с жалобами на сильные боли в пояснице с иррадиацией в отдельные части ног, имевшие в анамнезе неоднократные приступы люмбаго, люмбоишиалгии. Причинами обострений были падения (18), поднятие тяжести (42), работы по хозяйству (15). Рентгенологически у 68 больных диагностирован остеохондроз поясничного отдела позвоночника, у 5 – различной степени выраженности переломы тел позвонков, у 2 изменений в костных структурах не выявлено. При проведении теста у 48 больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, осложненным дискорадикулярным синдромом достигнут положительный эффект в виде снижения болевого синдрома на 50-60%, из них у 26 (54,2%) «кашлевой толчок» оставался положительным, но меньшей интенсивности; у 16 (33,3%) удалось добиться полного исчезновения болей с отрицательным «кашлевым толчком». У 4х пациентов наблюдалось усиление болей – дополнительно проведенные рентгенологические исследования выявили признаки нестабильности позвонков.

Таким образом, экспресс-тест на вправимость грыжи диска и состояние связочного аппарата в поясничном отделе позвоночника в условиях приёмного отделения позволяет быстро определить степень дискорадикулярного конфликта, его обратимость, а в некоторых ситуациях дифференцировать с другими синдромами, вызванными, например, нестабильностью, травмами связочного аппарата позвоночника.

РИСК РАЗВИТИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Машарипов М.С., Адамбоева З., Худайназаров И.А., Жуманиёзов Д.К.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучение маркеров возникновения мерцательной аритмии (МА) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ) на фоне синусового ритма с помощью анализа показателей неинвазивных клинико-инструментальных методов исследования. Оценка корреляции полученных показателей и возникновения МА, ранжирование их по степени значимости.

Методы исследования. Основную группу составили 103 больных с ИБС и АГ с верифицированными эпизодами МА, группу сравнения – 81 пациент без аритмии. При – меняли клинико–анамнестический метод, электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоКГ).

Результаты. У лиц с МА максимальная длительность зубца Р оказалась на 4 мс больше, а минимальная продолжительность на 6,5 мс меньше, чем в группе сравнения ($p<0,05$). Дисперсия зубца Р при МА была выше на 10 мс, а нормированная длительность зубца Р – в 2 раза меньше, чем у больных без аритмии ($p<0,01$). Максимальная длительность и дисперсия интервала PQ у лиц с приступами МА оказалась соответственно на 10 и 9 мс больше, чем в группе сравнения (оба $p<0,01$). Дилатация левого предсердия (ЛП)>4,0 см в основной группе встречалась в 1,3 раза чаще, чем в группе сравнения ($p<0,05$). По значимости корреляций с появлением МА показатели ранжировались следующим образом: нормированное значение длительности волны Р, дисперсия зубца Р и интервала PQ, максимальная и минимальная длительность предсердного комплекса, парные суправентрикулярные экстрасистолы, дилатация ЛП>4,0см, «гипертрофический» характер трансмитрального кровотока (ТМК), концентрическая гипертрофия и концентрическое ремоделирование ЛЖ.

Выводы. Риск возникновения МА у больных с ИБС и АГ чаще ассоциируется с уменьшением нормированных значений дисперсии волны Р, увеличением значений максимальной длительности и дисперсии зубца Р и интервала PQ при ЭКГ. Для возникновения МА характерны «гипертрофический» характер ТМК, дилатация ЛП>4,0 см, а также концентрическая гипертрофия и концентрическое ремоделирование ЛЖ при ЭхоКГ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СТРЕПТОКИНАЗОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Мирсайдуллаев М.М. (млад.), Мирсайдуллаев М.М., Кучкаров А., Муминов М., Соткинов Т.Х.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. Изучена эффективность применения стрептокиназы у 51 больного в зависимости от локализации инфаркта миокарда (передний – нижний). Средний возраст больных 57,3±10,4 года.

На основании данных ЭКГ больные с ИМ передней и нижней стенок были разделены на 2 группы. В 1-ю группу с передней локализацией ИМ вошли 29 человек, во 2-ю – 22 человека. Всем больным вводилась стрептокиназа в стандартной дозировке. Эффективность тромболитической терапии (ТЛТ) оценивалась по снижению сегмента ST более чем на 50% от исходного уровня через 90 мин от начала введения стрептокиназы.

Результаты. Среднее время поступления от начала заболевания в группе с передним ИМ было равно 3,5±6 ч, с нижним ИМ – 2,9±1,5 ч (разница статистически не достоверна). Среднее время от момента поступления больного в отделение кардиореанимации до начала введения стрептокиназы (показатель «дверь-игла») в группах также достоверно не различалось – 20,8±13,3 мин в 1-й группе и 21,1±13,8 мин во 2-й. В 1-й группе эффективность ТЛТ составила 86,2% (без эффекта у 4 больных), во 2-й – 86,4% (без эффекта у 3 больных). Разница между группами также статистически не достоверна.

Выводы. Достоверных различий эффективности ТЛТ стрептокиназой в зависимости от локализации ИМ (передний, нижний) не выявлено. Эффективность ТЛТ стрептокиназой в целом составляет 86,3%, при ее проведении в течение 3 ч от начала развития инфаркта миокарда и при выполнения требования «время дверь-игла» – менее 30 минут.

СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Мирсайдуллаев М.М. (млад.), Муминов М., Саттаров Р., Расулов А.А.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценка соответствия тактики ведения больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСБПST) в клинической практике с использованием современных клинических рекомендаций.

Материал и методы. Ретроспективному анализу были подвергнуты 80 пациентов, находившиеся на лечении в отделении неотложной кардиологии Наманганского филиала РНЦЭМП в 2011-2012 гг.

Результаты. Мужчин с диагнозом КСБПST составили 57,5%, женщины - 42,5% в возрасте 60–69 (33%) и 50-59 лет (32%). Стратификация риска на стационарном этапе не проводилась ни у одного больного. По результатам использования шкалы TIMI низкий риск (0-2 балла) установлен у 60% обследованных, проме-

жуточный (3-4 балла) – у 30% и высокий (5-7 баллов) – у 10%. Антикоагулянтная терапия чаще всего проводилась нефракционированным гепарином (НФГ), вводимым подкожно в дозе 5000 ЕД 4 раза в день в течение 5±2 дней: соответственно у 51, 55 и 79% больных низкого, промежуточного и высокого риска. Низкомолекулярные гепарины (эноксапарин) применялись всего у 18 пациентов: у 8 – с промежуточным, у 5 – с низким риском и у 5 с высоким риском. Антикоагулянтная терапия не проводилась у 14% больных с низким и у 2% – с промежуточным риском. Дезагрегантная терапия проводилась у 97,5% больных, из них у 70% больных – в виде комбинации (наиболее часто аспирин + зилт). 2,5% пациентам дезагреганты не назначались. β-адреноблокаторы применялись у 65% пациентов, у 35% больных не назначались, 30% из них имели противопоказания к применению указанных препаратов. Целевая ЧСС (50-60 уд. в мин) была достигнута у 55% больных. На стационарном этапе большинству больных были также назначены статины: аторвастатин (52%), симвастатин (37%) , розувастатин (1%). 10% пациентам они не назначались без видимых противопоказаний.

Выводы. Стратификация риска неблагоприятного исхода в первые 12 часов после поступления является инструментом оптимизации ведения больных ОКСБПST. В группу высокого риска входят лишь 10% пациентов, госпитализированных с указанным диагнозом. Ведение больных ОКСБПST осуществлялось без учета категории риска и не вполне соответствовало современным рекомендациям. Поэтому необходимо внедрение современных шкал оценки риска (GRACE, TIMI) с целью обеспечения адекватного лечения пациентов, в первую очередь – групп высокого риска.

ПРОБЛЕМЫ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ

Мирсоидова Х.М., Джалилова Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Подростковый возраст занимает особое место в развитии и становлении человека, так как происходит биологическая и психологическая перестройка организма, адаптация к новому социальному окружению. В этот период отмечается стремление к независимости, поиску новой идентификации, отходу от родительских взглядов и ценностей.

Гормональные процессы, происходящие в организме подростка, оказывают большое влияние на половое и эмоциональное поведение, которое временами может проявляться в агрессивности. Осознание этого обстоятельства очень важно для понимания, особенностей поведения подростка. Психологической особенностью подросткового возраста является зависимость подростка от большого числа микросоциальных (семьи, школы, ближайшего окружения) и макросоциальных (общества в целом и его культуры) факторов окружающей среды. Этому периоду свойственны стремление к быстрому познанию мира взрослых, желание мыслить по-взрослому. Социальное развитие подростка состоит в познании роли человека в обществе и путей реализации этой роли, в восприятии ценностей и норм в различных сферах жизни, в том числе в сфере здоровья.

Во второй половине XX века была отмечена акселерация девочек-подростков. Половое созревание приводит к формированию устойчивых половых потребностей, которые наряду с материальными и духовными являются мощным источником сексуальной активности. Сочетание этой тенденции с низкой контрацептивной культурой привело к росту числа абортов и заболеваний, передающихся половым путём.

Между тем Всемирной организацией здравоохранения в «Специальной программе научных работ, развития и научных экспериментов в воспроизводстве человека» (1998 г.) проблема сексуального и репродуктивного здоровья подростков была определена как приоритетное направление. Занимаясь анализом проблемы репродуктивного здоровья, было решено изучить, какими сведениями по данному вопросу располагают сами врачи общей практики, ибо от их информированности и специальных знаний зависит качество профилактической работы с подростками.

Для решения проблемы репродуктивного потенциала молодежи представляется необходимой реализация следующих медико-социальных мер.

Во-первых, «оздоровление» демографической ситуации и института семьи, то есть повышение престижа модели здоровой семьи; актуализация значимости официально зарегистрированного брака; снижение доли семей, возникших по причине наступления беременности; формирование ответственного отношения к планированию зачатия ребенка, рождению и воспитанию ребенка, как у будущих матерей, так и будущих отцов (даже в большей степени); создание установок тендерного партнерства и семейной толерантности. Во-вторых, необходим комплекс конкретных мер по улучшению здоровья молодежи. Решение этой задачи возможно только при выполнении первой задачи. Молодежь должна понимать значение собственного здоровья как важнейшей ценности (не только индивидуальной, но и государственной!) и осознавать ключевую роль своего поведения в его формировании. Важным также представляется наличие условий для реализации установок на сохранение собственного здоровья, а именно: расширение доступа молодежи (критический возраст – 15-16 лет) к информации о планировании беременности, безопасном сексуальном поведении, получении тех или иных услуг медицинского назначения в сфере репродуктивного здоровья. На наш взгляд, необходимо обеспечить создание и поддержку социальных норм девственности до брака: такие молодые люди не должны чувствовать себя «белыми воронами» в молодежном микросоциуме.

Репродуктивный потенциал молодежи объединяет имеющиеся у общества ресурсы демографического развития, которые являются базой дальнейшего фор-

мирования социального благополучия. Не ограничиваясь количественными параметрами воспроизводства, он охватывает и его качественную сторону, отличающую воспроизводство разумной человеческой популяции. Поэтому его можно рассматривать как важнейший критерий общественного прогресса. Социальная роль системы здравоохранения в современных условиях - не только в решении внутренних задач, но и в координации усилий всего общества в направлении формирования и оптимальной реализации репродуктивного потенциала молодежи как категории общественного прогресса.

Для реализации этой роли (третье направление в числе комплекса предлагаемых мер) необходимо, во-первых, понимание и поддержка приоритета социального результата деятельности системы профессионалами здравоохранения всех уровней; во-вторых, осознание необходимости подключения общества и его институтов к решению задач охраны здоровья, то есть дальнейшего развития в республике общественного здравоохранения. Первое требует повышения социологической культуры медиков. Второе - роста медицинской культуры общества, а учитывая важнейшую роль семьи как основного института социализации, прежде всего роста культуры семьи. И то, и другое взаимосвязано и взаимообусловлено.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЗИНАЦЕФА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Мухаммаджонов Б.М., Худойназаров Ч .Н., Муродов С.Н., Элсариева М.Ш.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Антибактериальная терапия является основным методом лечения больных с внутрибольничными пневмониями. Как известно, развитию внутрибольничных пневмоний способствует инфекция, при этом большая роль принадлежит пневмококку,стрептококу,вирусной,микоплазменной инфекции. Выбор антибактериального средства должен проводиться не только после установления вида возбудителя,но и с учетом эффективности проводившийся ранее терапии. При резистентности к другим антибактериальным препаратам или повышенной чувствительности высокоэффективными препаратами могут быть цефалоспорины, так как они хорошо проникают в слизистую оболчку бронхопульмональной системы.

Нами при лечении различных форм внутрибольничных пневмоний из группы цефалоспоринов использован зинацеф, обладающий высоким бактериостатическим и бактерицидным действием. Под наблюдением были 48 больных, из них 42 с внутрибольничной пневмонией затяжного течения. Зинацеф применялся в дозе 750 мг 3 раз в сутки в/м.Критерием эффективности лечения служили клинические и лабораторные признаки: снижение температуры тела, уменьшение интоксикации, улучшение общего состояния, нормализация СОЭ, лейкоцитарной формулы, биохимических показателей воспаления, уменьшение количества гноя в мокроте, положительная динамика аускультативных и рентгенологических данных. Побочных эффектов не отмечалось.

Таким образом, препарат зинацеф, являясь высокоэффективым цефалоспорином, может использоваться в комплексной терапии внутрибольничных пневмоний, особенно в случаях устойчивости микрофлоры к большинству препаратов.

ИЗМЕНЕНИЕ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Назарова З.Ш., Рофеев М.Ш., Исаметдинова М.В., Закиева М.В.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Кислотно-щелочное состояние крови изучено нами методом Аструпа у 32 больных с острым инфарктом миокарда. По нормограмме рассчитывались буферные основания (BB), избыток или дефицит буферных оснований (Be), стандартные бикарбонаты (SB), истинные бикарбонаты (AB), напряжение углекислого газа (pCO2) и общий CO2 (TCO2).

У больных инфарктом миокарда, не осложненным шоком, в первые сутки заболевания наблюдаются незначительные нарушения кислотно-щелочного состояния. У 10 больных показатели кислотно-щелочного состояния были в норме, у 18 наблюдался метаболический ацидоз, у 4 – дыхательный алкалоз. Анализ полученных данных показал, что изменение показателей кислотно-щелочного состояния в сторону ацидоза чаще отмечалось у больных с инфарктом миокарда с явлением застойной сердечной недостаточности.

У 20 больных pH крови был в пределах нормы, у 9 увеличился 7,46–7,49, у 3 снизился до 7,34–7,31. В среднем pH был равен 7,40.

Декомпенсированный метаболический ацидоз со снижением величины pH крови отмечался у больных с более тяжелым течением инфаркта миокарда, особенно с шоком, когда компенсаторные возможности организма оказываются исчерпанными.

Напряжение углекислого газа в крови у 25 больных было нормальным, у 5 снижалось до 34,5–23,0 мм рт.ст., у 2 больных PCO2 превышало верхнюю границу нормы (46,5–47,0 мм рт.ст.).

В среднем напряжение углекислого газа в крови составило 35,8 мм рт.ст.

Концентрация стандартных бикарбонатов в среднем сохранялась в пределах 22,3 мэкв/л, а напряжение кислорода в крови 77 мм рт.ст.

Таким образом, у больных с инфарктом миокарда существенно нарушаются кислотно-щелочное равновесие и напряжение кислорода крови. Выявлена закономерная тенденция к смещению кислотно-щелочного равновесия в сторону метаболического ацидоза и артериальной гипоксемии.

ИЗУЧЕНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПМСП

Расулова Д.Д., Махмудова Н.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Согласно международной договоренности, концептуальной моделью сестринского дела являются четыре парадигмы: деятельность среднего медперсонала, его личность, окружающая среда в которой она работает и здоровье обслуживаемого ею населения.

Объектом деятельности медицинской сестры является пациент, человек как совокупность физиологических, психосоциальных и духовных потребностей, удовлетворение которых способствует здоровью нации росту, развитию и слиянию его с окружающей средой.

Медицинской сестре приходится работать с разными категориями пациентов. И для каждого пациента сестра должна создавать атмосферу уважительного отношения к его настоящему суждению, жизненным позициям, обычаям и убеждениям, особенно касающихся его здоровья, здоровья его окружающих.

Окружающая среда рассматривается как важнейший фактор, оказывающий влияние на жизнедеятельность и здоровье человека. Каждая медицинская сестра должна понять что человек включает в себя совокупность социальных, психологических и духовных условий, в которых протекает его жизнедеятельность.

Основной принцип философии сестринского дела – уважение прав и достоинств человека. Международным советом медицинских сестер был разработан кодекс поведения медицинских сестер. Согласно этому кодексу, фундаментальная ответственность медсестер имеет четыре главных аспекта: 1) содействие укреплению здоровья, 2) профилактика заболеваний, 3) восстановление здоровья, 4) облегчение страданий. Этот кодекс определяет также ответственность медицинских сестер перед обществом и коллегами.

Наиболее ответственных участкам работы медицинских сестер является первичное звено здравоохранения (СВП, семейная поликлиника и др.)

Эффективное трудовое поведение на любом участке предполагает, что человек, добросовестно исполняющий свои функциональные обязанности, готовый в интересах дела, проявляя активность, готовность к сотрудничеству и совершенствованию и внедрению нового для удовлетворения своим трудом в свою деятельность. Естественно, что постоянно повышать знания по своей профессии и квалификации качествам. Однако профессиональная подготовка и квалификация являются лишь предпосылкой эффективного трудового поведения, но не всегда дающий нужные результаты, если они не используются в своей практической деятельности.

Повышение качества сестринской деятельности находится в прямой зависимости от квалификации работников, их осведомленности в вопросах современного состояния медицины.

В большинстве случаев медсестры, сами того не замечая, ограничиваются ранее полученными знаниями не занимаются собственным развитием, соблазняясь обманчивым покоем, устойчивостью и безопасностью. Это делает их работу однообразной, скучной и беспросветной, что может вызвать усталость и утомление, особенно это заметно в первичном звене здравоохранения. Для полноценного использования потенциала среднего медработника необходимо создание ей условий на производстве для полноценной работы на своем участке постоянный контроль их деятельности и систематическое использование образования.

Дело здесь в эмоциональном отношении к себе, своей профессии, а значит и к своим пациентам. На это влияют три фактора: Социальный (статус профессии, значимость в обществе). Личностный (связанный с направленностью личности – отношение к людям, делу, внутренний компонент мотивации достижения и т. д.). Фактор среды (места работы). Огромное значение имеют взаимоотношения с коллегами в коллективе, активного совместного решения профессиональных задач. Коллектив (нередко – включая администрацию) может снижать мотивацию деятельности своим общим негативным или равнодушным отношением к медицинской сестре. Кроме того условия работы могут не способствовать успешному осуществлению профессиональных задач: перезагруженность пациентами, отсутствие необходимых медикаментов, общая низкая материально-техническая база учреждений ПМСП, отсутствие полноценного отдыха сотрудников этих учреждений и др. факторы быта.

Несоответствие этих трёх факторов или одного из выполняемой работы могут вызвать у человека неудовлетворённость работой и её результатами, разочарование, чувство беспомощности, что незамедлительно скажется и на эффективности-производительности его труда, т.е. на состояние здоровья прикрепленного населения.

Создание нормальных условий труда заключается в обеспечении благоприятной обстановки на рабочем месте – устранение тяжелых физических работ, труда во вредных и аварийных условиях, снижении его монотонности, нервной напряженности и т.д.Однако условия труда необходимо понимать как результат действия множества взаимосвязанных факторов производственного и социально-психологического характера. Потому, проводя мероприятия по улучшению условий труда на предприятии, высшему руководству и инженерным службам надо учитывать все факторы условий труда. От этого зависит эффективность проводимых мероприятий. В решении проблемы улучшения условий труда большую роль играет планомерность осуществления мероприятий. Основным документом, определяющим сущность и очередность проведения мероприятий в области улучшения условий труда, является план мероприятий по улучшению и оздоровлению условий труда в организации. План составляется на основе результатов аттестации рабочих мест по условиям труда аттестационной комиссией с учетом предложений, поступивших от подразделений организации или отдельных работников. План должен

предусматривать мероприятия по улучшению техники и технологии, применению средств индивидуальной и коллективной защиты, оздоровительные мероприятия, а также мероприятия по охране и организации труда. Условия труда на предприятии как условия жизни работников в процессе их деятельности, являются одновременно элементом производственной системы и объектом организации, планирования и управления. Поэтому изменение условий труда невозможно без вмешательства в производственный процесс. То есть необходимо сочетать, с одной стороны, условия труда, с другой – технологию производственных процессов.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ КОРАКСАНОМ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Рахимов Э.З., Норова Г.Ш., Акрамова Ш.Р.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучение эффективности и безопасности применения кораксана в комплексной терапии больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Обследованы 20 больных в возрасте 53–70 лет с ХОБЛ II-IIIстепени в стадии обострения. У всех больных регистрировалась стабильная стенокардия напряжения II-III ФК и артериальная гипертония III стадии с АГ II ст. Риск V. Пациенты получали базисную терапию (нитраты, блокаторы ангиотензиновых рецепторов (БАР),ингаляционные бронхолитики, диуретики, антибиотики, муколитики) и кораксан по 7,5 мг 2 раза в день (IF-ингибитор селективного и специфического действия – ивабрадин) в течение 8 дней. Ежедневно оценивали артериальное давление (АД), число сердечных сокращений (ЧСС), проводили тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), спирографию; ЭКГ и ЭхоКГ выполняли при поступлении в стационар и через 8 дней после начала лечения.

При ежедневной регистрации отмечалось снижение АД. Уровень систолического АД (САД) снизился на 16%, диастолического АД (ДАД) на 15%, ЧСС в среднем на 6–7 уд/мин.

При проведении ТШХ расстояние пройденное пациентами до лечения, в среднем составило 246±90 м, после лечения – 275±94 м. По данным спирографии выявлено увеличение всех показателей ФВД. Жизненная емкость легких увеличилась на 4,5%, форсированная жизненная емкость легких – на 3,8%, объем форсированного выдоха – на 8,2 %.

По данным ЭхоКГ, отмечалась тенденция к улучшению показателей внутрисердечной гемодинамики: левое предсердие уменьшилось на 2,5%, конечно-диастолический размер левого желудочка на 4,4%, конечно-систолический размер левого желудочка на 7%, правый желудочек на 3,4%,фракция выброса (ФВ) увеличилась на 8%. Улучшилась диастолическая функция правого желудочка: уменьшилось показатель Е/А до лечения был равен 1,1± 0,04, после лечения 0,81± 0,03.

Таким образом, использование кораксана на фоне базисной интенсивной терапии при лечении больных с сочетанной кардиопульмональной патологией приводит к достоверному снижению АД и ЧСС, уменьшения приступов стенокардии. Увеличивает толерантность к физической нагрузке, не ухудшает функцию внешного дыхания, наблюдается тенденция к улучшению внутрисердечной кардиогемодинамики.

ЭКСТРЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОЛЕЙКОЗА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ СИЛЬНЫМИ ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ, У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Солиев Д.К., Солиев К.К., Ахмедова Х.Ю., Солиева М.О., Абдурахмонова М.А., Тошбоев А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Материал и методы. Изучены результаты лечения 27 больных с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ), у 6 из которых клинические признаки нейролейкоза, подтвержденного наличием лимфобластов в эндолюмбальной жидкости, полученной путем пункции спинномозговой жидкости. Возраст больных от 14 до 19 лет.

Результаты. Все 6 больных ОЛЛ, осложненным нейролейкозом, получали полихимиотерапию, по схемам ВАМП, ЦВАМП, СОАР в зависимости от индивидуальной чувствительности и двукратное эндолюмбальное введение 12,5 мг метотрексата, гемокомпонентное и другое симптоматическое лечение.

Одним из ведущих симптомов нейролейкоза являются сильные упорные внутричерепные боли, цитоз в эндолюмбальной жидкости.

Высокую температуру тела, сильные головные боли, слабость, сердцебиение, тошноту, рвоту и другие клинические симптомы удалось снять обычно после первого, реже – второго курса лечения.

Клиническая и гематологическая полная ремиссия обычно достигалась к концу 3 курса полихимиотерапии. Для подкрепления достигнутой ремиссии и профилактики нейролейкоза в течение 17 дней обычно проводили пяти кратное эндолюмбальное введение по 12,5 мг метотрексата с одновременным облучением головы 2400 Рад с экранированием глазной и спинномозговой частями.

Полную ремиссию в течение 3-5 лет и более удалось достичь у 5 пациентов. Затем больных переводили на постоянную поддерживающую полихимиотерапию в зависимости от того, какая программа лечения оказалась эффективной. Умер 1 больной поступивший в поздние сроки с нейролейкозом в терминальной стадии ОЛЛ.

Выводы. Правильно подобранная программа полихимиотерапия в комплексе с другим лечением позволяет снять внутричерепные головные боли и других токсические явления при ОЛЛ.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ МАССИВНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ

Солиев К.К., Абдувахобова Н.Р., Солиев Д.К., Ахмедова Х.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт

При тромбоцитопении иногда наблюдаются угрожающие жизни больного профузные кровотечения различной локализации и степени. По данным Miller-Eckhard, на 100 тыс. населения приходится 4,5 лица мужского и 7,5 лица женского пола, страдающих идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, которая в большинстве случаев является аутоиммунной.

Цель. Изучение эффективности трансфузии тромбоцитарной массы при массивном кровотечении у больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой.

Материал и методы. Обследованы 34 больных тромбоцитопенической пурпурой находившихся на лечении в гематологическом отделении клиники Андижанского государственного медицинского института, из них 27 женщин и 17 мужчин. У больных определяли количество тромбоцитов, время свертывания крови, тромбоцитограмму, протромбиновый индекс по обще принятой методике.

Результаты. У всех 27 женщин с тромбоцитопенической пурпурой тяжелой степени были маточные кровотечения. Уровень гемоглобина у них в среднем составлял 56,6±6,2 г/л, количество эритроцитов – 2,16±0,14x10^{12}/л, тромбоцитов – 80,6±10,2x10^{9}/л, ПТИ – 60,5±3,5%. Больные получали экстренную неотложную помощь, которая включала общие гемостатические препараты, викасол, дицинон, ε-аминокапроновую кислоту, свежеприготовленную нативную плазму, переливание одногруппной эритроцитарной массы и препараты сокращающие матку. Однако несмотря на проведение обще гемостатической терапии кровотечение у больных продолжалось. Лишь после переливания одногруппной свежеприготовленной (срок годность 6 ч с момента заготовки) тромбоцитарной массы 4-8 доз в сутки и применения гормональной терапии в дозе 60-120 мг на 3-и сутки наблюдалась остановка кровотечения.

У 17 мужчин с тяжелой степенью тромбоцитопенической пурпуры с носовыми кровотечениями уровень гемоглобина в среднем составлял 46,7±3,4 г/л, количество эритроцитов – 1,8±0,34x10^{12}/л, тромбоцитов – 56±2,8x10^{9}/л, ПТИ – 65,7±4,6%. Больным проводились обще гемостатическая терапия и тампонада носа, однако носовые кровотечения продолжались. После дополнительного назначения преднизолона в суточной дозе 90 мг и переливания одногруппной тромбоцитарной массы 2–4 дозы, применения заместительной и гормональной терапии на 5-6 сутки кровотечения были остановлены.

Вывод. При тромбоцитопенической пурпуре с тяжелыми носовыми и маточными кровотечениями на фоне обще гемостатической терапии необходимо применение заместительной терапии, переливание свежей приготовленной одногруппной тромбоцитарной массы в суточной дозе 4-8 доз и глюкокортикоидной терапии в дозе 60–120 мг в сутки.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ГЕМОЦИТОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Солиев К.К., Солиева М.О., Мирзаахмедова И.З., Солиев Д. К., Юлдашева Н.Э., Каримов М.К.

Андижанский государственный медицинский институт

У большинства больных хроническим миелолейкозом (ХМЛ) бластным кризом в терминальной стадии наблюдаются нарушения иммунного статуса, связанные с основным заболеванием, а также под влиянием цитостатических препаратов, особенно антиметаболитов.

Материал исследования. Обследованы 82 больных хроническим миелолейкозом, из них 18 с бластным кризом в терминальной стадии, находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении клиники АндГосМИ в 1998–2004 гг.

Результаты. Всем больным ХМЛ с бластным кризисом в терминальной стадии проводили полихимиотерапию по схемам ВАМП, ЦВАМП, 5+2, ЦОАП. У 9 (50%) больных развилась пневмония, у 2 (11,5%) отмечалось септическое состояние, у 5 (27%) – различные гнойные поражения кожи, фурункулы, гнойный отит, некротическая ангина, язвенно-некротическая поражения слизистой оболочки полости рта; у 2 (11,5%) больных наблюдались осложнения со стороны ЖКТ в виде токсического энтерита, диареи. Для предотвращения осложнений со стороны органов дыхания больным профилактически назначали антибиотики, иммуномодуляторы, плазматерапию, иммуноглобулин и санацию полости рта. К факторам, усиливающим риск развития инфекции, относится глубина и длительность гранулоцитопении. При цитопении назначали граноцит по 150 мкг (19,2 млн.МЕ)/м^2 подкожно ежедневно в среднем от 3 до 7 дней, иммуномодулин 0,01% 1 мл внутримышечно ежедневно в течение 10 дней.

Выводы. У больных хроническим миелолейкозом с бластным кризом в терминальной стадии имеются нарушения иммунного статуса, связанные с течением лейкозного процесса. При нейтропении (уменьшение количества лейкоцитов ниже 1000 в 1 мкл) необходимо начинать антибиотикотерапию с целью профилактики вторичной инфекции на фоне цитостатической терапии. При длительном лечении антибиотиками при продолжающейся лихорадке необходимо дополнительно использовать противогрибковые, а в последующем – противовирусные препараты.

СПЛЕНЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ БЕТА-ТАЛАССЕМИЯМИ, ОСЛОЖНЁННЫМИ ИНФАРКТОМ СЕЛЕЗЁНКИ

Солиев К.К., Солиев Д.К., Ахмедова Х.Ю., Тошбоев А.Б., Абдурахмонова М.А., Юлдашева Н.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Бета-талассемия является наследственной эритроцитопатией, которая осложняется инфарктом селезёнки. По нашим данным, наследственными эритроцитопатиями в регионе страдают 3,71% населения.

Цель и методы. Существующие методы лечения малоэффективны и дают лишь временное улучшение. Заболевание постепенно прогрессирует, в конечном итоге наступает цирроз печени с ее декомпенсацией и инвалидизацией больного. В гематологическом отделении клиники АндГосМИ на учете состоят более 550 больных с наследственными гемоглобинопатиями.

Результаты. Спленэктомия произведена 15 больным с бета-талассемией. У 2 больных было инфаркт селезёнки. Возраст больных – от 11 до 32 лет. До операции селезенка была увеличена, наблюдалось также картина цирроза печени в стадии компенсации. Уровень общего гемоглобина составил 49,1±4,4 г/л, число эритроцитов 3,73х 10^{12} /л, цветной показатель 0.82±0.01. Послеоперационный период протекал без осложнений. В первые 2–3 месяца после операции показатели периферической крови значительно улучшились: Hb 98,2±5,2 г/л, эр. 3,73±0,54х10^{12}/л, цв. пок. 0,82±0,01 ($p<0,001$; $p<0,01$, $p<0,02$). У этих больных гемолитические кризы стали реже, самочувствие и работоспособность значительно улучшились.

Выводы. В большинстве случаев при лечении наследственных гемолитических анемий, обусловленных молекулярным дефектами гемоглобина, осложненных инфарктом селезёнки, спленэктомия может стать операцией выбора, поскольку спленомегалия рано или поздно осложняется портальным циррозом печени.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК И ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Таджибаев А.Т., Юлдашев Ф.А., Шоабсаров А.А., Турсунбаев О.Ф.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

У человека выделяют две основные формы поликистозной болезни почек, различающиеся по типу наследования: аутосомно-рецессивная поликистозная болезнь почек (характерна для детского возраста) и аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек (чаще проявляется в возрасте 30-40 лет).

Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек встречается в человеческой популяции с частотой 1/400 — 1/1000 и является одной из наиболее распространённых генетических болезней. В мире таких больных насчитывается 10–12 млн. В 85 % случаев аутосомно-доминантного поликистоза почек вызваны мутацией гена PKD1, локализованного в регионе 16p13.3 и кодирующего белок полицистин-1 (в этом случае средний возраст развития терминальной почечной недостаточности составляет 54 года), 15 % случаев связаны с мутацией гена PKD2 в регионе 4q21, кодирующего белок полицистин-2 (средний возраст развития терминальной почечной недостаточности 74 года). Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек в 90 % случаев наследуется от родителей, а примерно в 10 % случаев является результатом спонтанных мутаций гена.

Цель исследования. Изучение числа госпитализированных больных с диагнозами поликистоз почек и острый гломерулонефрит (ОГН), гематурическая форма и исходов этих заболеваний.

Методы исследования. Анализ статистических талонов и историй болезни в период с 2000 по 2013 гг., подсчет числа госпитализированных в отделение токсикологической реанимации и ОПН с ЭКД больных с диагнозом поликистоз почек в отделение нефрологии ТашМИ.

Результаты. В 2000–2013 гг. с диагнозом поликистоз почек были госпитализированы 12 (100%) больных в возрасте от 21 года до 54 лет, из них 8 (66,6%) женщин и 4 (33,3%) мужчин. У 10 (83,3%) больных отмечались изолированные кистозные изменения только в почках, при этом течение болезни носило благоприятный характер. У 2 больных наблюдалась поликистозная болезнь, при которой выявлены кистозные изменения в почках и печени. У этих больных заболевание дебютировало в раннем возрасте, что говорит об аутосомно-рецессивном типе наследования. Течение заболевания носило прогредиентный характер и, несмотря на проводимую терапию, функция почек прогрессивно снижалась. У одного больного через 2 года развилась терминальная стадия хронической почечной недостаточности (ХПН), по поводу которой на данный момент он находится на заместительной почечной терапии в виде амбулаторного диализа. С диагнозом ОГН, гематурическая форма получили лечение 16 больных в возрасте от 21 года до 74 лет, из них 12 женщин и 4 мужчин. Заболевание дебютировало после перенесенной стрептококковой инфекции в виде нефритического синдрома. У 7 больных заболевание приобрело рецидивирующий характер, что требовало неоднократной госпитализации. Течение заболевания у всех обследованных больных было относительно благоприятным, ни у одного больного не наблюдалось значительных нарушений функций почек. Скорость клубочковой фильтрации у исследованной группы больных находилась в пределах 75–90 мл/мин, что соответствует хронической болезни почек III стадии.

Заключение. У больных с поликистозной болезнью почек прогноз заболевания неблагоприятный, наблюдается быстрое развитие ХПН, особенно при раннем дебюте заболевания. У больных с диагнозом ОГН, гематурическая форма отмечается благоприятное течение заболевания.

КОРРЕКЦИЯ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ЭНДОТОКСЕМИИ

Таджибаев А.Т., Шоабсаров А.А., Жалилов З.Н., Рашидов Д.Б.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Несмотря на значительные успехи хирургии и интенсивной терапии, летальность при распространенных формах острого перитонита достигает 70–90%. Одной из причин гибели больных перитонитами различного генеза является острая почечная недостаточность (ОПН). В 30–60% случаев ОПН – компонент синдрома полиорганной недостаточности (СПОН), что значительно ухудшает прогноз заболевания. По данным разных авторов летальность варьирует от 20–50 до 80–100%. Несмотря на высокую летальность, многое в патогенезе развития ОПН остается не изученным. При перитонитах различного генеза изменяется проницаемость стенок сосудов, благодаря чему из брюшной полости в общий кровоток проникают токсины, вызывая эндотоксемию. Эндотоксины разносятся кровью к различным органам и тканям, где, воздействуя главным образом на гемомикроциркуляторное русло органа, запускают каскад патофизиологических реакций, вызывающих дисфункцию того или иного органа-мишени.

Цель работы. Изучение фармакологических эффектов антиоксидантной и антикоагулянтной терапии с плазмаферезом в коррекции функционального состояния почек при остром перитоните.

Методы исследования. Работа основана на результатах лечения 12 больных острым панкреонекрозом, осложненным перитонитом. У больных в 1, 3 и 5 сутки после операции проводили анализ крови (мочевина, креатинин, К крови, АСТ, АЛТ, диастаза крови и мочи, ВСК, Ht крови). С лечебной целью совместно (комбинированное) назначали антиоксидант этоксидол в дозе 10 мг/кг и фраксипарин (47,5 МЕ Ха-фактора/кг)

Результаты. При остром перитоните у больных возникала эндогенная интоксикация (индекс токсичности увеличивался в 4,4–5,8 раза; $p<0,05$). На фоне токсемии отмечалось нарушение функционально-метаболических параметров почек, которое проявлялось развитием в раннем послеоперационном периоде острой почечной недостаточности (уменьшение диуреза, увеличение показателей мочевины и креатинина, К крови). В процессе лечения показатели гемостазиограммы изменялись. Комбинированное применение фраксипарина и актовегина с плазмаферезом позволяет эффективно и быстро восстанавливать функционально-метаболическое состояние почек, обусловливает существенное уменьшение выраженности мембранодестабилизирующих явлений со стороны клеточных структур органа, восстановление спектрального состава их основных мембранных фосфолипидов и уменьшение уровня липидов, обладающих хаотропным действием. Положительное действие комбинации на состояние почек обусловлено также снижением показателей мочевины, креатинина и К крови, коагуляционного потенциала и повышением фибринолитической активности плазмы крови и самих тканевых структур почечной ткани.

Вывод. Использование актовегина и фраксипаринотерапии с плазмаферезом острого перитонита предупреждает прогрессирование функционально-метаболических нарушений со стороны почек в раннем послеоперационном периоде, что способствует уменьшению расстройств гомеостаза, в том числе и эндогенной интоксикации.

НАРУШЕНИЕ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Таджибаев А.Т., Юлдашев Ф.А., Шоабсаров А.А., Турсунбаев О.Ф.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Острая почечная недостаточность (ОПН) возникает у 100–120 из одного миллиона человек. В настоящее время число больных острой почечной недостаточностью увеличивается на 8–12%. Одним из грозных осложнений у больных ОПН является нарушение фосфорно-кальциевого обмена, которое нередко приводит к развитию гипокальциемических судорог.

Цель исследования. Определение изменения уровня кальция в крови в соответствии со скоростью клубочковой фильтрации у пациентов с острой почечной недостаточностью.

Материал и методы. В 2007-2012 гг. в отделении токсикологической реанимации с ОПН и ЭКД получили лечение 1012 человек с острой и хронической почечной недостаточностью. Нами проанализировано 40 историй болезни. У всех пациентов при поступлении определяли уровень Са в крови. Скорость клубочковой фильтрации была рассчитана на основании формулы Шварца: клиренс креатинина = К х рост (см) х 80/креатинин сыворотки (мкмоль/л), где: К = 0,55 для всех больных в возрасте от 26 до 56 лет и для женщин от 19 до 72 лет.

Результаты. У 7 пациентов при скорости клубочковой фильтрации от 70-89 мл/мин средний уровень Са составил 1,75 ммоль/л (на 10% ниже нормы), у 24 пациентов скорость клубочковой фильтрации составила 30-59 мл/мин, а уровень Са - 1,6 ммоль/л (на 25% ниже нормы), у 9 больных со скоростью клубочковой фильтрации от 15-29 мл/мин уровень Са составил 0,94 ммоль/л (на 55% ниже нормы), что являлось критически низким и требовало коррекции. Коррекцию гипокальциемии проводили путем внутривенного введения 10% раствора кальция по 10-15 мл/сут.

Выводы. 1. Снижение уровня Са в крови происходит пропорционально снижению уровня клубочковой фильтрации. 2. Снижение уровня кальция в крови ниже 1 ммоль/л требует немедленной коррекции препаратами кальция.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЛАЙЕЛЛА В ФФРНЦЭМП ЗА 2011—2012 ГГ.

Таджибаева Г.М., Сайдахмедов И.О., Орифжонов К.О.
Ферганский филиал РНЦЭМП

В ФФРНЦЭМ в 2011 г. были госпитализированы 44 больных медикаментозными аллергиями, из них 70% составляли женщины, а в 2004 г. – 80 больных, из них 67% женщины.

У лиц в возрасте от 18 до 30 лет медикаментозная аллергия протекала в среднетяжелой форме, у лиц старше 45 лет болезнь протекала тяжелее, с генерализованными высыпаниями, с дыхательной недостаточностью, гипертермической реакцией.

В 2012 г. 2 больных с синдромом Лайелла, несмотря на проведенные мероприятия, умерли, так как поступили в поздние сроки в тяжёлом состоянии. В одном случае имело место ошибка врача-невропатолога, который, несмотря на появившиеся высыпания рекомендовал продолжить прием назначенного препарата (карбамазепин). В другом случае в анамнезе имелась пищевая аллергия давностью 10 лет. Больной, зная свой аллергический фон, бесконтрольно самовольно принимал лекарственные препараты и не соблюдал диету. Причинами возникновения лекарственных аллергических реакций являются антибиотики, сульфаниламиды, анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства, местные анестетики, противосудорожные препараты (карбамазепин).

В 2012 г. лечение по поводу лекарственной аллергии получил 61 больной (63% женщин), из них 2 с синдромом Лайелла. Оба выписаны с улучшением, так как своевременно обратились за медицтнской помощью. 1 больной применял женьшеневую мазь вокруг глаз, после чего общее состояние его стало ухудшаться, появились обширные высыпания генерализованного характера. В другом случае аллергия на приём фторхинолонового антибиотика (абактала) привела к аналогичному результату. В обоих случаях была вовремя начата глюкокортикостероидная терапия (до 500 мг в сут.), т. е. на ранних этапах развития патологического процесса.

Из наших данных видно, что большой процент больных составляют женщины, возможно, потому , что женщины чаще подвержены простудным заболеваниям и чаще употребляют лекарства. Также нам удалось выяснить, что у лиц от 18 до 45 лет заболевание протекает в среднетяжёлой форме, а старше 45 лет – в тяжелой с явлениями дыхательной и сердечной недостаточностью, с генерализованными обширными высыпаниями.

Следует рекомендовать первичным медицинским службам (амбулаторные, поликлинические и диспансерные) своевременное выявление аллергических реакций, обоснованное назначение препаратов, вызывающих аллергические реакции, тщательный мониторинг аллергозависимых состояний. При обнаружении аллергических реакций, больным нужно немедленно обращаться в медицинское учреждение.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ташкенбаева Э. Н., Кадыров Р.Н., Бердиева З.Р., Рофеев М.Ш., Муранов Б.А.
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучение некоторых неясных сторон патогенеза и клинического течения язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцати перстной кишки (ЯБДПК) в сочетании с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы. Обследовали 152 больных сердечно-сосудистой патологией в сочетании с ЯБЖ или ЯБДПК в возрасте от 30 до 65 (53,4±4,9) лет. Патологию сердечно-сосудистой системы устанавливали по данным анамнеза, унифицированных лабораторно-инструментальных данных с применением современных методов исследования, включая ультразвуковое исследование сердца. У 92 пациентов ИБС осложнилась острым ИМ, у б5 больных выявлена недостаточность кровообращения (НК I-IIБ) стадии, у 62 пациентов выявлено развившийся стенозируюший атеросклероз венечных артерий, у 12 больных в постинфарктном периоде возникла необходимость в проведении эндоскопического исследования с целью исключения желудочно-кишечного кровотечения, у 11 из них обнаружено желудочное кровотечение. Кроме тщательного клинического обследования, всем больным проводили гастродуоденоскопию, определяли показатели желудочной секреции, дебит-час соляной кислоты в базальных условиях и после стимуляции пентагастрином по из¬вестным методикам. Скорость кровотока в СОЖ оценивали с помощью клиренса амидопирина. Изучали показатели свободнорадикального перекисного окисления липидов (ПОЛ) методом спектрофотометрии в сыворотке крови по конечному продукту пероксидации -малоновому диальдегиду (МДА) .

Определяли показатели обмена оксида азота (NO), антиоксидантный статус в крови и СОЖ. Оценивали результаты гистологического исследования СОЖ и СОДПК. Биоптатный материал брали из дна, краев язвы и различных отделов СОЖ и СОДПК. В качестве контрольной группы обследовали 15 здоровых лиц и 25 больных с ЯБДПК и 15 больных ЯБЖ без сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

Результаты. Особенностью клинической картины ЯБ у лиц с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы явилось ее атипичное течение. Более часто язвы локализовались в желудке (46,7%), в основном на малой кривизне и в пилорическом отделе. Язвы чаще (в 3,5 раза) выявлялись у мужчин, отличались безболевым течением и отсутствием сезонности обострений. У 59,2% больных заболевание манифестировало желудочным кровотечением. У 67,1% пациентов обострения ЯБЖ или ЯБДПК возникали в первые

3 дня после ИМ или после установления развития НК.

Показатели АОС крови и в СОЖ свидетельствовали о синдроме оксидативного стресса. Так, общая константа АОС/ПОЛ у лиц с патологией сердечно-сосудистой системы и ЯБЖ составила 0,58±0,05, у больных ЯБЖ без сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы – 0,73±0,04, а у здоровых лиц – 0,98±0,05.

У всех больных ЯБ в сочетании с ИБС отмечалась выраженное нарушение NO. Общее содержание NO в СОЖ и крови превышало в 2,5-3,8 раза показателей в контрольной группе, активность НАДФР-диафаразы оказалось ниже – более чем в 1,8-3,5 раза, скорость реакции НР превышало 2,5-4,8 раза.

Существенные изменения были отмечены в соединительнотканной основе как вблизи язвы, так и вдали от нее. Межклеточный матрикс содержал очень тонкие фибриллы, имеющие сходство с амилоидом.

Таким образом, полученные результаты исследования показывают, что в патогенезе ЯБЖ и ДПК при ИБС важную роль играют расстройство микроциркуляции в сосудах желудка, их спазм, нарушение процессов ПОЛ, АОС, обмена N0, повышенная проницаемость капилляров, гипоксия, воздействие недоокисленных продуктов обмена на слизистую оболочку. Следует полагать, что ведущим фактором в патогенезе ЯБЖ и ДПК является стрессовый выброс катехоламинов и кортикостероидов, относительный дефицит простагландинов, нарушение двигательной функции желудка, уменьшение слизеобразования, а также применение медикаментов. Часто острые язвы протекали со стертой клинической симптоматикой и даже при развитии осложнений прижизненно не распознаются.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ПУРИНОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ташкенбаева Э.Н., Тогаев Д.Х., Кадырова Ф.Ш., Юсупов Ш.Ш., Муранов Б.А.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

В последние годы опубликованы данные о тесной взаимосвязи между повышенным уровнем мочевой кислоты (МК) и увеличением риска развития сердечно-сосудистых осложнений при артериальной гипертензии, метаболическом синдроме, сахарном диабете 2-го типа, снижении функции почек, ишемической болезни сердца (ИБС), инсульте и застойной сердечной недостаточности. Имеются сведения о возможной связи между нарушением обмена МК и дисфункцией эндотелия.

Цель исследования. Оценка динамики клинического течения и состояния функции эндотелия во взаимосвязи с уровнем МК при назначении в базовую терапию лозартана и небиволола больным с ИБС с бессимптомной гиперурикемией.

Материал и методы. Активность функции эндотелия и пуриновый обмен изучены у 100 больных с ИБС в возрасте от 38 до 60 (51,3±6,12) лет. У 40 больных ИБС была ассоциированна с БГУ. Контрольную группу составили 20 условно здоровых лиц, давших информированное согласие на проведение исследования. Внутрисердечную гемодинамику оценивали эхокардиографически в одно-двухмерном импульсным и постоянно волновом цветном допплеровском режимах.

Биохимическое исследование венозной крови с определением уровней креатинина (КН), мочевины, МК, уровня экскреции МК в суточной моче проводили на полуавтоматическом биохимическом анализаторе. Активность функции эндотелия определяли по количеству циркулирующих эндотелиоцитов по методу J. Hladovec в модификации Н.Н. Петрищева, Л.П. Папаян. Содержание оксида азота (NO) оценивали по сумме стабильных метаболитов ($NO_2^-NO_3^-$) с помощью реактива Грисса, активность эндотелиальной NO-синтазы (eNOS) – по убыли L-аргинина, активность индуцибельной NO-синтазы (iNOS) – по скорости образования NO при окислении восстановительного никотинамиддинуклеотидфосфата, уровень пероксинитрита (ONO_2^-) – по окислению гидроксиламина по методу N.W. Kooy и соавт. в модификации А.С Комарина, Р.К.Азимова. 1-я группа – 25 больных с ИБС без гиперурикемии, 2-я группа 24 больных с БГУ, принимавшие лозартан, 3-я и 4-я группы – соответственно 26 и 25 пациентов, получавших небиволол. Лозартан назначали в суточной дозе 25-50 мг, небивалол – 5–7,5 мг.

Результаты и обсуждение. Клинически у всех больных отмечалось уменьшение тяжести нестабильной стенокардии, в связи с чем потребность в нитроглицерине у пациентов 1-й и 2-й групп уменьшилось на 24,8 и 20,5%, 3-й и 4-й группах – 39,4 и 46,8%. Изучение основных гемодинамических параметров показало, что у пациентов 1-й и 3-й групп исходно регистрировалось умеренные по тяжести проявления АГ (в пределах 159,6±6,79/98,1±3,12 мм рт.ст.), у больных 2-й и 4-й групп эти проявления были более значительными (167,9±7,11/98,5±4,62 мм рт.ст). Одновременно отмечалось ремоделирование левого желудочка (ЛЖ), которое проявлялось, в частности, увеличением КСО, гипертрофией миокарда задней стенки ЛЖ, увеличением ИММЛЖ, нарушенной диастолой (Е/А) сердца. У больных 3-й и 4-й групп наблюдались симптомы выраженной хронической сердечной недостаточности (III ФК), у остальных – II ФК по классификации NYHA.

В результате терапии лозартаном в дозе 25–50 мг/сут, а также небивололом в дозе 5–7,5 мг/сут уровень САД и ДАД существенно снижался у больных всех групп, уменьшались ЧСС, показатели внутрисердечной гемодинамики (КДР, КСР, КДО, КСО, ТЗСЛЖ). ИММЛЖ повышал ФВ ЛЖ и диастолу левого желудочка (Е/А). Следует отметить, что у пациентов принимавших небиволол, исследуемые показатели внутрисердечной гемодинамики были статистически незначимо выше, чем у больных, которые получали лозартан. В группах больных ИБС с БГУ фармакологическая реакция при назначении лозартана и небиволола была более отчетливой по большинству изучаемых параметров внутрисердечной гемодинамики, чем в группах больных ИБС без гиперурикемии. При

анализе состояния функции эндотелия установлено, что у больных ИБС с БГУ уровень NO, iNOS, ONO_2^-, ЭТ-1, VEGF был выше, а активность eNOS, напротив была значительно ниже, чем у больных с ИБС без гиперурикемии и контролем. Уровень МК в сыворотке крови у больных с ИБС с БГУ был выше у больных с ИБС без гиперурикемиеи на 66,7% (P<0,001), а по сравнению с контролем – на 73,9% (P<0,001). Вместе с тем уровнь КН и СКФ не отличался от контроля и такового у больных с ИБС без гипрерурикемии. У больных с ИБС с БГУ, в отличие от больных с ИБС без гиперурикемии, в крови отмечалось более отчетливое увеличение показателя ДЭК - в 12,8% (p<0,05), а также снижение уровня в крови мочевины на 11,6% (p<0,05). Курсовая терапия лозартаном и небивололом обеспечивала положительную динамику показателей нарушенного обмена NO-системы у всех больных с ИБС, более выраженную у больных с БГУ. Установлено, что уровень NO, eNOS, iNOS, ONO_2^-, VEGF , ДЭК у больных 3-й и 4-й групп претерпевал более существенное изменение, чем у больных в 1-й и 2-й групп. Вместе с тем нами не выявлено различий в изменении количества экскретируемых с мочой МК, концентрации в сыворотке крови КН и соответственно показателя СКФ. В условиях БГУ у больных с ИБС лозартан и небиволол не влияли существенно на уровень КН, экскрецию МК с мочой, показатель СКФ.

Изменения содержания МК в крови и параметров NO-системы, внутрисердечной гемодинамики под влиянием лозартана и небиволола свидетельствуют о важной роли высокого содержания МК в патогенезе и прогрессировании ИБС у больных с БГУ.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ

Тошбоев А.Б., Солиев Д.К., Абдувахобова Н.Р., Солиев К.К., Низомова С.Г, Ахмедова Х.Ю., Мирзаахмедова И.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Оценка эффективности трансфузии криопреципитата и антигемофильного глобулина (АГГ) при кровотечениях у больных гемофилией.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилась 31 гемофильная семьи с 43 больными. В возрасте до 1 года первые проявления заболевания отмечались у 14 (32,6%) больных, от 1 до 2 лет – у 16 (37,2%), от 3 до 5 лет – у 9 (21%), от 6 до 10 лет – у 2 (4,6%) у 2 больных заболевание протекало в скрытой форме.

Результаты. Кровотечения из слизистой полости рта и носа отмечались у 7 (16,3%) больных подкожные и внутримышечные кровотечения – у 16 (37,2%), из мочевыводящих путей – у 1 (2,3%), желудочно-кишечные кровотечения – у 3 (6,6%). У 2 больных профузные угрожающие жизни больного кровотечения резкое снижение АД до 60/40 мм рт.ст, гематокрита до 13 об%. Общее состояния больных ухудшилось, наступила тошнота, рвота сгустками крови, черный, дёгтеобразной стул. Общегемостатическая терапия (викасол, кальция хлор, ε-аминокапроновая кислота) почти не давала эффекта. Немедленно предпринята замещающая терапия недостающего VIII фактора свёртывающей системы крови. Трансфузия криопреципитата 4 -5 дозы и антигемофильный глобулин (АГГ) ежедневно до остановки кровотечения и вливание одногруппной эритроцитарной массы, холод на живот и другие экстренные мероприятия.

Выводы. У больных гемофилией А, С с желудочно-кишечными кровотечениями необходима неотложная помощь в виде замещающей недостающего в организме больного VIII фактора: многократные трансфузии криопреципитата, антигемофильного глобулина, свеженативной плазмы крови, комбинация с другими гемостатическими препаратами.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БОЛЕВЫХ ПРИСТУПАХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Туйчиев А.Х., Нишонов У.А., Ниматов Ш.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Неотложная помощь при болевых приступах у больных с острым инфарктом миокарда – важнейшая задача на догоспитальном этапе. При остром инфаркте миокарда болевой приступ ведет к повышению тонуса симпатико–адреналовой системы, увеличению периферического сопротивления и частоты и силы сердечных сокращений. Это способствует к увеличению потребности миокарда в кислороде, усугублению ишемии и увеличению зоны некроза. На догоспитальном этапе основной задачей врача является симпато – адреналовая защита, купирование болевого синдрома.

Цель. Оценка эффективности наркотических и ненаркотических анальгетиков в сочетании с транквилизаторами или нейролептиками при неотложной помощи у больных с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе.

С целью неотложной помощи при болевых синдромах применяются наркотические и ненаркотические анальгетики в сочетании с транквилизаторами или нейролептиками. Наркотические анальгетики снимает перевозбуждение центральной и симпато–адреналовой системы, что приводит к уменьшению потребления миокардом кислорода и ограничению зоны некроза.

На догоспитальном этапе неотложная помощь при болевых приступах у больных с остром инфарктом миокарда следует начинать с приёма таблетки нитроглицерина 0,5 мг под язык (при хорошей переносимости повторно через 3–5 мин до 3–4 таблеток). Нитроглицерин в инъекциях (перлинганит или изокет) 1% 10 мл на 200 мл физического раствора. Скорость введения зависит от величины АД.

Препаратом выбора при неотложной помощи при болевых приступах у больных с остром инфарктом миокарда на догоспитальном этапе является морфин,

оказывающий анальгетическое, седативное действие. Морфин вводят внутривенно 1% раствор 1 мл на изотоническом растворе хлорида натрия 10 мл, вводят 2–5 мг каждые 5–15 минут. С целью профилактики тошноты и рвоты внутривенно вводя раствор метоклопирамида или церукала.

В дальнейшем проводится гемокоагуляционная (аспирин, клопидогрель, гепарин), гемодинамическая (β-адреноблокаторы, иАПФ), антиаритмическая (антиаритмические препараты), метаболическая защита (креатинфосфат, кардиопротекторы) и тромболитическая терапия (стрептокиназа, фибринолизин, юнитиназа).

Морфин 1% 1 мл вводят внутривенно струйно на 10 мл физ. раствора или промедол 2% 2 мл в/в на 10 мл физ. раствора или фентанил 0,005% 2 мл, или омнопон 2% 1 мл.

В последующем гепарин вводится 5–10 тыс. ЕД. внутривенно струйно, по показаниям стрептокиназа (если от начала инфаркта прошло не более 6 ч) 1,5 млн ЕД. в течение 30 минут. При сохранении остаточной боли – анальгин, баралгин, димедрол, натрия оксибутират.

С целью неотложной помощи при болевых синдромах хороший эффект дает применение ингаляция закиси азота (N_2O) в комбинации с кислородом (O_2) в соотношение 1:4, затем 1:1 через носовой катетер.

Больные с острым инфарктом миокарда после оказания неотложной первой помощи и купирования опасных для жизни осложнений транспортируются на носилках в стационар, госпитализируются в кардиореанимационное отделение.

Таким образом, нейролептаналгезия высокоэффективна при неотложной помощи во время болевого приступа у больных с острым инфарктом миокарда, а также при болевых приступах при ИБС. Это позволяет замедлить прогрессирование ишемического поражения миокарда.

РОЛЬ КРУГЛОСУТОЧНОГО ВВЕДЕНИЯ ГЕПАРИНА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Турдыева И.Б., Кошжанов Р.З.
Нукусский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Оценка эффективности гепарина при ОКС при непрерывном внутривенном введении через дозатор.

Материал и методы. В 2011–2012 гг. в реанимационное отделение Нукуского филиала РНЦЭМП поступили 195 больных с диагнозом ОКС в возрасте от 30до 86 лет, из них мужчин – 130 (66,7%), женщин – 65 (33,3%). По линии СМП госпитализированы 140 (71,8%) больных, самотёком – 55 (28,2%).

Результаты. Больные разделены на две группы. У 75 (38,5%) больных 1-й группы гепарин применялся посредством подкожного введения по 5000 МЕ чрез каждые 6 часов. 120 (61,5%) больных 2-й группы гепарин вводился непрерывно внутривенно в дозе 1000 МЕ/час в течении 24 часов (использовался шприцевой дозатор ЮСП-100 фирмы UTAS).

В процессе лечения, осложнения инфаркта миокарда в 1-й группе наблюдались у 28 (37,3%) больных: у 1 – рецидив ИМ, у 9 – аритмии, у 14-сердечная недостаточность, у 3 ранняя постинфарктная стенокардия, у 1 – аневризма сердца. 5 (6,6%) больных умерли: в результате ТЭЛА – 1, фибрилляции желудочков – 2, острой сердечной недостаточности – 2. Во 2-й группе осложнения отмечались у 33 (27,6%) пациентов: у 15 – аритмии, у 2 – ранняя постинфарктная стенокардия, у 16 – сердечная недостаточность. Умерли 6 (5%) больных: от ТЭЛА – 3, фибрилляция желудочков – 2, острой сердечной недостаточности – 1.

Вывод. Непрерывное введение гепарина снизило количество осложнений ИМ на 9,7%.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1-ГО ТИПА У ДЕТЕЙ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Турсунов Ф.О., Шакаров Ф.Р., Гарифулина Л.М., Ахмедова Д.Ю.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Медико-социальное значение сахарного диабета 1-го типа определяется ростом заболеваемости и развитием хронических осложнений, приводящих к инвалидизации и смертности в молодом возрасте. Данный факт подтверждается увеличением поступления детей с признаками диабетического кетоацидоза в систему экстренной педиатрии. Зачастую первые признаки гипергликемии не распознаются, и дети поступают в стационар под масками различных заболеваний.

Цель исследования. Ретроспективный анализ историй болезни детей сахарным диабетом 1-го типа, поступивших в отделения экстренной педиатрии СФРНЦЭМП в последние 5 лет.

Материал и методы. Диагноз сахарного диабета 1-го типа был поставлен 36 детям от 1 года до 13 лет. При этом имели место ошибки направительного диагноза. Так, 12 (33%) детей поступили с предположительным диагнозом менингоэнцефалита и острой пневмонии, 9 (25%) – диареи и синдромом рвоты. 13 (36,1%) детей были в возрасте до 3 лет. Из них 10 (77%) поступили с направительным диагнозом сахарный диабет. Это связано с тем, что согласно стандартам по «оказанию стационарной помощи детям» (2007), основанным на стандартах, предложенных ВОЗ, у всех детей с угрожающими жизни признаками, с многократной рвотой и низкой массой тела определялся уровень глюкозы крови. С данным направительным диагнозом поступили всего 8 (35%) детей старшего возраста.

Результаты. В основном дети поступали в I стадии диабетического кетоацидоза. Сбор анамнеза показал, что дети раннего возраста поступали примерно на 2-7 день от начала заболевания, которое характеризова-

лось повторной рвотой, развитием обезвоживания и резким беспокойством, иногда диареей и нарушением сознания, т.е. сахарный диабет маскировался под часто встречающуюся у детей диарею, что зачастую способствовало тактической ошибке. Уровень глюкозы в цельной венозной крови у детей раннего возраста при направлении в стационар составил примерно 18,8±1,3 ммоль/л.

Анамнез детей с 4 до 13 лет характеризовался развитием заболевания от 5 до 20 дней, причем у 65% детей отмечались классические признаки сахарного диабета I-го типа. У 30,4% детей данные симптомы в первичных звеньях здравоохранения были расценены как острая кишечная инфекция, осложненная гиповолемией. Зачастую их состояние было отягощено внутривенным вливанием глюкозы в районных стационарах, или имело место невнимание родителей к состоянию ребенка, самолечение, что обусловило позднюю обращаемость за медицинской помощью.

Дети этой группы в основном поступали в состоянии прекомы и комы диабетического кетоацидоза. Черты лица детей были заостренными, кожа серого цвета, с мраморным рисунком, иногда наблюдался акроцианоз. Наблюдалась неукротимая рвота, боли в животе, рвота кофейной гущей, вздутие желудка и кишечника, анурия, почти у всех было нарушено сознание.

В ряде случаев эти клинические признаки были расценены как проявления острого живота, кишечной непроходимости, иногда наблюдались необоснованные ультразвуковые исследования органов брюшной полости, мочевыводящих путей и даже проведение компьютерной томографии.

Изменения со стороны ССС в виде тахикардии, аритмии, приглушение тонов сердца, похолодание конечностей, на ЭКГ выраженные метаболические изменение были расценены в первичном диагнозе как неревматический кардит. Все это говорило о недостаточной насторожённости в отношении сахарного диабета у детей и подростков. Показатель глюкозы в цельной венозной крови составил 22,6±1,4 ммоль/л, уровень глюкозурии находился в пределах 33,4±5,6 г за сутки. От 56% детей исходил запах ацетона, уровень которого в крови составлял 1,4±0,21 г/л. У большинства больных снижалось парциальное давление кислорода в крови до 84,3±4,5%. Абсолютное большинство детей были выведены из состояния диабетического кетоацидоза, смертных случаев не наблюдалось. Все дети были проконсультированы эндокринологом и переведены в специализированный стационар. Уровень тощаковой глюкозы перед переводом составил 8,3±1,3 ммоль/л.

Выводы. В результате ретроспективного анализа нами выявлена высокая частота встречаемости сахарного диабета I-го типа у детей, трудности, связанные с постановкой обоснованного клинического диагноза, что диктует необходимость о повышения настороженности медицинского персонала любого звена здравоохранения и особенно в системе экстренной медицинской помощи, по отношению к детям с угрожающими для жизни симптомами и проведения в полном объеме клинико-лабораторных исследований, в частности обязательного определения уровня глюкозы в крови.

ЧТО СКРЫВАЕТСЯ ЗА «ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ»
(по данным аутопсий)

Убайдуллаева В.У., Вервекина Т.А., Магрупов Б.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Термином «острый коронарный синдром» (ОКС) обозначают любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию. ОКС включает несколько состояний: инфаркт миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST, ИМ без подъема сегмента ST, ИМ, диагностированный по изменениям активности кардиоспецифических ферментов, данным ЭКГ, нестабильная стенокардия.

Диагноз «ОКС» нельзя считать нозологическим! В течение 48 часов после госпитализации больного диагноз «ОКС» должен быть трансформирован в строго определенный и подтвержденный нозологический диагноз: нестабильная стенокардия, ИМ с зубцом Q, ИМ без зубца Q, стабильная стенокардия напряжения или другое заболевание (Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.,2009).

В патогенезе ОКС принимают участие следующие факторы: надрыв или эрозия атеросклеротической бляшки (нестабильная бляшка), тромбоз венечной артерии, эмболизация венечных артерий, воспаление.

По данным аутопсий, проведенных в патологоанатомическом отделении РНЦЭМП в 2012 г., количество вскрытых из отделения неотложной кардиологии с учетом реанимации составило 141. При жизни диагноз ИБС: ИМ, в том числе ОКС был поставлен 132 (93,6%), остальных 9 диагностированы заболевания сердца, не связанные с патологией коронарных сосудов (ГБ-1, ИБС: МА-2, ревматизм: МПС-3, ДКМП-1, миокардит-2).

У 35 (26,5%) больных выставленный при жизни диагноз «ИБС:ОКС» как основное заболевание, приведшее к летальному исходу, на секции не нашел своего подтверждения. Диагноз «ИБС:ОКС без подъема сегмента ST» был выставлен 29 из этих больных. D возрасте 40-49 лет был 1 больной этой группы, 50–59 – 6, 60–69 – 6, 70–79 – 12, 80–89 – 4. В течение 12 часов в стационаре находились 11 человек, 12–24 часа – 5, 1–3 суток- 10, 3–7 суток – 2, более 10 суток – 1. На секции признаков поражения венечных артерий, обусловливающих развитие ОКС, выставленного в качестве основной причины смерти в клинике – надрыв или эрозия атеросклеротической бляшки, нестабильная бляшка, тромбоз венечной артерии, эмболизация венечных артерий, воспаление, не найдено. Основным заболеванием, приведшим к смерти, у 5 пациентов была хирургическая патология (паховая грыжа – 1, ЖКБ: острый флегмонозный холецистит – 1, ЯБЖ, осложненная перфорацией и перитонитом, – 2, лекарственная язва желудка с кровотечением, ОПГА –

1), у 5 – сосудистая патология (расслаивающаяся аневризма аорты – 2, тромбофлебит, тромбоэмболия легочной артерии – 3), у 4 – онкология (рак с метастазами: печень – 1, желудок – 1, яичник – 1, гортань-1), у 1 – почечная патология (хронический гломерулонефрит), у 1 – цереброваскулярная патология (ишемический инфаркт мозга), у 1 – заболевание крови (В12-дефицитная анемия), у 2 – заболевания легких (бактериальные пневмонии). Сочетанные заболевания с поражением сердечной мышцы выявлены в 10 случаях: гипертоническая болезнь (ГБ) в сочетании с мерцательной аритмией (МА), осложнившиеся тромбоэмболическим синдромом по большому кругу кровообращения и инфарктами органов (почки, селезенка, мозг) – 2, хроническая обструктивная болезнь легких + ГБ+МА с развитием ТЭЛА (первичная локализация тромбов – правое предсердие) и инфарктов легких – 5, ревматизм: митральный порок сердца + вторичный бактериальный эндокардит – 1, идиопатический миокардит – 1, ГБ с перестройкой и декомпенсацией сердца – 1.

Из этой группы, представленной 35 больными, диагноз «ИБС: ОКС с подъемом сегмента ST» был выставлен 2, в возрасте 46 и 84 лет. Время пребывания в стационаре не превысило 12 часов. На аутопсии в одном случае диагностирован тромбофлебит сосудов нижних конечностей, ТЭЛА с развитием пульмокоронарного рефлекса, во втором – ГБ + МА, застойные тромбы правого и левого ушек сердца с тромбоэмболическим синдромом по большому и малому кругу кровообращения.

Диагноз «ИМ без зубца Q» был выставлен 1 пациенту 1939 года рождения, время пребывания в стационаре 8 часов. На секции диагностирована закрытая травма живота, разрыв селезенки, острая постгеморрагическая анемия.

Диагноз «ИМ с зубцом Q» был выставлен 3 больным: 57, 76 и 83 лет. Время пребывания в стационаре – соответственно 2 часа, 1 и 8 дней. На секции основными заболеваниями, обусловившими летальный исход, явились рак желудка с метастазами – 1 случай, первичный бак.эндокардит с тромбоэмболией – 1, ИБС: ПИКС, тромбы правых отделов сердца с ТЭЛА и инфарктами легких – 1.

Таким образом, анализ результатов патологоанатомических вскрытий и причин расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов позволяет сделать вывод, что наибольшее количество диагностических ошибок приходится на группу больных с диагнозом «ИБС:ОКС без подъема сегмента ST».

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ЭКСТРЕННЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ

Умурзаков О.Т., Каримов У.Б., Мамасалиев Н.С., Курбанова Р.Р.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Артериальную гипертензию (АГ) называют «молчаливым убийцей». Частота встречаемости АГ у больных с кардиоваскулярной патологией составляет 96%, и лишь 4% больных не имеют данного фонового заболевания. АГ повышает риск развития острого инфаркта миокарда в 2-4 раза (Верткин А.Л.и др., 2007). Важным фактором риска ОКС является также нарушение липидного обмена (ДЛП).

Цель исследования. Оценка частоты встречаемости АГ и ДЛП у больных с инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией при острых коронарных синдромах (ОКС).

Материал и методы. У 612 больных с ОКС проанализирован удельный вес АГ и ДЛП. ОКС оценивался по критериям ВНОК (2009) и ACA/AHA (2007). За АГ принимались значения САД≥140 мм рт.ст. и ДАД ≥ 90 мм рт.ст., а также независимо от показателей артериального давления, если пациенты принимали гипотензивные препараты в течение 2 недель (WHO, 1999; ВНОК, 2010). ДЛП оценивалась по критериям ВНОК (2009).

Результаты. По нашим данным, частота встречаемости АГ у больных с ОКС в условиях экстренных стационаров составляет 61,3% (при инфаркте миокарде – 40,2%, нестабильной стенокардии – 20,1%, $p<0,01$). Частота встречаемости АГ достоверно выше (в 1,2 раза) среди женщин с ОКС (68,7%), чем среди мужчин, больных ОКС (57,7%), ($p<0,05$).

Такая же тенденция наблюдается и при ДЛП. Как видно из полученных результатов, ДЛП (преимущественно гиперхолестеренимия) имеет место у 89,2% больных с ОКС (при инфаркте миокарда – у 49,6%, нестабильной стенокардии – у 31,6%, $p<0,05$). Частота выявляемости ДЛП в 1,2 раза выше среди мужчин (93,2%), чем среди женщин с ОКС (80,8%; $p<0,05$).

Выводы. Полученные данные, несомненно, важны для определения объектов внимания при реализации программ «спасительной профилактики» и «агрессивного медикаментозного лечения» у больных с ОКС-женщин и мужчин с учетом АГ и нарушений липидного обмена.

ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ В ПРАКТИКЕ НЕОТЛОЖНЫХ СТАЦИОНАРОВ

Усманов Б.У, Каримов У.Б., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Получение реальной картины о лечении пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в неотложной стационарах, его результатах и исходах по данным специально организованного регистра ОКС и выбор путей улучшения до- и внутригоспитальной терапии.

Материал и методы. В 2010–2011 гг. на территории Андижана зарегистрировано 653 эпизода подозрительного на острую коронарную катастрофу. Диагноз ОКС подтвержден у 612 (93,7%) человек. В специально организованный регистр «Рекорд Андижан» включены 612 больных, из них мужчины 414 (67,6%), женщины 198 (32,4%). Средний возраст – 58,2±11,3 года. За основу регистра были взяты методологические подходы регистра Рекорд-2, проводимого в России и Европейским обществом кардиологов (Curo Heart Surwey). Диагноз ОКС устанавливали как «определенный» и «возможный» с использованием стандартных критериев ACC/AHA (2002) и ВНОК (2009).

Результаты. Анализ материала показал, что 144 (23,5%) больных с ОКС еще догоспитально получали лекарственные препараты: 1,1% – амиодарон, 4,4% – клопидогрель либо тиклопидин, 10,3% – β-адреноблокаторы, 11,9% – аспирин, 15,6% – дигоксин, 24,3% – нитраты, 35,3% – диуретики, 51,6% – ИАПФ, 54,1% – АК. Ни одной больной не получил препараты из группы блокаторов гликопротеинов IIв/IIIа, статинов, сартанов или метаболиков. То есть, рекомендуемая в международном масштабе АВСДЕ – терапевтическая программа выполнялась не более чем на 70%. Более того, имело место очень широкое применение АК, нитратов, нередко использование дигоксина и диуретиков. Часто для лечения ОКС применяется более чем 13 различных лекарственных препаратов.

Так, согласно данным регистра, в стационаре 1,3% пациентов были назначены β-блокаторы внутривенно (пропранолол) и 12,3% – внутрь (метопролол, корвитол, эмкор), 2,1% – статины, 6,4% – нитраты (изокет, перлинганит) внутривенно и 84,5% – внутрь (оликард ретард, изосорбид-5-мононитрат, изосорбид динитрат), 13,6% – клопидогрель/тиклопидин (стазекс), 20,2% – дигоксин, 34,0% – аспирин догоспитально, 40,8% – в стационаре и 57,2% – в нагрузочной дозе, 50,2% – ингибиторы АПФ (диротон, эналазид, лизиноприл, лизинкор, престериум, каптоприл), 54,1% – АК (верапамил, дилтиазем, тензал, леркамен) и 59,2% – петлевые диуретики.

Тромболитическая терапия проведена у 51 (8,3%) больного. ТЛТ на догоспитальном этапе была начата у 2 (3,9% от всех ТЛТ) больных, в стационаре ТЛТ проведена у 49 (96,5%). При поступлении в стационар медиана времени от момента госпитализации до начала ТЛТ составила 0,44 часа. ТЛТ проводилась стрептокиназой – 51 (100,0%) больной. Все больные (100%) получали нефракционированный гепарин подкожно в течение от 48–96 часов до 6 суток.

Выводы. Всего 40% больных получают антитромбоцитарные препараты, 50% – ИАПФ, всего 12% – β-блокаторы. Относительно чаще, чем в других исследованиях, больным назначаются антагонисты кальция и дигоксин. Отмеченные особенности лечения в условиях Андижана можно объяснить спецификой лечения больных группы низкого риска.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ КОРОНАРНЫМИ СИНДРОМАМИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Усманов Б.У, Каримов У.Б., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучение особенностей развития неблагоприятных исходов у больных с ОКС (НИОКС) в условиях отделений неотложной помощи.

Материал и методы. Острые коронарные синдромы изучались у 653 больных по программе «Рекорд-Андижан», дополненной в соответствии с Российским Рекорд-2. Использовались прогностические индексы GRACE и РЕКОРД-2, для точной оценки коронарных событий изучали анамнастические, клинические, инструментальные и лабораторные показатели. Основным методом анализа данных было простая оценка и сравнение средних значений и медиан величин, что является наиболее правильным при обработке результатов когортных исследований. Непрерывные величины были представлены в виде средних значений и их стандартных отклонений.

Результаты. Течение ОКС в виде «инфаркта миокарда с зубцом Q» отмечалось у 14,1% больных, ОКС с исходом в «инфаркт миокарда без Q» у 13,2% ($p>0,05$). У больных в стационаре с наибольшей частотой наблюдалось течение ОКС с исходом в нестабильную стенокардию (72,7%). За время госпитализации умерли 1,8% больных, 18,5% направлены на послегоспитальную реабилитацию.

Как показали наши данные, в целом имеет место относительно низкая частота НИОКС в неотложных отделениях. Это, можно объяснить не столько особенностями лечения, сколько большим числом больных молодого возраста, которые представляют собой группу низкого риска. Среди умерших больше было больных в возрасте старше 65 лет ($p<0,05$). Больные с НИОКС анамнезе чаще имели перенесенный инфаркт миокарда (100,0%, $p<0,001$), почечную недостаточность (100,0%, $p<0,001$), но реже курили, имели стенокардию и артериальную гипертензию.

Пациенты с НИОКС чаще поступали с новыми подъемами ST или новой полной блокадой левый ножки пучка Гиса (ПБЛНПГ) (45,4%), а также с признаками

сердечной недостаточности. Среди них было достоверно больше больных высокого и очень высокого риска (81,8%) по шкале Рекорд-2. В кардиореанимацию чаще госпитализировались больные, жалующиеся на одышку (13,3%), больные с признаками сердечной недостаточности (42,2%), больные с наличием ОКС с подъемами ST (30,0%). В структуре выживших больных с НИОКС, было больше мужчин с ОКС (63,2%), со стенокардией (84,9%), поступивших по линии скорой помощи (65,0%), с уровнем гемоглобина при поступлении менее 110 г/л (81,3%). Напротив, в структуре выживших больных с ОКС было меньше лиц в возрасте старше 65 лет (25,9%), с инфарктом миокарда (15,0%), с признаками сердечной недостаточности (от 4,2 до 5,1%), а также пациентов с фракцией выброса менее 40% (38,0%), повышенными значениями шкалы GRACE (55,3%) и Рекорд-2 (48,1%). Эти данные, безусловно важны для коррекции неотложной фармакотерапии и современных программ кардиореабилитации ОКС в экстренной клинической практике.

ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА, АССОЦИРОВАННЫЕ С РАЗВИТИЕМ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ В ЭКСТРЕННЫХ СТАЦИОНАРАХ

Усманов Б.У., Каримов У.Б., Мамасалиев Н.С., Джумабаева М.А.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучение и оценка ведущих факторов риска, ассоциируемых с развитием острых коронарных синдромов (ОКС) в условиях экстренных стационаров.

Материал и методы. У 653 больных для выявления и оценки факторов риска ОКС применялись стандартные методы (вопросники), инструментальные методы, биохимические исследования общеклинический анализ крови и мочи, ЭКГ, ЭхоКГ и УЗИ внутренних органов. Факторы риска оценивались по критериям ВОЗ (2000). ОКС устанавливались по критериям ACC/AHA (2002) и ВНОК (2009). Статистическая обработка данных проводилось с использованием критерия χ2.

Результаты. Следует отметить, что в условиях экстренных стационаров в качестве ведущих факторов выделяются такие факторы как курение, сахарный диабет (СД), избыточная масса тела (ИМТ), злоупотребление алкоголем, гиподинамия и психосоциальные факторы (ПСФ). Так фактор курения имел место у 47,2% больных с ОКС. Курение чаще выявлялось у мужчин (69,3%), чем у женщин (1,0%) ($p<0,001$). Следовательно, курение имеет большую распространенность как фактор риска ОКС. Каждый пятый (28,1%) пациент с ОКС страдает сахарным диабетом. Выявляемость СД среди мужчин и женщин с ОКС составила соответственно 22,2 и 19,1% ($p<0,05$). ИМТ зарегистрирована у 59,8% больных ОКС. ИМТ у женщин наблюдается чаще (в 1,2 раза), чем у мужчин – соответственно у 66,9 и 56,5%, ($p<0,05$). Мужчины злоупотребляли алкоголем чаще, чем женщины соответственно у 61,7 и 0,5%, ($p<0,001$). Гиподинамия имела место у 58,7% больных с ОКС, в том числе у (65,2%) женщин и у (55,6%) мужчин ($p<0,05$). Частота выявляемости ПСФ у больных с ОКС составляет 31,8%; ПСФ у мужчин обнаруживаются в 1,3 чаще, чем у женщин – соответственно 34,5 и 25,8%, ($p<0,05$). К числу психосоциальных факторов отнесены острые и хронические стрессы (на работе и в семье), низкая социальная поддержка (социальная изоляция), низкий социально-экономический статуса и негативное эмоциональное состояние, в том числе тревожное и депрессивное. В целом, у больных с ОКС установлена распространенность ПСФ и существенная их вариабельность в зависимости от пола.

Выводы. ОКС у пациентов начинается еще на этапе скопления основных факторов риска или в донозологической стадии ОКС. По всей вероятности, основная часть пациентов, страдающих ОКС, не обращаются к врачам или обращаются только при значительном ухудшении общего состояния в связи с частыми обострениями ИБС.

МИЕЛОИДЛИ ЛЕЙКОЗ ОЛИБ КЕЛАДИГАН ЖАРРОХЛИК АСОРАТЛАР

(аутопсик текширув хулосаларидан)

Ўраков Н.А.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали

Материал ва услублар. 2010 йилда РШТЁИМ Самарқанд филиалида 2 бемор миелоидли лейкознинг асоратидан ўлган — шу холатлар келтирилган. 2000–2010 йилларда вафот этганлар сонидан миелоидли лейкоз 0,01%ни ташкил этади.

Натижалар. Мархума Р.Х., 42 ёшда. Касалхонамизда унга «Ўткир ичак тутилиши. Қорин деворининг яллиғланиши. Миелолейкоз геморрагик тури» диагнози билан даволаш муолажалари ўтказилган. Аммо кўрсатилган тиббий ёрдамларга қарамасдан унда биологик ўлим қайд қилинган. Касалхонада жами 7 соат бўлган.

Патологоанатомик текширувда оғиз ва милкларда қизғиш рангли ўчоқлар, лимфа тугунларининг катталашганлиги, қаттиқлашганлиги, бази бир жойларида қон қуйилганлиги, талоқни кўрганда катталашган, атроф тўқималар билан ёпишганлиги, усти бужмайганлиги, жигар катталашган, ошқозоннинг шиллиқ қавати силлиқлашган бази жойларида қон қуйилиш ва некроз ўчоқлари, ингичка ичакни тотал ва йўғон ичакни ўнг тамонини хаммасини геморрагик некрози (гангренаси) ва қорин бўшлиғида тарқалган йирингли фибриноз перитонит аниқланди. Патологоанатомик диагноз : Миелоидли лейкоз, асорати, ингичка ичакнинг тотал ва йўғон ичакнинг ўнг тамонининг ҳаммасининг геморрагик некрози (гангренаси). Тарқалган йирингли фибриноз перитонит. Ички аъзолларни геморрагик диатези. Бутун организмни камқонлиги. Паренхиматоз аъзоларни дистрофияси. Талоқ, буйрак, жигар ва лимфа тугун-

ларини катталашиши». Мурдада миелоидли лейкоз натижасида ичакларни некрози (гангренаси), асорати тарқалган йирингли фибринозли перитонит унинг улимига сабаб булгани аниқланган.

2. Бемор Х.Д., 26 ёшда. Бизнинг касалхонамизда «Гастродуоденал қон кетиши. Постгеморрагик шок. Ўткир постгеморрогик анемия огир даражаси. Ўткир нафас ва юрак қон томирлари етишмовчилиги» диагнози билан даволанган. Кўрсатилган тиббий ёрдамга қарамасдан унда биологик ўлим содир бўлган. Касалхонада жами 35 дақиқа бўлган. Патологоанатомик текширувида тери ва кўзга кўринадиган шиллиқ пардалари оқиш-сарғиш рангда, кўплаб қизғиш рангли тошмалар бўлиб, ҳар хил ўлчамда, ушлаб кўрганда юмшоқ, оғиз ва милкларда қизғиш рангли ўчоқлар, лимфа тугунларининг катталашганлиги, қаттиқлашганлиги ва кесиб кўрилганда оқиш-қизғиш рангдалиги, бази бир жойларида қон қуйилганлиган, талоқнинг катталашганлиги, атроф тўқималар билан ёпишганлиги, усти бужмайганлиги, кесиб кўрганда куплаб қириндилар ажралганлиги кузатилди, жигарни катталашган, тўқ-жигаррангда, кесиб кўрилганда тўлақонли, ошқозонни шиллиқ қавати силлиқлашган, бази жойларида қон қуйилиш ва некроз ўчоқлар, ингичка ичакни тотал ва йўғон ичакни ўнг тамонини ҳаммасинида куплаб нуқтасимон қон қуйилишлар бўлиб, ошқозондан ва ичаклардан қон қуйилган жойларини қонаб туриши аниқланди, ошқазон ва ичакларни ичида қон борлиги аниқланди. Патологоанатомик диагноз; асосий «Миелоидли лейкоз». Асорати; «Ошқозон, ингичка ва йўғон ичак шиллиқ қаватини геморрагик диатези, қон кетиши. Постгеморрагик шок. ДВС синдром.Бутун организмни камқонлиги. Паренхиматоз аъзолларни дистрофияси. Талоқ, буйрак, жига рва лимфа тугунларини катталашиши. Ўпка шиши. Баданидаги тошмалар. Паренхиматоз аъзоларига куплаб нуқтасимон ва катта улчамли қон қуйилиши». Мархумани улимига асосий касаллик миелоидли лейкоз асосида ривожланиб борган геморрагик диатези, ДВС-синдроми, қон кетиши ва қон кетишдан кейинги шок холати унинг улимига сабаб булган.

Хулосалар. Миелоидли лейкоздан жаррохлик асоратлари келиб чиққиши курсатилган, яъни биринчи холатда ичакларни некрози (гангренаси), тарқалган йирингли фибринозли перитонитга олиб келган булса. Иккинчи холатда ошқозон, ингичка ичак ва йўғон ичак геморрагик диатези, ДВС-синдроми, ошқозон ва ичаклардан қон кетишига олиб келганли курсатилган. Икки холатда хам миелоидли лейкозни жаррохлик асоратлар беморларни улимига сабаб булган.

Булар ҳамма ёшда диагноз қуйса бўлади, миелоидли лейкоз кўпроқ қари ёшларда учрайди, ўртача ёши 60–65 ёшни ташкил этади, бизнинг холатда биринчиси 42 ёшда, иккинчиси 26 ёшда, бу касаллик ёшларда ҳам булиши кузатилган.

ЧАСТОТА АРИТМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Хайдарова А.Ю., Ибрагимов И.С., Жураев Ш.Ф.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценка частоты и тяжести аритмий в остром периоде инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом 2-го типа.

Материал и методы. Обследованы 60 больных сахарным диабетом в возрасте от 42 до 70 лет и 40 больных с острым инфарктом миокарда без изменений гликемического профиля. Основная группа больных была разделена на две подгруппы: больные с ИМ на фоне СД до 55 лет и 55 лет и старше. Всем больным проводилось круглосуточное мониторирование сердечного ритма.

Результаты. Аритмии зарегистрированы у 60% больных с ИМ на фоне сахарного диабета, и у 27% больных, не имеющих в анамнезе СД. Жизнеопасные формы аритмий (фибрилляция желудочков, полная АВ-блокада) чаще наблюдались у больных старшей возрастной группы. Аритмии, усугубляющие сердечную недостаточность и нарушение кровообращения жизненно важных органов: мерцательная аритмия, одиночные желудочковые и наджелудочковые экстрасистолии, чаще встречались у молодых пациентов. Пароксизмальные желудочковые аритмии, внутрижелудочковые блокады, парные и ранние желудочковые экстрасистолии, полиморфные желудочковые экстрасистолии преобладали у больных более старшей возрастной группы. В целом нарушения ритма неблагоприятных высоких градаций по Lown-Wolff (III-V класс) достоверно чаще встречались у пациентов с ИМ на фоне СД в возрасте старше 55 лет.

Выводы. Разнообразие и выраженность аритмий у больных сахарным диабетом свидетельствует об имеющихся у них значительных нарушениях в структурном и нейрогуморальном обеспечении миокарда.

НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Хакимова Н.Х., Холмурзаева М.Ф.,
Джизакский филиал РНЦЭМП

Заболеваемость бронхитами по некоторым данным, колеблется от 15 до 50%. Этот процент существенно выше (до 50–90%) среди детей, часто болеющих ОРВИ, особенно в экологически благополучных регионах, а также при пассивном курении. Распространенность рецидивирующего бронхита (РБ) составляет 16,4% на 1000 детей. Среди часто болеющих детей РБ был установлен у 27,0%.

Бронхиты нередко протекают с обструктивным синдромом. По нашим данным, частота выраженных клинических признаков бронхообструкции при РБ составляет 70–80%. Бронхообструктивный синдром чаще наблюдается у детей раннего возраста (20,1%), при этом более чем у половины детей (57,5%) эпизоды обструкции рецидивируют.

Традиционная терапия при бронхолегочных патологий детей часто не дает должного эффекта, так как известно, что непосредственно в паренхиму легких доставляется лишь 12–15% отведенных препаратов. Это приводит к необходимости включать в комплексную терапию методов, позволяющих улучшить доступ лекарственных средств непосредственно в дыхательные пути. Одним из таких методов является небулайзерная терапия.

Цель. Оценка эффективности небулайзерной терапии в лечении и профилактике бронхообструктивного синдрома.

Под нашим наблюдением находились 57 детей, неоднократно поступавших в стационар с направительным диагнозом «Обструктивный бронхит». Возраст детей колебался от 2 месяцев до 3 лет, мальчиков было 34 (68,0%), девочек 16 (32,0%). Максимальное количество перенесенных эпизодов обструкции 14, минимальное – 2 в течение жизни ребенка. У всех детей изучали материнский анамнез, состояние ребенка после рождения, особенности течения респираторного-дистресс синдрома новорожденных (РДСН), данные клинического осмотра, инструментальных методов исследования – рентгенографии органов грудной клетки.

Группу сравнения составили 38 детей, получавших традиционную терапию (муколитические препараты, антибиотикотерапия, дезинтоксикационная десенсибилизирующая терапия). У всех больных период обострения характеризовался наличием кашля с выделением мокроты, нередко с одышкой (26,0%) выраженным бронхообструктивным синдромом (40,0%). На фоне традиционной терапии с 5–7 дней отмечалось положительная динамика, а к 9 дню прекращалось выделение мокроты и хрипы в легких (95,0–96,0%). У детей, которым проводилась небулайзерная терапия регистрировалась положительная динамика с 3–4 дня. Ингаляции проводились по 2 минуты каждые 6 часов в 1–2 сутки, затем каждые 12 часов 5–7 дней. Пациентам последовательно вводились натрий гидрокарбонат, антибиотики, гентамицин 7–10 мг/кг, В-блокаторы, эуфиллин 2–3 мг/кг, дексаметазон 0,5–1,0 мг/кг, преднизолон 2 мг/кг. На 7 день бронхообструктивный синдром сохранялся только у 8,8% (против 22,2% в контрольной группе), а к 9 дню он не определялся ни у одного ребенка. Положительный клинический эффект характеризовался (98,0%) быстротой обратного развития основных симптомов заболеваний: прекращением или облегчением кашля, прекращением одышки, выделения мокроты, ликвидацией бронхообструктивного синдрома.

Небулайзерная терапия отличается простотой, что позволяет рекомендовать ее для лечения детей с бронхообструктивным синдром.

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ И ПРИМЕНЕНИЕ ГЛИАТИЛИНА

Ходжаева Н.А.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Инсульт является одной из ведущих причин смертности и инвалидизации населения. Рост заболеваемости инсультом связан с ведущими факторами риска – сердечно-сосудистой патологией, хроническим стрессом, нарушением питания, вредными привычками и др.

Наиболее эффективным методом лечения ишемического инсульта в первые часы заболевания является тромболитическая терапия. Однако она применяется не более, чем у10% больных, что во многом связано с узкими временными рамками «терапевтического окна». В связи с этим актуальны исследования, направленные на изучение возможных механизмов продления жизни мозговой ткани и зоне ишемической полутени и, соответственно, увеличение времени «терапевтического окна».

В качестве одного из перспективных направлений комплексного лечения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения рассматривается нейропротекторная терапия. Нейропротекторным нейротрофическим действием обладает глиатилин (холина альфосцерат).

Цель исследования. Оценка влияния глиатилина на динамику восстановления утраченных функций у больных с полушарным ишемическим инсультом.

Обследованы 40 пациентов, из них 20 мужчин и 20 женщин (средний возраст 55–65 лет) в острейшем периоде полушарного ишемического инсульта. Пациенты были рандомизированы на 2 группы по 20 человек в каждой. Пациенты 1-й группы, помимо традиционной терапии инсульта (антитромботическая, гиполипидемическая, антигипертензивная терапия и др.), получали в/в инъекции глиатилина по 1000 мг в сутки

в течение 10 дней с последующим переходом на пероральный прием препарата в виде капсул. Терапия глиатилином была начата не позднее 12 ч с момента развития инсульта. 2-ю группу (сравнения) составила пациенты, не получавшие глиатилин.

После 10-дневного курса терапии было проведено сравнение тяжести состояния и степени функционального восстановления у пациентов двух групп. После 10-дневного курса лечебных мероприятий тяжесть инсульта по шкале NIHSS уменьшилась на 49,1% у пациентов 1-й и на 30,4% – 2-й группы. При изучении динамики функционального состояния по шкале Рэнкина на 10 сутки отмечалось улучшение показателей на 45,7% у пациентов 1-й и на 29,8% – 2-й группы.

Проведенное исследование показало, что применение глиатилина не позднее 12 ч с момента развития ишемического инсульта приводит к достоверному регрессу тяжести неврологической симптоматики.

ПРИМЕНЕНИЕ МАКСИМАЛЬНЫХ СУТОЧНЫХ ДОЗ ПЕРОРАЛЬНЫХ НИТРАТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Хожибоев А.М., Сулейманов А.П., Муяссарова Ш.Х.

Ташкентский областной центр экстренной медицинской помощи

Обычно суточные дозы пероральных нитропрепаратов (изосорбида моно- и динитраты), рекомендуемые при ишемической болезни сердца, в том числе у больных с острым инфарктом миокарда, не превышают 120–180 мг.

В нашей клинике в 2009–2012 гг. из 428 больных с инфарктом миокарда, пролеченных традиционным медикаментозным способом, 39 больным, после отмены непрерывно-дозированного внутривенного введения раствора нитроглицерина (перлинганит) в дозах 2–8 мг/ч, производимой в течении 1–3 суток на ранних этапах ОИМ, с развившейся ранней левожелудочковой недостаточностью.

При переводе данной категории больных на прием таблетированных форм нитратов с целью полного купирования симптомов ОЛЖН, были скорректированы следующие суточные дозы препаратов: изосорбида мононитрат (моносан) до 120 мг/сут. внутрь + изосорбида динитрат (нитросорбид) до 160 мг/сут. сублингвально. Суммарная суточная доза составляла 280 мг.

Попытки снижения суточной дозы нитратов до менее 200 мг/сут приводили к возобновлению симптомов ОЛЖН.

После 2–3 недель приема нитропрепаратов в указанных дозировках гемодинамические показатели больных позволяли снижать их суточную потребность до стандартно высоких (120–180 мг/сут.).

Можно предположить, что при отсутствии плохой переносимости нитропрепаратов назначение максимальных суточных доз, значительно превышающих общепринятые, позволяет сократить сроки стабилизации гемодинамики у данной категории больных.

ҚОРИНЧАЛАР ЭКСТРАСИСТОЛИЯСИДА КОРДАРОН ВА АЛЛАПИНИН ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Худайназаров И.А., Маткаримов С.О., Машарипов М.С.

РШТЁИМ Хоразм филиали

Қоринчалар экстрасистолияси энг кўп учрайдиган аритмия тури бўлиб, ЮИК кечишини оғирлаштиради, қоринчалар тахикардияси, фибрилляцияси, юрак ичи тромби ва мия инсультига олиб келади.

Мақсад. ЮИК ва гипертония сабабли қоринчалар экстрасистолияси бор беморларда қисқа муддат ичида кордарон ва аллапинин per os қўллаб самарадорлигини ўрганиш.

Тадқиқот усули ва манбаси. Тадқиқотимизга РШТЁИМ Хоразм филиали шошилинч кардиология бўлимида даволанган, ЮИК ва гипертония сабабли қоринчалар экстрасистлияси аниқланаган 142 та бемор киритилди. Беморлар 2та гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳ 70 та бемор ўртача ёши 62±4.4; шундан қоринчалар экстрасистолия Лоун 2-синф 40та бемор, Лоун 3-синф 17та бемор, Лоун 4-синф 13та беморни ташкил этди. 55(79%)та беморда ЮИК, 15(21%) та беморда гипертония касаллиги асосий диагноз. 2-гуруҳ 72 та бемор ўртача ёши 59±6.3; шундан қоринчалар экстрасистолия Лоун 2-синф 44та бемор, Лоун 3-синф 16та бемор, Лоун 4-синф 12та беморни ташкил этди. 58 (80.5%)та беморда ЮИК, 12 (19.5%)та беморда гипертония касллиги асосий диагноз.1чи гуруҳга стандарт даво фонида антиаритмик мақсадда таблетка аллапинин 75мг/кунига берилди. 2чи гуруҳга эса стандарт даво фонида таблетка кордарон 600 мг/кунига берилди.Барча беморлар 5кун давомида ЭКГ қилинди ва субъектив сезгилари текширилди.

Олинган натижалар. 1-гуруҳда 2чи кундан бошлаб ЭКГ да 69% беморда қоринчалар экстрасистолияси йўқолган; 5чи кунда эса бу кўрсаткич 86%ни ташкил қилди. Субъектив белгилар эса мос равишда 2чи кунда 64% ва 5чи кунда 83%га камайди.2-гуруҳда 2чи кундан бошлаб ЭКГ да 48% беморда қоринчалар экстрасистолияси йўқолган; 5чи кунда эса бу кўрсаткич 76%ни ташкил қилди. Субъектив белгилар эса мос равишда 2чи кунда 54% ва 5чи кунда 72%га камайди.

Хулоса. ЮИК ва гипертония сабабли қоринчалар экстрасистолияси бор беморларда аллапинин таблеткаси кордарон таблеткасига қараганда тез ва самарали таъсир кўрсатди.

ВНЕДРЕНИЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ В РАННЮЮ ДИАГНОСТИКУ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Шамсутдинова М.И.

Ташкентская медицинская академия

Одной из актуальных проблем современной гастроэнтерологии остается проблема ранней и эффективной диагностики хронического панкреатита (ХП). Это во многом зависит от применяемых тестов. В настоящее время используемые тесты для определения уровней амилазы и липазы после первых трех суток теряют чувствительность, так как их уровень начинает уменьшаться. В связи с чем, требуется внедрение более чувствительных методов как для ранней диагностики ХП, так и наблюдения в динамике развития заболевания.

Цель исследования. Использование фекальной эластазы-1 при диагностике и оценке результатов лечения хронического панкреатита.

Материал и методы. Исследования проводились в первой клинике ТМА. Объектом исследований были 32 пациента с хроническим панкреатитом, продолжительность наблюдения составила в среднем 6 месяцев. Мужчин было 21, женщин – 11. По возрасту они распределились следующим образом: 40-49 лет – 8, 50-59 лет – 13, старше 60 лет –- 11 больных. Длительность заболевания: впервые диагностированные случаи хронического панкреатита констатированы у 5 больных, 5-10 лет страдали панкреатитом 11 человек, 16 больных имели заболевание более 10 лет. Хронический алкогольный панкреатит имелся у 18 пациентов, билиарнозависимый – у 9, идиопатический – у 5.

Всем больным провели копрологическое исследование с определением количества фермента эластазы-1 в кале. Использовали эластазный тест фирмы Shebo пр-ва Германии. Все пациенты получали ферментозаместительную терапию Креон в средне суточной дозе 75000 ЕД, разделенные на три приема, а также получали пробиотик для нормализации кишечного дисбиоза.

Результаты. У всех пациентов выявлено внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы (эластаза-1 менее 200 мгк/г кала), в том числе тяжелой степени (менее 100 мгк/г кала) – у 11 пациентов, умеренно легкой степени (более 100 мгк/г кала) – у 21 пациента. Из них 16 больных, которые составляли контрольную группу принимали базисную терапию и 16 пациентов, которые составляли основную группу принимали пробиотик течении 14 дней. Критериями оценки эффективности и переносимости креона и пробиотика служили: динамика клинических симптомов, УЗИ, показатели фекальной эластазы.

Заключение. Полученные нами результаты позволят широко использовать для диагностики ХП ИФА тест определения эластазы-1. Включение в терапию препарата пробиотического ряда е значительно повышает эффективность коррекции внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы у больных ХП, т.е. приводит к более быстрому купированию симптомов с с дальнейшим улучшением качества жизни больных.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГЕМАТОМ МОЗЖЕЧКА

Шарифбаев С.А., Ашуров У.А.

Наманганский филиал РНЦЭМП

С внедрением в клиническую практику рентгеновской компьютерной томографии значительно возросла выявляемость кровоизлияний в мозжечок. Методы нейровизуализации позволяют установить как сам факт кровоизлияния, так и его локализацию, объем внутримозговой гематомы, наличие и выраженность дислокации ствола, окклюзионной гидроцефалии, вентрикулярного кровоизлияния.

Мы наблюдали 10 больных с нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу. У 8 больных в неврологическом статусе имела место характерная для больных с инсультом той или иной гемиплегии. У 2 больных гемиплегии не отмечалось. В неврологическом статусе уровень сознания оценивался по шкале ком Глазго и шкале Хант-Хесса. При люмбальной пункции у некоторых больных обнаружен эритрохроматомный ликвор. Всем больным производилась КТ головного мозга. У 8 пациентов было кровоизлияние полушарного характера, у 2 - мозжечкового. Всем больным КТ головного мозга проводилась первые 3 суток. Наличие и выраженность поперечной дислокации на уровне задней черепной ямки определяют по характеру сдавления и смещения IV желудочка. Аксиальную дислокацию оценивают по деформации околостволовых цистерн – четверохолмной и обходной.

Рентгеновская КТ является методом выбора в остром периоде кровоизлияния из-за ее высокой чувствительности к гемоглобину в этой фазе заболевания и небольшой длительности исследования. Для ранней диагностики гематом МРТ традиционно считали менее чувствительным и специфичным методом, чем КТ, так как в первые сутки в области гематомы дезокси- и метгемоглобин практически отсутствует, в связи с чем сигнал от кровоизлияния имеет характеристики, близкие к нормальному мозгу, и четкая визуализация гематомы затруднена. Все больные с ГИ мозжечка подлежат госпитализации. При тяжелом течении заболевания, развитии бульбарного синдрома, дыхательных нарушений, острой сердечно-сосудистой недостаточности необходима госпитализация пациента в реанимационное отделение, искусственная вентиляция легких, коррекция сердечно-сосудистых нарушений, противоотечная терапия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Эгамова Н.Т., Бахронов У.Ш., Батырбаев Э.А., Тошев О.Б.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Наблюдение за состояниям больных с инфарктом миокарда, которым предварительно выставлен диагноз острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST и проведена тромболитическая терапия.

В Навоийском филиале РНЦЭМП с января по июнь 2013 г. стационарное лечение с диагнозом инфаркт миокарда получали 89 больных, из них 52 мужчин и 37 женщин, средний возраст – 62 года. Тромболитическая терапия в сроки от 3 до 20 часов проводилась 17 больным (мужчин – 11, женщин – 6) среднего и пожилого возраста (средней возраст 56) с предварительным диагнозом острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST. После проведения тромболитической терапии у 1 больного наблюдался геморрагический синдром, у 1 реперфузионная аритмия по типу фибрилляции желудочков, которая купирована дефибрилляцией. Умерли 2 пациентки: 1- с инфарктом правого желудочка (с фоновым заболеванием сахарный диабет, ожирение), 2-с рецидивом инфаркта миокарда на 3 сутки, из-за позднего обращения в первые сутки тромболитическая терапия не проводилась. Остальные больные после тромболитической терапии отмечали значительное улучшение общего состояния и исчезновение ангинозных приступов. Следовательно проведенное лечение следует оценивать как эффективное.

Тем не менее, все эти пациенты были взяты на диспансерный учет и каждый квартал проходили наблюдение у кардиолога, регулярно получали амбулаторное и стационарное лечение.

Таким образом, больным с острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента ST при отсутствии противопоказаний тромболитическую терапию следует начинать как можно раньше согласно принципу «золотого часа». С учетом формирования бригад интенсивной терапии на скорой помощи лечение таких пациентов необходимо проводить еще на догоспитальном этапе.

ОҒИР ХОЛАТИДАГИ БЕМОРЛАРДА ЎПКА АСОРАТЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА ВА ДАВОЛАШДА РЕГИОНАЛ ЛИМФАТИК ТЕРАПИЯНИНГ АХАМИЯТИ

Юлдашев А.Х., Махмудов Н.И., Акбарова М.А.

РШТЁИМФФ Тошлоқ субфилиали

2011–2012 йилларда реанимация бўлимида даволанган 66 нафар критик холатдаги оғир беморлар, жумладан 21 нафар бош мия жарохати, 18 нафар бош мияда кон айланишининг ўткир бузилиши, 3 нафар эпилепсия касаллиги, 4 – мия ўсмаси, 5 – мия абсцесси, 9 – менингит, менингоэнцефалит, 6 – оғир захарланишлар билан даволанган беморларда нафас системаси аъзоларида асоратлар кузатилди ва асосий касалликнинг оғирлик даражасини кучайтирди. Бу беморларнинг барчасида иккиламчи зотилжам ривожланиб, тана хароратини кўтарилиши, йўтал, балғам ажралиши, нафас етишмовчилиги белгилари пайдо бўлган, АҚБни меъёридан 10-30 мм сим. уст.гача кўтарилиши кузатилган.

Ўпкаларнинг рентген текширувларида яллигланиш ўчоқлари топилган.Қоннинг умумий текширувида лейкоцитоз – 8,5–12,5- 10/л, ЭЧТ ни (РОЭ) 28–32 мм/с. гача ошиши кузатилган. Бу беморлардан 16 тасида (24,2%) анъанавий антибиотикотерапия (томир ичига, мускул орасига – суткасига 3–4 махал дори юбориш) услубида даволанди. Колган 40 та (60,8%) текширув гурухидаги беморлар регионал лимфатик антибиотикотерапия (суткасига 1 махал бир марталик дозани претрахеал тўқимага юбориш) услубида даволанди.

Регионал лимфатик терапия (РЛТ)ни пункцион метод, яъни кекирдак олди бўшлиғига игна билан тушиб, аввал лимфостимулятор (гепарин 2500-5000 ЕД, фуросемид 0,5–1,0 мл, новокаин 0,25% – 30–50 мл, лидаза 8–16 НБ (бу ўз навбатида микроциркуляцияни ва дори моддасини лимфага сўрилишини яхшилайди) юборилиб, ундан сўнг 3–5 дақиқа ўтгач танланган антибиотик юборилади ва муолажа инъекция ўрнига ярим спиртли асептик боғлам 6–12 соатга қўйиш билан якунланади. Антибиотикларни танлашда индивидуал ва микробларнинг антибиотикларга сезувчанлиги ва касалликнинг кечиши хисобга олинди. Кўпроқ оксампицин, цефтриаксон, зинацеф, цефотаксимлардан фойдаланилди. Патология оғир кечганда антибиотиклар комбинация қилинди.

РЛАТ ўтказила бошлагандан сўнг беморларнинг умумий холатида ижобий ўзгаришлар пайдо бўлди, нафас етишмовчилиги белгилари 3-кунга келиб меъёрлашди. Шу билан бир қаторда яллиғланишнинг бошка белгилари ҳам йўқола бошлади: тана харорати 16 та беморда 2-суткасида, 5 тада 3-суткасида ва 3 тада 4-суткасида нормаллашди. Клиник меъёрлашувлар билан бирга лаборатор тахлилларда ҳам ижобий натижалар лейкоцитоз ва ЭЧТ (СОЭ) эритроцитлар чўқиши тезлиги кўрсаткичлари меъёрлаша бошлади,

Анъанавий антибактериал терапия олган беморлар гурухида нафас етишмовчилиги белгилари, тана хароратининг пасайиши ва лаборатор кўрсаткичлар касалликнинг 5–6 суткасидан бошлаб пасая бошлади. Ташки нафас функциясининг яхшиланиши, ўпка рентген суратида ижобий ўзгаришлар 8–10 суткага келиб кўрина бошлади.

Шундай қилиб олинган натижаларга асосланган холда критик холатдаги оғир беморларда нафас системаси томонидан асоратланиши мумкин бўлган зотилжамни профилактика қилиш ва даволашда анъанавий антибактериал терапияга қараганда, РЛАТнинг бир мунча афзаллик томонларини кўрсатиш мумкин. Бу усул дори дармон сарфини камайтиради,беморнинг даволаниш муддатини кисқартиради.

IV. КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В ПЕДИАТРИИ, ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Абдихаликов Ж.А., Анарбаев А.А., Кутбаев С.К.

Ошская межобластная детская клиническая больница, ФПМО ОшГУ, Ош, Кыргызстан

Инородные тела пищевода встречаются практически в любом возрасте. В нашей практике самому молодому пациенту с инородным телом пищевода (монета) было 6 месяцев. Характер и вид предметов, которые глотают наши больные, зависят от возраста, в раннем детском возрасте – это яркие и блестящие вещи: монеты, булавки, пуговицы и т.п., в более старшем – чаще твердые фрагменты пищи (кости).

Нами изучены данные о 97 детях, лечившихся по поводу инородных тел пищеводf в отделении уха, горла, носа Ошской областной детской больницы в 2008-2010 гг. При лечении учитывали пол и возраст ребенка, сроки заболевания и госпитализации, клинические особенности течения болезни, результаты рентгенологического исследования. Среди больных мальчиков было 60, девочек – 37. Независимо от пола, преобладали дети в возрасте от 1 года до 5 лет – 72 ребенка. На первом году жизни инородные тела пищевода выявлялись значительно реже (0,19), минимальное число составили дети старше 5 лет – 27.

У всех больных наличие инородного тела в пищеводе диагностировано эндоскопическим исследованием. Эзофагоскопию проводили с помощью жесткого эзофагоскопа под общим наркозом. Каких-либо осложнений при проведении эндоскопических манипуляций не отмечалось.

Наибольшее число случаев зарегистрировано в конце лета и начале осени (от 75 до 80% детей). Больные поступали в стационар в различные сроки от начала заболевания. 36 детей госпитализированы в первые 3 дня от момента попадания инородного тела, из них в первые 24ч болезни поступили всего 30, что позволило расценивать эти сроки как своевременные. На 4–30-е сутки и позже поступили было достаточно велико 11, они составили примерно 1/5 часть больных. Поздняя госпитализация определилась трудностью диагностики и неправильной трактовкой имеющихся клинических признаков болезни, что вело к значительной частоте ошибок – 11.

Ведущими симптомами болезни являются затруднение при глотании пищи и слюны (93), гиперсаливация (89) и боли (88).

Таким образом, среди 97 детей, с инородными телами, наибольшее число составили дети от 1 года до 5 лет, что, вероятно, определяются недостаточным контролем за ними со стороны родителей и воспитателей детских дошкольных учреждений.

Основные методы профилактики: 1. Не давать детям в возрасте до 3-5 лет игрушки маленького размерами, монеты и т.п. 2. Отучать детей от привычки держать во рту ручки и карандаши во время рисования или письма.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРОМЕДОЛОМ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Маматкулов И.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Послеоперационное обезболивание детей остается одной из актуальных медицинских проблем. Для лечения больных с болевым синдромом в послеоперационном периоде основной группой лекарственных средств остаются опиоидные аналгетики, которые применяют у 60% больных.

Цель исследования. Оценка эффективности обезболивания промедолом в послеоперационном периоде у детей.

Материал и методы. Проведен анализ эффективности послеоперационного обезболивания промедолом у 34 детей после абдоминальных операций. Промедол использовался внутримышечно в дозе 0,2 мл на год жизни. 70,6% детей были в возрасте 7–10 лет, 29,4% 11–14 лет. Большинство больных (76,5%) были оперированы в плановом порядке, по экстренным показаниям – 23,5%.

Исследования проводились на следующих этапах: I этап – болевой синдром; II этап – через 30 минут; III этап – через 60 минут после обезболивания; IV этап – через 2 часа после обезболивания, V этап – через 6 часов после обезболивания.

Об адекватности анестезии судили на основании клинической картины послеоперационного периода и субъективной оценки интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), определяли АДс, АДд, сатурацию кислорода, эхокардиографию.

Результаты. Характер клинического течения, параметры АДс, АДд, ЧСС, сатурации кислорода, результаты субъективной оценки интенсивности боли по ВАШ свидетельствовало о гладком течении послеоперационного периода со стабильностью физиологических показателей детского организма после обезболивания промедолом. Обезболивание промедолом характеризовалось достаточным анальгетическим эффектом, что способствовало улучшению показателей гемодинамики и дыхания в послеоперационном периоде. Эффективность обезболивания отмечалась у 95% пациентов. «Хороший» анальгетический эффект наблюдался у 22,2%, из них «отличный» – у 64,8%. Исследование центральной гемодинамики методом

ЭхоКГ показала минимальные изменения показателей, не снижающих производительность сердца, что свидетельствовало на эффективность аналгезии промедолом в раннем послеоперационном периоде. Насосная функция сердца при этом оставалась стабильной в течение всего исследования. Данные ФИ практически не изменялись от I к V этапу исследования, составляя 75,6 ± 4,5 на I этапе и 75,4 ± 5,3 на V этапе.

Выводы. Центральный анальгетик промедол, используемый в послеоперационном периоде у детей, обеспечивает эффективное обезболивание, дополняет арсенал безопасных методов обезболивания в детской анестезиологии.

РИСК УДЛИНЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАННЕЙ АКТИВИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К., Тохиров Ш.М., Файзиев О.Я., Абдурахманов А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ранняя активизация детей после кардиохирургических операций (КО) с искусственным кровообращением (ИК) является важнейшим компонентом быстрой кардиохирургии, предусматривающей максимальное сокращение сроков госпитализации, целенаправленную терапию, раннюю реабилитацию. Наиболее значимый экономический эффект приносит сокращение длительности интенсивной терапии (ИТ) после операции. В связи с этим активно исследуются возможные предикторы удлинения сроков пребывания детей после КО в ОРИТ.

Цель исследования. Определение возможности прогнозирования удлинения периода послеоперационной ИТ.

Материал и методы. Проанализированы протоколы анестезиологического пособия, послеоперационной интенсивной терапии (ПИТ) у 31 ребенка 2–6 лет, оперированных в условиях ИК при многокомпонентной общей анестезии при «синих» и «бледных» пороках сердца. Исследовали влияние на длительность ИТ клинических, лабораторных и основных гемодинамических показателей: кислотно-щелочного состояния (КОС), центральной (ЭхоКГ) и периферической (АДс, АДд, АДср., ЧСС) гемодинамики, градиента температуры (Тц-Тп), центрального венозного давления (ЦВД), значения лактата в артериальной крови в конце операции.

Результаты и обсуждение. Из исследованных показателей наиболее значимыми предикторами увеличения длительности ИТ явились несколько (гемодинамика, ЦВД, КЩС), однако самым достоверным была артериальная лактатемия, уровень которой более 3 ммоль/л во время и после осуществления ИК является чувствительным и специфическим предиктором послеоперационных осложнений и летального исхода.

Целенаправленная коррекция гемодинамики, ориентированная на поддержание нормальных значений лактатемии (менее 2 ммоль/л) как интегрированного показателя адекватного транспорта кислорода и отсутствия гипоксии, существенно сокращает длительность послеоперационной госпитализации в ОРИТ. Быстрый регресс послеоперационного лактатацидоза можно считать высокозначимым фактором, определяющим успех ранней активизации (в течение 4 ч) после КО.

Достоверный интерес представляет то, что при первичной оценке достоверным предиктором длительности ИТ было значение pH в артериальной крови (pHa), так же как и лактотемия, интегрально отражающая состояние тканевого метаболизма. Однако множественный регрессионный анализ у обследованных больных pHa потерял определенную достоверность. Это можно объяснить тем, что по значимости pHa уступает более чувствительному показателю – лактатемии.

Вполне закономерно, что в такой сложной клинической ситуации, как ранняя активизация детей, перенесших КО с ИК, один показатель не может в полной мере отразить риск возможных осложнений. В частности, использование и дозировка симпатомиметических препаратов достаточно часто фигурируют в в качестве предикторов реанимационных осложнений и неудач ранней активизации после операции с ИК. Более активизированное внимание может быть представлено при назначении адреналина, как интегральном показателе клинической значимости сердечно-сосудистой недостаточности , достоверно влияющей на длительность ИТ.

В проведенных исследованиях выявлено, что дозы допамина и добутамина, назначенных для стабилизации кровообращения, не влияют на длительность ИТ после КО, что, по-видимому, связано с неоднородностью исходной патологии и выполненных оперативных вмешательств.

Возраст также является одним из широко обсуждаемых предикторов замедления послеоперационной активизации и увеличения длительности ИТ. Отмечено, что более ранний возраст детей является значимым предиктором реинтубации трахеи после быстрого прекращения послеоперационной ИВЛ.

Таким образом, у детей, оперированных с ИК по поводу различных врожденных патологий сердца, значимыми предикторами увеличения длительности ИТ после ранней активизации является уровень артериальной лактотемии, дозы адреналина или норадреналина, а также возраст.

САНАЦИОННО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ БРОНХОСКОПИЯ У ДЕТЕЙ

Акбаров Д.А., Шевкетова Л.Ш., Усманов У., Буваева Г., Аллаев М.Я.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Клинический анализ санационно-диагностических бронхоскопических исследований, проведенных в Андижанском филиале РНЦЭМП в 2010–2013 гг.

Материал и методы. Было произведено 216 бронхоскопических исследований, 161 из них, по поводу инородных тел дыхательных путей, 46 – обструктивной патологии легких, 9 с целью бронхографического исследования трахеобронхиального дерева и биопсии. 75% составляли дети младшего возраста до 3 лет. 116 исследований было произведено в экстренном порядке на пике асфиксии. У 45 больных бронхоскопия была произведена в отсроченном порядке в связи с компенсацией респираторных симптомов и подозрением на инородное тело дыхательных путей.

Результаты. Из 116 в экстренном порядке произведенных бронхоскопий в 3 инородное тело обнаружено в гортани, в 27 – в трахее, в 131 – в бронхах, в том числе у 89 в правом бронхе ввиду анатомической особенности, 41 в левом. По характеру инородные тела были в основном органического – семечки фисташек, подсолнуха, земляного ореха, различные предметы детских игрушек и лекарственные таблетки. У 48 больных бронхоскопия произведена в ближайшие 1–3 дня после тщательного обследования и подготовки больного. Из них у 39 удаленное инородное тело было фиксировано в бронхах. У 6 инородное тело обнаружить не удалось, и манипуляция ограничилась санацией трахео-бронхиального дерева. Из 155 инородных тел у 149 больных детей оно было удалено при первой попытке, у 6 при повторной. 46 бронхоскопических исследований было произведено по поводу других патологических состояний легких. У 9 по поводу бронхоэктатической болезни, у 26 различные обструктивные состояния (хроническая пневмония, обструктивный бронхит) у 8 по поводу деструктивной пневмонии, у 2 полипы бронхов и 1 опухоль легкого. В 7 случаях была произведена контрастная бронхография, в 2 биопсия по поводу эндобронхиальной опухоли. Осложнений, связанных с бронхоскопией, было 19. Из них у 11 – спазм голосовой связки, у 6 – острая асфиксия, у 1 – кровотечение после удаления инородного тела. У 1 больного развилась медиастенальная эмфизема и гнойный медиастинит, от которого он умер.

Заключение. Своевременное обращение к врачу детей с инородными телами дыхательных путей позволяет успешно лечить их последствия консервативным путем. Лечебно-диагностическая бронхоскопия имеет большое значение при наличии квалицированного бронхоскописта.

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Аминов У.С., Исмаилов Д.А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Болезни органов дыхания составляют большую группу патологических процессов, развивающихся в верхних дыхательных путях у детей. Важное и прочное место занимают гнойно-воспалительные заболевания легких и плевры. Деструктивные пневмонии составляют до 10 % от общего количества пневмоний в детском возрасте, а летальность среди этих больных достигает 2–4 %.

Цель исследования. Изучение структуры заболеваемости бактериальной деструкцией легких больных, поступивших в детское хирургическое отделение РНЦЭМП в 2006-2013 гг.

Материал и методы. Обследованы 37 детей с бактериальной деструкцией легких (БДЛ), из них мальчиков – 24 (64,8%), девочек – 13 (35,2%). Возраст больных – от 0–1 года до 8 лет. Всем больным выполнялись общепринятые стандартные методы исследования.

Результаты и обсуждение. Детей в возрасте от 1 месяца до 1 года было 21 (56, 8%), 1–3 года – 10 (27%), 3–7 лет – 5 (13,5%), старше 7 лет – 1 (2,7%), т.е. наиболее часто БДЛ болеют дети в возрасте от 1 месяца до 1 года, затем в возрастной группе 1–3 лет, меньше – в возрасте старше 7 лет. В соматическое отделение в сроки до 10 суток от начала заболевания (в стадии выраженной клинической картины) поступили – 15 (49,5%) больных, 1–3 суток (в стадии начинающихся осложнений) – 17 (46%), спустя – более 20 суток (в стадии тяжелых осложнений) – 5 (13,5%). Это говорит о том, что в стадии начальных признаков заболевания больные почти не поступают. Наблюдение показало, что БДЛ сезонности не имеет. Так, зимой поступили 8 (21,6%) больных, весной – 8 (21,6%), летом – 10 (27%), осенью – 11 (29,8%). У 17 (46%) больных при УЗИ обнаружен «выпот анэхогенного характера», у такого же числа больных наблюдался «выпот с гиперэхогенными включениями», у 12 (34,4%) больных рентгенографически выявлены единичные «очаги деструкции». У всех больных в периферической крови был лейкоцитоз.

Выводы. 1.Наиболее часто бактериальной деструкцией легких болеют дети в возрасте от 1 месяца до 1 года. 2. В стадии начальных признаков заболевания больные поступают в соматическое отделения, а в стадии начинающих осложнений переводятся в отделение детской хирургии.

ПЕРСПЕКТИВЫ И УСПЕХИ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урмонов Н.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

До настоящего времени нет единого мнения и четких практических рекомендаций относительно оптимальных способов диагностической тактики при закрытых травмах живота с учетом многофакторной оценки тяжести травм, с выделением угрожающих жизни последствий и критериев прогноза.

Нами проведен детальный анализ результатов лечения 110 больных, оперированных в 2006–2013 гг. с диагнозом закрытая травма живота с повреждением паренхиматозных органов брюшной полости. Повреждения селезенки отмечались у 78, печени – у 32 пациентов. В первые 1–3 часа после получения травмы поступили 69,9% пострадавших.

Все поступившие с закрытыми травмами живота в зависимости от гемодинамических показателей разделены на 3 группы: артериальное давление и показатели крови стабильные, условно-стабильные и нестабильные.

Стабильность гемодинамики – основная предпосылка к расширенному лучевому обследованию и эндодиагностике. Стабильная гемодинамика и стабильность объема свободной жидкости в малом тазу позволяли избрать консервативный метод лечения.

Нарастание уровня жидкости в малом тазу на фоне стабильной гемодинамики явилось показанием к лечебно-диагностической лапароскопии, которая была успешной у 80 (32,9%) пациентов с разрывами селезенки и печени. Лапароскопия при абдоминальной травме имеет свои особенности и этапность. Первичная ревизия позволяет установить стабильность ситуации и дает возможность остановить кровотечение коагулированием и ушиванием или определить показания к конверсии.

В группе пациентов с тяжелым нарушением гемодинамики выполнялась экстренная лапаротомия, имеющая и органоуносящий, и органосохранный характер: спленэктомия (48,3%), ушивание и коагуляция селезенки и печени с гетеротопической имплантацией селезеночной пульпы (61,8%).

Таким образом, при травме органов брюшной полости наиболее многочисленная группа пациентов со стабильной гемодинамикой. У подавляющего большинства больных со стабильной гемодинамикой могут быть показания к трем методам лечения: консервативному, лечебно-диагностической лапароскопии и лапаротомии. Такая тактика позволила подтвердить, уточнить или существенно дополнить предварительный клинический диагноз, объективно оценить ситуацию и незамедлительно произвести необходимые мероприятия.

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Урмонов Н.Т., Примов Ф.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования. Улучшение результатов экстренной помощи детям с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 42 детей с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии. Для постановки диагноза больным проводилось общеклиническое обследование: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (белковый, электролитный состав крови, щелочная фосфатаза, амилаза, билирубин общий, прямой и непрямой). После зондированиия желудка и промывания холодными растворами всем больным выполнялась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС).

При оценке степени кровотечения придерживались классификации Forest. У 2 (4,7%) больных имело место кровотечение F-1a, оба больных поступили в состоянии геморрагического шока. После кратковременной подготовки (гемо- и плазматрансфузии) эти дети были оперированы в экстренном порядке в связи с отсутствием эффекта от проведенной эндоскопической коагуляции. У 6 (14,2%) больных с кровотечением F–1b удалось остановить кровотечение путем аргоно-плазменной коагуляции язвы. 2 их этих больных поступили в тяжелом состоянии, нуждались в восстановлении ОЦК, коллоидно-осмотического давления, реологических и коагулирующих свойств крови.

У 8 (19,0%) детей с кровотечением F–2a и у 12 (28,5%) больных с кровотечением F–2b удалось остановить кровотечение путем обкалывания язвы 70% спиртом. 6 (14,2%) больным с кровотечением F-2c. лечебное эндоскопическое вмешательство не проводилось, так как признаков активного кровотечения не наблюдалось.

Таким образом, в диагностике и определении тактики лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями эндоскопия занимает важное место. Экстренное оперативное вмешательство при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, показано лишь при безуспешной консервативной терапии, так как кровотечение, особенно профузное, сопровождается нарушением обменных процессов, снижением иммунологической резистентности организма и способствует увеличению числа осложнений, главным образом, наиболее грозных – дуоденальной недостаточности.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Бекназаров Ж.Б., Хаккулов Э.Б., Пайзиев Х.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель работы. Совершенствование диагностики и оптимизация тактики хирургического лечения уретерогидронефроза у детей.

Материал и методы. Под наблюдением были 74 ребенка, оперированные методом создания уретероцистонеоанастамоза с диагнозом уретерогидронефроза, находившихся на лечении в отделении детской хирургии РНЦЭМП в 2009–2013 гг. Возраст детей от 3 месяцев до 15 лет. До одного года было 16 (26.6%), 1-3 лет – 29 (32%), 3-7 лет – 14 (26,7%), 7-12 лет – 13 (17,3%), 12-15 – 2 (5,3%), мальчиков было 48, девочек – 26. С обструктивным уретерогидронефрозом было 34 пациента, с рефлюксирующим уретергидронефрозом – 40. Справа рефлюксирующий уретергидронефроз локализовался у 22,5%, слева – у 16,1%, с двух сторон – у 61,2%. IV степень имела место у 20,0% осследованных, V степень – у 80,0%. Среди них больных раннего возраста (1-3 лет) было 24 (60,0%).

Рефлюксирущий уретергидронефроз в сочетании с клапанами уретры у 9 больных был устранен методом уретероцистонеоанастомоза с одновременной ликвидацией клапанов уретры.

Обструктивный уретерогидронефроз наблюдался у 34 больных, в сочетании с клапанами уретры у 1 из них и с уретероцеле – у 15. Выполнены операция ликвидации клапана уретры, иссечения уретероцеле и уретероцистонеоанастомоза.

Результаты. Дети, оперированные методом уретроцистонеоанастомоза, в ближайшем послеоперационном периоде жаловались на прерывистую струю мочи, неприятные ощущения в конце мочеиспускания, болезненность в конце мочеиспускания, чувство позыва на мочеиспускание после совершения акта микции, а также на болезненность во время мочеиспускания. Эти клиника была связана с состоянием после операции уретероцистонеоанастамоза (травма мочевого пузыря, катетеризация уретры, мочевая инфекция и обострение хронического цистита); после соответствующего лечения выше перечисленные симптомы прекратились.

У 7 детей с наличием остаточной мочи в пузыре до операции ультразвуковое обследование, проведенное после операции, показало сохранение остаточной мочи в пузыре от 15,0 до 25,0 мл при мочеиспускании. Из них у 5 детей было ночное недержание мочи. Эта группа больных дополнительно к основному лечению получала терапию по поводу нейрогенного мочевого пузыря. Рефлюксирующий уретерогидронефроз у девочек встречается относительно чаще. Рефлюксирующий уретерогидронефроз в сочетании с клапаном уретры наблюдается в 22.5% случаев.

В данном исследовании мы оценили все известные нам результаты лечения 74 детей. Наличие или отсутствие пузырно-мочеточникового рефлюкса выявляли по результатам цистографии. Положительный результат операции уретероцистонеоанастамоза расценивали как отсутствие рефлюкса, отрицательный как сохранение рефлюкса любой степени при цистографии на любом сроке.

Выводы. У детей раннего возраста рефлюксирующий уретерогидронефроз встречается в 70,9% случаев, обструктивный уретерогидронефроз – в 53,4%, что свидетельствует о необходимости антенатальной и ранней диагностики заболевания у детей. Выполнение операции уретероцистонеоанастомоза позволит восстановить нормальную уродинамику мочеточника и избежать грозных осложнений уретерогидронефроза.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Алибекова М.Б., Сатвалдиева Э.А., Бабаджанова З.О., Рахимова С.Р., Нуралиева Г.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Учитывая тесную функциональную и морфологическую взаимосвязь аппарата дыхания с системой кровообращения, представление о патогенезе бронхолегочных заболеваний не может считаться полным без характеристики состояния сердечно-сосудистой системы при различных формах респираторной патологии.

В настоящее время сердечная недостаточность у детей часто развивается при тяжелых осложненных формах пневмонии.

Цель исследования. Изучение клинических проявлений и лечение поражения миокарда с развитием острой сердечной недостаточности у детей на фоне пневмонии.

Материал и методы. В исследование включен 31 ребенок в возрасте от 5 месяцев до 4 лет с пневмонией, осложнившейся острой сердечной недостаточностью, находившихся в отделении реанимации (ОАРИТ) РНЦЭМП в 2012-2013 гг.

Девочек было 10, мальчиков – 21. С полисегментарной пневмонией было 26 (84%) детей, с очаговой пневмонией – 5 (16%). Всем больным проводили общеклиническое обследование, рентгенографию грудной клетки, ЭКГ.

Результаты. Клиника острой сердечной недостаточности у детей с пневмонией характеризовалась тахикардией, которая не соответствовала температуре тела. У всех детей наблюдалась дыхательная недостаточность I-IIст. Отмечался бледность кожных покровов, акроцианоз. При аускультации у всех пациентов тоны сердца приглушены, у 30% детей выслушивались си-

столический шум. Увеличение размеров печени наблюдались у 45% детей.

На рентгенограмме грудной клетки у 5 (16%) больных отмечались двусторонняя полисегментарная, у 16 (52%) правосторонняя, у 5 (16%) – левосторонняя полисегментарная, у 5 (16%) – двусторонняя очаговая пневмония, у 10 (32%) имела место гипертрофия левого желудочка.

На ЭКГ выявлялись различные виды обменно-дистрофических нарушений в миокарде. У 27 (87%) больных детей отмечались признаки нарушения реполяризации (снижение зубцов Т и удлинение интервала Q-T), у 4 (13%) – признаки гипоксии миокарда (высокий заостренный зубец Т, при нормальном интервале (Q-T).

Медикаментозная терапия была направлена на лечение основного заболевания (антибактериальная терапия), сердечной недостаточности восстановление, гемодинамики, дыхания, коррекцию метаболических нарушений, профилактику возможных осложнений.
Антибактериальная терапия проводилась эмпирически – цефалоспорины 3 поколения – цефтриаксон по 75–100 мг/кг/сутки в комбинации с аминогликозидами – амикацин 12 мг/кг/сутки, далее лечение осложнений с учетом микробиологического мониторинга. Лечение сердечной недостаточности проводилось с учетом оценки клинических проявлений и фармакокинетики сердечных гликозидов (насыщение дигоксином в дозе 0,1 мг/кг) их комбинацией с диуретиками и другими препаратами. При преобладании перегрузки в малом круге кровообращения применяли допамин 4–6 мг/кг/мин, лазикс 2–4 мг/кг.

Таким образом, острая сердечная недостаточность у детей раннего возраста в основном осложняла течение полисегментарной пневмонии, острая сердечная недостаточность всегда сопровождалась дыхательной недостаточностью. У большинство больных с острой сердечной недостаточностью на ЭКГ отмечались признаки нарушения реполяризации. Лечение пораженного миокарда у больных с осложненной формой пневмонии должно быть ранним и дифференцированным. При снижении сократительной способности миокарда целесообразно применение сердечных гликозидов.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИНВАГИНАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Аллаев М.Я., Косимов З.Н., Рахимов Б.С., Рахмонов А.А., Аллаев Б.М., Рустамов И.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Лечение инвагинационной кишечной непроходимости у детей остаётся чрезвычайно актуальной проблемой.

Устранение первичного очага навсегда приводит к купированию процесса. Поэтому единственно правильным надо считать комплексное лечение, включающее хирургическое вмешательство, антибиотикотерапию, инфузионную и симптоматическую терапию.

В течение последних 10 лет (2003–2012 гг.) в отделение детской хирургии АФ РНЦЭМП мы наблюдали 137 больных с различными формами инвагинации кишечника. Чаще всего встречалась подвздошно-ободочная (129), реже - слепоободочная (5) и тонкокишечная (3) инвагинация на фоне дивертикула Меккеля. У 7 пациентов была сложная инвагинация (тонко в тонкую и тонко в толстую кишку вместе с червеобразным отростком). 5 из-них из-за некроза инвагинировавшегося участка кишки пришлось резецировать нежизнеспособный участок кишки. 2 произведена гемиколэктомия, наложена энтеростома на втором этапе операции - илеотранзверзоанастомоз. 129 больным выполнена цекопексия в правой подвздошной области.

Всем детям лечение начинали с консервативного метода. Основной принцип лечения инвагинации кишок - ранняя дезинвагинация.

Хирургическая тактика и лечебные мероприятия зависели от локализации, формы внедрения, сроков поступления и возраста ребенка.

Известно, что при данной патологии в результате рвоты больной теряет большое количество жидкости, что приводит к нарушению гомеостаза в организме. На таком неблагоприятном фоне оперативное вмешательство без подготовки больного приводит к плохим последствиям.

В задачу хирурга и анестезиолога входит выявление отклонений и компенсация их с учетом физиологической потребности и патологических потерь. Следует отметить, что в комплексе предоперационной подготовки входит адекватная инфузионная терапия, декомпрессия желудка, поддержка функции ССС и дыхательной системы.

Тактика начиналась с катетеризации периферических или магистральных вен. В предоперационном периоде инфузаты составили 1/3 суточной потребности больного, в состав входили 10% глюкоза, солевые растворы, инфезол и рефортан.

На операционный стол ребенка следует брать только при условии максимального приближения к норме имеющихся отклонений со стороны ССС и КЩР, водно-солевого баланса и т.д.

Исход лечения во многом зависит от своевременной диагностики и правильной лечебной тактики.

В послеоперационном периоде продолжали инфузионную терапию с нутритивной поддержкой, по показаниям назначали короткий курс антибактериальной терапии.

Раннее энтеральное питание обеспечивало восстановление функции ЖКТ.

Умер 1 (0,7%) больной в возрасте 6 месяцев с длительной инвагинацией с перитонитом от полиорганной недостаточности.

Таким образом, успех лечения инвагинации кишки во многом зависит от своевременной диагностики и комплексной интенсивной терапии в до- и послеоперационном периоде.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ N-АЦЕТИЛЦИСТЕИНА ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ПАРАЦЕТАМОЛОМ У ДЕТЕЙ

Амонов Р.Х., Казимова М.К., Гайбуллаев Ж.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Использование парацетамола, жаропонижающего и анальгетического средства, в рекомендуемых дозах безопасно. В высоких дозах парацетамол может вызвать тяжелые поражения печени. Отравления парацетамолом заслуживают отдельного внимания потому, что жертвами таких отравлений становятся в первую очередь дети. Существует высокий риск развития поражения печени при использовании парацетамола в дозе 150 мг/кг у детей, признаки которого возникают в 1–5% случаев через 3–6 дней от начала приема.

Цель работы. Изучение эффективности N-ацетилцистеина в комплексной неотложной терапии при развитии отравления парацетамолом.

В 2010–2012 гг. в отделения реанимации и экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП поступили 11 детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет с отравлениями парацетамолом, у которых проанализированы результаты анамнестических, клинических, лабораторных и биохимических исследований. Мониторинг отравления включал клинические анализы крови и мочи, контроль уровня печеночных трансаминаз, билирубина, щелочной фосфатазы, протромбинового времени, мочевины, креатинина.

Наблюдения показали, что ребенок (по недосмотру родителей) выпивал парацетамол в виде сиропа или таблеток в дозе от 130 мг/кг до 160 мг/кг массы тела. Больные в основном госпитализированы через 2–8 часов после принятия препарата. При поступлении в стационар общее состояние у всех детей расценивалось как среднетяжелое или тяжелое, что было связано с наличием у них сопутствующей пневмонии или бронхита. У 8 больных наряду с клиникой респираторного заболевания, отмечались тошнота, рвота, потоотделение, бледность кожных покровов, которые проявились через несколько часов после приема парацетамола и были расценены как начальные признаки отравления.

На отравление парацетамолом указывало наличие у детей признаков, характерных для данного отравления. Так, на вторые сутки в результате обследования у всех больных обнаружено повышение уровня билирубина, щелочной фосфатазы и трансаминаз: АЛТ до 1,4-1,8 ммоль/л, АСТ – 1,8 – 2,3 ммоль/л.

При оказании неотложной помощи в лечении отравлений парацетамолом проведено промывание желудка, назначены энтеросорбенты, слабительные, инфузионная терапия, гепатопротекторы.

Всем детям в первые часы госпитализации назначен антагонист парацетамола - N-ацетилцистеин (АЦЦ), который, восполняя истощенные запасы глутатиона в печени, что является основным патогенетическим механизмом отравления парацетамолом, действует как антиоксидант. Стартовую дозу препарата 140 мг/кг больные дети получали перорально в виде 5% раствора в газированной воде или соке, затем каждые 4–6 часов перорально по 70 мг/кг (до 17 доз). Суточная дозировка N-ацетилцистеина не превышала 420 мг/кг.

В динамике состояние больных улучшалось, признаков фульминантной печеночной недостаточность с развитием желтухи, тромбоцитопении, удлинения протромбинового времени, печеночной энцефалопатии, почечной недостаточности и кардиомиопатии как основных проявлений тяжелого течения отравления не выявлялось.

В катамнезе на 10-12 сутки у всех детей признаки поражения печени не отмечались, а АЛТ и АСТ достигли нормативных величин.

Таким образом, при отравлениях парацетамолом включение в первые часы N-ацетилцистеина предотвращает развитие осложний течения основного заболевания.

ОПЕРАЦИОННЫЕ ГЕМОРРАГИИ В ХИРУРГИИ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Ахмедиев М.М., Ваккасов Н.Й., Ахмедиев Т.М.

Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения детей с врожденной патологией позвоночника и спинного мозга на фоне контролируемого интраоперационного кровотечения.

Материал и методы. Под нашим наблюдением были 97 детей с врожденной патологией позвоночника и спинного мозга. Все дети разделены на возрастные группы до года, от 1 до 3 лет, от 3 до 7 лет. Физическое состояние детей по классификации ASA соответствовало II—III классу. 7 детям были выставлены временные противопоказания из-за наличия сопутствующих состояний в виде анемии различной степени тяжести. В последующем после медикаментозной коррекции и нормализации показателей крови они прооперированы в плановом порядке.

За этот период была произведена 151 плановая реконструктивная операция - этапное удаление спинномозговой грыжи с пластикой грыжевых ворот. Сложные механизмы расстройств ликвороциркуляции у подобных больных и их полиморфизм требуют четкого обоснования того или иного пособия и объективного представления о прогнозе и вероятных осложнениях. До операции оценка сопутствующей гидроцефалии, биомеханических свойств мозга и ликворообращения осуществлялась путем определения кефаловентрикулярных коэффициентов по данным КТ, МРТ, а также проведением ликвородинамических исследований.

Обсуждение. Больные оперированы под общим интубационным наркозом в положении на боку или на животе. До операции производилась катетеризация центральных вен, в централизованном порядке заго-

тавливалась эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма, коллоидные растворы и кристаллоиды. Критических интраоперационных геморрагий в нашей серии наблюдений не было. Для изучения центральной гемодинамики использовались измерение частоты сердечных сокращений, среднего артериального давления, определение ударного и минутного объемов сердца. Теоретические расчеты ОЦК производились по табличным методикам, где ОЦК определялось из расчета для детей до года 80–100 мл/кг, для детей в возрасте до 3 лет – 75–90 мл/кг и для более старшего возраста – 70–80 мл/кг. Периоперационный мониторинг включал показатели гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, тромбоцитов, протромбиновый индекс, гепариновое время, тромботест; изменения водно-электролитного и белкового баланса, артериальное давление, пульсоксиметрию, почасовой диурез, исследование мочи.

Во время операции причиной контролируемого кровотечения являлось обильное кровоснабжение липоменингорадикулоцеле, сложность выключения питающих сосудов до удаления основной массы жировой ткани. Размер опухолей во всех наблюдениях был огромным – от 4х6х6,5 до 30х40х35 см. Характерно, что все эти геморрагии были ожидаемые, практически планируемые. Особенно тяжело переносили массивные кровопотери и гемотрансфузии дети раннего возраста. В пери- и послеоперационном периоде 8 детей справились с кровопотерей без дополнительной гемотрансфузии.

Из осложнений в раннем послеоперационном периоде следует отметить подкожное скопление ликвора, что требовало выведения ликвора и продуктов липолиза, которые препятствовали нормальному заживлению раны, а также наложения давящей повязки и отсрочивания времени снятия швов покровных тканей до 2 недель.

Таким образом, операционные геморрагии в хирургии пороков развития позвоночника и спинного мозга могут встречаться в практике детского нейрохирурга. Хирургический прием, предполагаемый при вмешательстве у каждого ребенка, должен быть обоснован методами нейровизуализации пороков развития позвоночника и спинного мозга, клиническими лабораторными исследованиями с учетом возможной контролируемой интраоперационной кровопотери.

ОСТРАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Маматов С.О., Турсунов С.Э., Олимов Ф.Ф., Шавкатова Г.Ш.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта от пареза до паралича кишечника являются одной из главных причин смерти при перитоните любой этиологии, в том числе и при острой кишечной непроходимость (ОКН) у детей.

Цель исследования. Анализ результатов лечения детей раннего возраста с острой кишечной непроходимостью.

Материал и методы. Под наблюдением было 59 больных в возрасте от 1 года до 3 лет, оперированных в 1999–2012 гг., на базе отделения детской хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП по поводу различной патологии брюшной полости (острый аппендицит, кишечная непроходимость и перитонитов).

Диагноз острой кишечной непроходимости ставили на основании клинико-рентгенологических данных и УЗИ органов брюшной полости.

Клиническая картина ОКН считалась типичной, при наличии беспокойства, схваткообразных болей, рвоты, задержки стула и газов, а также кала с примесью алой крови. Выраженность клинических проявлений зависела от уровня механического препятствия и сроков развития кишечной непроходимости. В самом начале заболевания боли имели точную локализация и зависели от уровня препятствия. По мере развития заболевания они распространялись по всему животу. На начальных стадиях заболевания наблюдалась асимметрия, наибольшая локальная болезненность, усиленная перистальтика в этой области, что указывало на локализацию препятствия. При высоком уровне механического препятствия асимметрия держалась более длительное время, чем при низком уровне. При обзорной рентгенографии на ранних стадиях заболевания наблюдался пневматоз кишки, который был в виде атипичного скопления газа, «воздушных арок», наблюдались единичные чаши Клойбера. Особое внимание уделяли совпадению клинических и рентгенологических симптомов в одной области живота, что указывало на наличие препятствия по ходу кишечника.

Результаты и обсуждение. Из 59 больных оперированных по поводу острой кишечной непроходимости, у 7 (11,8%) больных была ОСКН, у 52 (88,2%) – инвагинация кишечника. В первые 6 часов заболевания оперирован 41 (69,5%) больной, 15 (25,4%) – спустя 12 часов с момента заболеваниях, 3 (5,1%) – через 24 часа.

Оперативное лечение у 7 больных с кишечной непроходимостью заключалось в устранение непроходимости, оценке жизнеспособности тонкой кишки, выполнении продленной декомпрессии кишечника, санации и дренировании брюшной полости при наличии перитонита. У 30 больных после дезинвагинации выявлен некроз кишки различной протяженности, что потребовало ее резекции на расстоянии не менее 8–10 см от границ некроза в проксимальном отделе и 5–6 см в дистальном. У 9 больных межкишечный анастомоз формировался по типу « конец в конец». У 21 больного из-за илеоцекальной инвагинации выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением анастомоза конец в бок по Витебскому. У 22 больных с инвагинацией тонкого кишечника в толстую произведена дезинвагинация методом выдавливания внедрившейся кишки. После дезинвагинации жизнеспособность кишки была сохранена. Следует отметить, что в ходе оперативной дезинвагинации обязательно производим блокаду корня брыжейки 0,25% раствором новокаина, согревание кишки после дезинвагинации салфетками, смоченными теплым (не более 40^0 С) изотоническим раствором хлорида натрия.

Декомпрессию тонкой кишки осуществляли путем ее интубации. У 54 пациентов выполнена трансназальная интубация тонкой кишки, у 4 – через аппендикостому, у 1 – через цекостому. Это мероприятие проводили у всех пациентов при значительном расширении проксимальных отделов кишки.

Результаты. Послеоперационная летальность составила 1,69% (1 больной). Основными причинами летальных исходов являлись перитонит и эндотоксикоз, связанные с поздней госпитализацией и тяжелой операционный травмой.

Выводы. Применение у больных кишечной непроходимостью с диагностической целью рентгенологического и ультразвукового исследования позволяет оптимизировать показания к оперативному лечению. Обязательным является применение декомпрессии кишечника, что позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений и летальность.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ЭНЦЕФАЛИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Баратова Д.Т., Зияев О.Х., Юлдашев С.У., Мансуров Н.Н.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Оценка эффективности реосорбилакта в интенсивной терапии токсикозов с изучением показателей гемодинамики, интоксикации, реологии и гомеостаза у детей раннего возраста.

Материал и методы. Обследованы 34 пациента в возрасте от 6 месяцев до 2 лет. Дети получали комплексную интенсивную терапию – противовирусную терапию, антибиотикотерапию, инотропную, респираторную и энергетическую поддержку.

В качестве дезинтоксикационной терапии для улучшения микроциркуляции и борьбы с отеком мозга применен реосорбилакт (8-10 мл/кг). Эффективность терапии оценивали по показателям АД, ЦВД, тканевой перфузии (SpO_2), гематокриту, почасовому диурезу, а также параметры интоксикации: лейкоциты, лимфоциты, тромбоциты, содержание альбумина, мочевины, креатинина, билирубина, трансаминаз печени и глюкозы.

Результаты и обсуждение. Гиперосмолярный полиэлектролитный кристаллоидный раствор с сорбитолом и лактатным буфером реосорбилакт использовали в течение первых 3 дней. Критерием эффективности являлась стабилизация гемодинамики и микроциркуляции, коррекция метаболического ацидоза, восстановление диуреза. Растворы глюкозы вводили при подтвержденной гипогликемии, опасаясь усугубления ацидоза, отека мозга.

При токсикозе II-III степени назначали дексаметазон в дозе 0,5 мг/кг каждые 12 часов в течение 3 дней. Применение стероидов снижало частоту осложнений и летальность при тяжелых энцефалических реакциях.

Лечение ДВС – синдрома проводилось СЗП, гепарином, ингибиторами протеаз. При наличии гиперкоагуляции гепарин вводился в дозе 200 ед/кг/с п/к каждые 8 часов. При развитии гипокоагуляционной стадии ДВС-синдрома назначали одногруппную СЗП в дозе 15–20 мл/кг/сут. от 1 до 3 дней совместно с контрикалом. Критерием эффективности проведенной гемостатической терапии являлось повышение ПТИ более 60-70%, прекращение кровоточивости из мест инъекций и слизистых оболочек.

11 (32,3%) детей нуждались в респираторной поддержке. Показаниями к ИВЛ явились нарушение сознания (кома 1–2), высокая внутричерепная гипертензия. Проводили нормовентиляцию, использовали оптимальные значения ПДКВ и обеспечивали адекватную перфузию (SpO_2=94–95%). Средняя продолжительность ИВЛ – 4–5 дней. Летальность составила 8,8%.

Заключение. Применение реосорбилакта в интенсивной терапии токсикозов у детей раннего возраста позволило достичь благоприятного клинического прогноза у 91,2% пациентов.

ОПТИМИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ

Баходирова А.Н., Алимова Х.П., Сатвалдиева Э.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В настоящее время недостаточность кровообращения у детей часто развивается при тяжелых осложненных формах пневмонии, которые часто лечатся в реанимационном отделении.

Цель. Изучение характера и клинических проявлений поражений миокарда и особенности оказания неотложной помощи при острой сердечной недостаточности у детей с тяжелой формой пневмонии.

В исследование включено 160 детей в возрасте от 1 месяца до 14 лет с тяжелыми формами пневмонии, находившихся в отделении реанимации (ОАРИТ) и в педиатрических отделениях РНЦЭМП за период 2011-2012 гг. Распределение по возрастам: до 1 года - 56 (35%), с 1 года до 3 лет - 63 (39%), старше 3 лет - 41 (26%) больных. Всем больным проводили общеклинические обследование, рентгенографию грудной клетки, ЭКГ и по показаниям ЭХОКГ. При изучении преморбидного фона сопутствовали случаи анемии - 62%, рахита - 13%, гипотрофии - 18%, перинатальной энцефалопатии - 58%, ЭКД - 15%, тимомегалии - 33%. В 22% случаях отмечалось 2-3 фоновых заболевания. Среди поступивших больных у 13 (8%) выявлено ВПС и у 3 (2%) - врожденные кардиты. Анамнестически выявлено, что 71 (44%) больной до поступлений в стационар не лечились, 69 (43%) получали лечение на дому с применением жаропонижающих средств и одно или 2-х кратным введением антибиотиков и 20 (12%) детей переведены из других стационаров.

Пневмония осложнилась дыхательной недостаточностью I степени у 76 детей (47%), ДН II степени - у 44

(27%), сердечно-сосудистой недостаточностью I степени – у 35 (22%), II степени – у 47 (29%), токсическим нефритом - у 37 (23%), токсическим гепатитом - у 21 (13%), нейротоксикозом - у 44 (27%). Из 160 больных 66 (41%) поступили в ОАРИТ, где находились: до 3х дней - 45 (68%), до 10 дней - 8 (5%) и более 10 дней - 3 (2%). В ОАРИТ госпитализировали больных с пневмонией, осложненной острой сердечной недостаточностью 2-А и 2-В степеней. При ОСН 1 степени детей госпитализировали в интенсивные палаты педиатрических отделений. При тяжелых формах пневмонии на ЭКГ выявлялись различные виды обменно дистрофических нарушений в миокарде, которые возникают в результате гипоксических, токсических и воспалительных влияний на миокард. Наиболее часто в наших исследованиях отмечались признаки нарушения реполяризации (снижение зубцов Т и удлинение интервала Q-T) и гипоксии миокарда (высокий заостренный зубец Т, при нормальном или укороченном интервале (Q-T). Заинтересованность малого круга кровообращений при тяжелых формах пневмонии отражается в первую очередь на состоянии правых отделов сердца. На ЭКГ появлялись высокие и заостренные зубцы Р, признаки нарушение внутрижелудочковой проводимости в правых грудных отведениях. Ослабление сократительной способности миокарда косвенно подтверждалось снижением общего вольтажа ЭКГ у 20 % больных с пневмонией. При необходимости сделали ЭХО кардиографическое исследование.

Лечение сердечной недостаточности проводилось с учетом оценки клинических проявлений, и фармакокинетики сердечных гликозидов, их комбинации с диуретиками и другими препаратами. Из сердечных гликозидов наилучший эффект наблюдался от дигоксина в умеренных дозах насыщения (0,05-0,06 мг/кг/сут), с учетом повышение чувствительности воспаленного миокарда к сердечным гликозидам потенцированной пневмоническим процессом. Сердечные гликозиды применяли больным при острой сердечной недостаточности с нарушением гемодинамики в виде тахикардии, при нарастании общего периферического сосудистого сопротивления. В лечении сердечной недостаточности также использовали негликозидные инотропные средства, стимулятор β-адренорецепторов – естественный предшественник синтеза норадреналина –допамин и синтетический препарат добутамин, которые способствует мобилизации кальция из сосудистого русла и повышенному входу в клетку через ионные каналы саркоплазматической мембраны. Допамин разведенный в 5% глюкозе (в 1,0мл =40 мг допамина гидрохлорида) вводили в/венно капельно в дозе 4-6 мкг/кг/мин. Эффект препарата тесно связан со скоростью его введения: при скорости 5-10 мкг/кг/мин допамин преимущественно стимулирует β-адренорецепторы, повышает сократительную способность миокарда - такую скорость введения называют «сердечной». Допамин в дозе 5-10 мкг/кг/мин применяли при нарушении проводимости и сократимости сердечной мышцы, в дозе 10-20 мкг/кг/мин применяли при декомпенсации сердечного выброса.

Добутамин вводили в дозе со скоростью 5-10 мкг/кг/мин в/в на линиомате, инфузомате или медленно капельно при снижении фракции изгнании сердечной мышцы ниже 50%. Препарат обладает β-1 стимулирующим действием, увеличивает силу сердечных сокращений и сердечный выброс, способствует повышению АД, существенно не увеличивая ЧСС.

Таким образом, электрокардиографический и эхокардиографические методы исследования является достаточно информативным в диагностике различных нарушений функции сердца при тяжелых формах пневмонии у детей. Лечение пораженного миокарда у больных с осложненной формой пневмонии должно быть ранним и дифференцированным.

При тяжелой форме пневмонии с нарушением гемодинамики в виде тахикардии, при нарастании общего периферического сосудистого сопротивления целесообразно применение сердечных гликозидов.

При тяжелых формах пневмонии у детей с неблагоприятным преморбидном фоном (ВПС, кардит) осложненной острой недостаточностью кровообращения, с нарушением проводимости и сократимости сердечной мышцы и при снижении фракции изгнания ниже 50% целесообразнее применение адреностимуляторов (допамин, добутамин) в течение короткого времени.

ТЕЧЕНИЕ ДВС-СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ

Бегалиев С.М., Косыбаева Т. К., Торениязова Т.Ж., Фазылбекова Б.А.

Нукусский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучение факторов развития ДВС-синдрома у детей раннего возраста и выбор пути снижения риска его развития.

Материал и методы. Для изучения факторов развития ДВС-синдрома у детей раннего возраста нами были изучены истории болезни 105 детей с ДВС-синдромом, находившихся на лечении в отделении неотложной педиатрии НФ РНЦЭМП в 2012 г.

С ДВС-синдромом без нарушения ЦНС было 83 (78%), с ДВС-синдром с нарушением ЦНС (САК, внутримозговые гематомы) – 22 (20,9 %). С выздоровлением были выписаны 78 (74,2%), умерли 27 (25,7%). Среди умерших детей без нарушения ЦНС было 9 (10,8%), с нарушением ЦНС – 18 (81,8%). Из числа умерших в состоянии гипоксии родились 4 (14,8%); с родовой травмой – 7 (25,9%); от матерей с анемией во время беременности – 8 (29,6%); от матерей с ОАА – 5 (18,5 %); от матерей с ежегодными беременностями – 3 (11,1%).

Все дети, перенесшие ДВС-синдром – САК (22), были переведены для дальнейшей реабилитации в отделения детской неврологии.

Основными факторами, влияющими на тяжелое состояние больных детей, были гипоксия и асфиксия плода во время родов, анемия у матери во время беременности, родовая травма, тяжелый отягощенный акушерский анамнез, ежегодные роды.

Из 105 больных с ДВС-синдромом родившиеся в

гипоксии и асфиксии было 20 (19%); с родовой травмой – 23 (21%). Анемия матери во время беременности была у 33 (31,4%); ОАА – у 24 (22,8%); ежегодные роды – у 5 (4.7%).

Результаты и обсуждение. Изучение анамнеза детей с ДВС-синдромом показало, что непосредственной причиной его развития был ОАА у матери, анемия во время беременности, тяжелый токсикоз, отсутствие интервалов во время беременности, родовые травмы, гипоксия и асфиксия плода во время родов.

Выводы. 1. Для устранения риска развития ДВС-синдрома необходимо усилить преемственность между терапевтом – акушер-гинекологом – педиатром. 2. Улучшить работу и контроль акушер-гинекологической и педиатрической службы на поликлиническом этапе. 3. Пересмотреть в ИАиГ тактику проведения родов с целью уменьшения риска для плода во время родов. 4. Соблюдать женщинами детородного возраста интервалы между родами с целью профилактики рождения детей группы риска. 5. Провести профилактику ДВС-синдрома детям группы риска в ИАиГ.

СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Бегалиев С.М., Косыбаева Т.К., Нурабуллаева Л.Ж., Мамбеткаримова Г.М.

Нукусский Филиал РНЦЭМП

Судорожный синдром у детей остается одной из главных причин увеличения числа неврологических больных и причин инвалидизации детей в Республике Каракалпакстан .

Цель. Выявление причин судорожного синдрома с целью недопущения постсудорожных осложнений и изучение течения судорог различного генеза.

Материал и методы. В 2012 г. в НФ РНЦЭМП с судорожным синдромом поступили 480 больных. Детей с судорогами фебрильного генеза было – 230 (48%), судорогами на фоне перинатального поражения центральной нервной системы – 115 (24%), обменными судорогами – 38 (8%), судорогами органического генеза – 77 (16 %).

У всех детей с судорогами фебрильного генеза в анамнезе кроме простудных факторов имелся перинатальный отягощенный анамнез. У детей с судорогами на фоне перинатального поражения ЦНС в анамнезе был отягощенный акушерский анамнез, родовая травма, тяжелая асфиксия, гестозы беременных, преждевременные стремительные роды, внутриутробные инфекции.

У всех больных исследовали кровь на содержание кальция, определяли сахар в крови. Была проведена рентгеноскопия черепа в 2 проекциях, ЭхоЭЭГ, КТ головного мозга. Детей консультировал нейрохирург.

Снижение содержания кальция в крови обнаружено у 34% детей с фебрильными судорогами. У детей с судорогами органического генеза по результатам КТ головного мозга обнаружена атрофия головного мозга, различные кисты, органические поражения головного мозга.

Все дети после стационарного лечения направлены на дальнейший реабилитационный этап в отделения детской неврологии.

Выводы. 1. Для недопущения постсудорожных осложнений необходимо усилить преемственность между специалистами: терапевт- акушер-гинеколог-педиатр-детский невропатолог. 2. Провести профилактическо-оздоровительный комплекс мероприятий женщин детородного возраста. 3. Среди женщин детородного возраста соблюдать интервалы между родами с целью оздоровительной программы матерей и здорового поколения, профилактики рождения детей с группой риска. 4. Проведение занятий по профилактике анемий. 5. Усилить работу педиатрической службы в поликлиниках,усилить контроль наблюдения детей с перинатальной патологией,а также коррекция гипокальцемических состояний.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Бобоев Ж.И., Усмонов Л.А., Кариев Ш.М.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Проанализированы исходы лечения 154 больных, находившихся в отделении нейрохирургии РНЦНХ в 2003–2012 гг. Критерием отбора больных служила перенесённая тяжелая ЧМТ, сопровождающаяся при поступлении коматозным состоянием, оцененным по шкале ком Глазго от 3 до 8 баллов. Однодневную кому перенесло 45 детей, кому до 5 дней – 48, до 10 дней – 29, до 20 дней – 21, более 20 дней – 11. Мальчиков было 97 (63%), девочек – 57 (37%). Возраст больных – от 7 дней до 15 лет. 101 больной имел различные хирургические формы повреждения головного мозга: изолированные оболочечные гематомы; очаги ушиба и размозжения головного мозга в сочетании с оболочечной гематомой; очаги ушиба и размозжения головного мозга; очаги ушиба и размозжения головного мозга в сочетании с вдавленным переломом; очаги ушиба и размозжения головного мозга в сочетании с оболочечной гематомой и вдавленным переломом. Показания к оперативному лечению определялись клинико-морфологической формой очагового поражения мозга и фазностью клинического течения ЧМТ. Предпочтение отдавали операциям декомпрессивной направленности (89 б-х), костно-пластическая трепанация выполнена у 5 больных, метод длительного эндокапсулярного наружного дренирования применен 7 раз у детей первого года жизни. Летальность в группе оперированных больных составила 17,8% .

53 больных лечилась консервативными методами, летальность в этой группе составила 33,9%. Из 36 умерших больных 69,4% имели политравмы. Сочетанные повреждения органов брюшной полости (разрывы паренхиматозных органов) отмечались

у 16% больных; тяжелая торакальная травма (ушиб легкого и сердца, множественные переломы ребер, пневмо- и гемоторакс) – у 16%, множественная скелетная травма (переломы позвоночника, таза, конечностей) – у 22%; геморрагический шок III ст. – у 5%; травма лицевого скелета – у 8,3%. Переломы костей основания черепа имели 75%, картину травматического шока – 61% погибших. Смерть больных в первые сутки после травмы наступала от несовместимых с жизнью повреждений, в более поздние сроки – от осложнений травмы. Из 154 больных с хорошим восстановлением выжили 84 (54,5%), с серьезным неврологическим дефицитом – 20 (12,9%), в апаллическом синдроме остались 14 (9,1%) больных. В дальнейшем в течение одного года эти больные выходили из апаллического синдрома. Умерли 23,3% (36) пострадавших.

Таким образом, наличие у больного тяжелой ЧМТ и сочетанной травмы, сопровождающейся травматическим шоком и мозговой комой, оцениваемой по шкале ком Глазго в 3–4 балла, значительно ухудшает прогноз. Переломы костей основания черепа делают прогноз более серьезным. Интенсивная терапия вазогенного отека мозга в комбинации с активной хирургической тактикой позволяет значительно улучшить результаты лечения тяжелой ЧМТ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗ- И НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Джаббаров Д.Д., Тожибоев Б.А.
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Чрез- и надмыщелковые переломы плечевой кости у детей составляют 69,6% от числа всех переломов костей локтевого сустава. Широкая распространенность переломов, многообразие клинических проявлений, высокая травматичность локтевого сустава, а также сложность анатомического строения дистального отдела плечевой кости, наличие множества ядер окостенения и неравномерность их развития затрудняют своевременную диагностику, а низкая эффективность общепринятых методов лечения, нередко сопряженных с множественными осложнениями, диктуют поиск более рациональных методов, обеспечивающих точную репозицию и стабильную фиксацию отломков. В 2011–2012гг. в Сырдарьинском филиале РНЦЭМП лечились 67 детей с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости в возрасте от 1 года до 15 лет. Из них 39 (58,2%) мальчиков и 28 (41,7%) девочек. Наиболее часто чрез- и надмыщелковые переломы плечевой кости встречались в возрасте от 7 до 13 лет. Повреждение правой руки отмечались у 44 (65,6%), левой – у 23 (34,3%) пострадавших. Удельный вес закрытых переломов составил 90,6%, открытых – 9.4%, причем среди открытых переломов чаще наблюдались вторично-открытые переломы. Число разгибательных переломов превышало число сгибательных в 10 раз. У 8 (12,7 %) больных имели место оскольчатые переломы. Чрезмыщелковые переломы наблюдались у 59 (88%) больных, надмыщелковые – у 8 (12%), то есть в соотношении 7,3 : 1.

При чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости без смещения костных отломков вполне достаточно фиксация поврежденной руки гипсовой лонгетой в течение 2-3 недель. Таких пострадавших было 11 (16.4%). Эти больные считались в основном амбулаторными и наблюдались в поликлиниках. При смешении костных отломков лечение начинали с закрытой ручной репозиции с наложением гипсовой повязки. Устранение смещений костных отломков контролировали клиническими и рентгенологическими методами. После уменьшения отека, на 6-7 сутки производили контрольную рентгенографию. Консервативное лечение оказалось эффективным у 69,3% (из 51 больного) пациентов, у 30,7% исход был неблагоприятным. Безуспешные закрытые репозиции и вторичные смещения отломков потребовали применения более рациональных методов лечения. Показанием к оперативному лечению были переломы с четкой симптоматикой расстройства функции сосудисто-нервного пучка, первично и вторично открытые и многооскольчатые, Т-У-образные переломы с выраженными расхождениями отломков, а также переломы с интерпозицией мягких тканей. К открытой репозиции и остеосинтезу спицами Киршнера прибегли у 3 больных. Спицы удаляли через три недели. В нашей клинике широко применяется закрытая репозиция костных отломков путем остеосинтеза аппаратом Илизарова по методу клиники НИИТО МЗ РУз. При чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости со смещением отломков под внутривенным наркозом производим закрытую ручную репозицию костных отломков. Под ЭОП контролируем состояние костных отломков, после чего накладываем аппарат Илизарова из двух полуколец. Остаточные смещения костных отломков устраняем путем дистракции и компрессии, а также натягиванием спицы с упорной площадкой. Этот метод применен у 14 больных. Через 3-4 недели аппарат Илизарова демонтировали, больным рекомендовали ЛФК локтевого сустава. С целью уменьшения болевого синдрома и отечности тканей назначали электрофорез 0,5% раствора новокаина, а при избыточном разрастании периосталной мозоли электрофорез йодистого калия или 10% раствора хлористого натрия.

Заключение. Анализ результатов лечения детей с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости показал, что применение рациональных методов уменьшает частоту развития вторичных смещений отломков, предупреждает параартикулярные процессы в мягких тканях, контрактуры, тугоподвижность и деформацию локтевого сустава. Применение консервативных методов при лечении чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости с грубыми смещениями костных отломков приводит к развитию контрактуры локтевого сустава. Закрытый остеосинтез аппаратом Илизарова сокращает срок реабилитации на 3–4 недели.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ОЖОГОВЫХ РАН У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Джумабаев Э.С., Шевкетова Л.Ш.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Оценка эффективности региональной лимфатической антибиотикотерапии (РЛАТ) в лечении обширных ожоговых ран у детей различной локализации.

Материал и методы. В 2012–2013 гг. в Андижанский филиал РНЦЭМП были госпитализированы 243 ребенка с ожогами различной степени тяжести, получившие термические ожоги в результате взрыва бытового газа (семейные случаи), ожога пламенем (пожар), из них 23 ребенка с комбинированными глубокими ожогами тела и ожогом верхних дыхательных путей. По Андижанской области были госпитализированы 347 детей, получивших ожоги кипящими жидкостями. Из них 158 - сельские жители. 14 больных умерли: 7 из сельской местности, 3-дети до 1 года. Все дети поступали в крайне тяжелом состоянии, в ДАРО, с ожоговым шоком тяжелой степени. Из всех поступивших в наш центр детей 1/3 нуждались в инфузионно-трансфузионной терапии. Нами изучены результаты лечения 86 детей с ожогами Ш А степени различной локализации. Основную группу составили 46 детей (23 девочки и 23 мальчика), которым в комплекс лечебных мероприятий была включена РЛАТ. В контрольную группу вошли 40 больных (20 девочек и 20 мальчиков). Дети этой группы получали традиционное лечение. У всех больных были преимущественно ожоги верхних или нижних конечностей. Клиническую оценку результатов лечения проводили на основе визуального контроля течения раневого процесса, количества и характера отделяемого, сроков снижения отека, эпителизации от начала лечения. Проводилось бактериологическое исследование. В динамике лечебного процесса изучались основные клинико-лабораторные показатели: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови.

Результаты. Сравнительный анализ клинических и лабораторных данных в основной группе у 16 (53,3%) больных детей уже к началу вторых суток отмечалось значительное, местами полное уменьшение отека и перифокального воспаления, в контрольной группе эти явления исчезали в более поздние сроки, на 5 сутки. Антибиотикотерапия у ожоговых больных проводится согласно результатам бактериологического исследования ран. В отделении комбустиологии у 173 больных были исследованы кровь на стерильность и раневое отделяемое на чувствительность к антибиотикам. Результаты посева из раны: Staph.epidermidis – у 90 (52%), Ps. aeruginosa – у 43 (25%), Staph. aureus – у 28 (16%), остальная микрофлора – у 12 (7%). Анализ крови на стерильность только у 3 больных был положительный, у остальных роста не наблюдалось. Таким образом, эпидермальный стафилококк высеивается в 52%, синегнойная палочка и золотистый стафилококк – соответственно в 25 и 16% случаев. Грозными возбудителями внутрибольничных инфекций остаются синегнойная палочка и золотистый стафилококк. Результаты чувствительности к антибиотикам: гатиофлоксацин – 19%, левофлоксацин – 17%, цефтазидим-15%, цефотаксим-11%, цефазолин – 9%, остальные антибиотики – 5%. Анализ чувствительности к антибиотикам показывает, что микробы чувствительны к фторхинолонам 3 и 4 поколений, цефалоспоринам 2 и 3 поколений. Они являются устойчивыми к аминогликозидам, группе пенициллина, макролидам, тетрациклинам. Это наблюдается тогда, когда местно применяются такие антисептики как бетадин, декасан, крем сульфадиазина серебра 1%, хлоргексидин, фурацилин, риванол. На фоне комплексного лечения отмечалось снижение уровня микробной обсемененности ожоговых ран. В группе сравнения у 2 больных на фоне традиционного лечения к 5 суткам выделялись микроорганизмы из ожоговых ран. У 2 больных получена двухкомпонентная ассоциация (Staph. aureus с Ps. aeruginosa). На 4 сутки выраженная активная эпителизация отмечалась у 23 (76,6%) больных, получавших региональную лимфатическую антибиотикотерапию, в контроле – у 15 (42,8%). Нагноение ожоговой раны было у 2 (6,5%) пациентов основной и у 5 (14,2%) – контрольной группы.

Вывод. РЛАТ в комплексном лечении детей с ожогами оказывает прицельное и селективное влияние на патологический процесс, снижая число осложнений. Методика легка в применении, не требует особых затрат, возможна на всех этапах лечения, экономически эффективна.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА СРЕДИ ДЕТЕЙ В КАШКАДАРЬИНСКОМ РЕГИОНЕ

Зайниев Б.М.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Врожденные пороки сердца (ВПС)-одна из самых распространенных врожденных аномалий у детей.В последние годы отмечается увеличение заболеваемости ВПС, что обусловленое,вероятно,применением более совершенных методов функциональной диагностики и возросшим интересом к этой проблеме врачей других специальностей.

Цель исследования. Изучение распространенности врожденных пороков сердца среди детей в Кашкадарьинском регионе.

Материал и методы. Оследованы 149 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, из них 83 (55,7%) девочки и 66 (44,2%) мальчиков. У всех детей были аускультативные шумы различного харктера.Всем детям произведено трансторакальное эхокардиогрфическое исследование на аппарате Sonoscape-5000 (Китай) с фазированным кардиодатчиком (частота 2–5 мГц).Все исследования проводились в трех режимах:М, В и Д.

Результат. Дефект межжелудочкой перегородки диагностирован – у 55 (36,9%) обследованных, дефект межпредсердной перегородки – у 21 (14%), открытый артериальный проток – у 9 (6%), стеноз устья аорты – у 5 (3%), тетрада Фалло – у 16 (10,7%), коарктация аорты – у 7 (4,6%), стеноз легочной артерии – у 8 (5,3%), аномалия Эбштейна- у 4 (2,6%), единственное предсердие – у 2 (1,3%), малые аномалии развития сердца (пролапс клапанов,аневризма межпредсердной и межжелудочковой перегородки,ложная хорда) – у 11 (7,3%). У 12 детей эхокардиографических признаков ВПС не обнаружено. Аускультативные шумы у этих детей носили акцидентальный характер. ВПС – это премущественно комбинированные пороки: у 62% пациентов имело место сочетание ВПС с другими сердечными дефектами. Из этих детей 21 (14%) оперирован в Ташкенте, городах России и Индии.

Выводы. В Кашкадарьинском регионе, как и в других странах мира, ранняя диагностика и лечение детей с врожденными пороками сердца остается актуальной проблемой. Чем раньше выявлено заболевание ,тем больше надежды на его успешное лечение.Успех лечения больных с пороком сердца во многом зависит от того,насколько своевременно он выявлен и ребенок направлен в специализированные учреждения, где проводится своевременное оперативное лечение.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ И ЭНДОТОКСЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИИ

Закирова Б.И., Турсунова Б.А., Улугова Х.Т.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Роль нарушений микробного пейзажа кишечника в развитии эндотоксемии при осложненной пневмонии, требует дальнейшего изучения, что позволит разработать подходы к лечению этого заболевания.

Цель работы. Изучение влияния микрофлоры кишечника на развитие эндотоксемии и оптимизация методов лечения и профилактики осложнений при пневмонии у детей раннего возраста.

Обследованы 38 детей грудного возраста, находившихся в отделениях экстренной педиатрии СФРНЦЭМП. Для оценки клинической эффективности проводимой терапии дети были разделены на 2 группы: 1-я группа (контрольная) – 20 больных, находившихся на традиционном лечении, 2-я группа (основная) – 18 детей, получавших, помимо базисной терапии, модифицированное лечение с целью детоксикации (энтеросорбент и эубиотик). Микрофлора кишечника больных детей при поступлении в стационар характеризовалась угнетением Bifidobacterium до $10^2 – 10^4$, интенсивным ростом условно-патогенной флоры: E.coli до 10^3–10^4, Staph. aureus 10^4 –10^6, Staph. epidermidis 10^3 –10^4, Proteus и грибов рода Candida до 10^4 –10^5. Выявлено, что диарея при пневмониях обусловлена нарушением кишечного микробиоценоза, который осложнял течение заболевания. Рост патогенной микрофлоры в разгаре заболевания усилил эндотоксемию, что проявлялось повышением уровня СММ 254 и СММ 280 вследствие инфекционно-воспалительного заболевания в легких. Так, если уровень СММ при поступлении был равен 0,64±0,04 усл. ед., то при выписке снизился до 0,25±0,01 усл.ед. Микрофлора кишечника при выписке из стационара быстрее улучшалась у больных 2-й группы, хотя полного восстановления не наблюдалось. Так содержание Bifidobacterium увеличилось до 10^5 –10^6, количество условно-патогенной флоры уменьшилось: E.coli до 10^3–10^4, Staph. aureus 10^3–10^4, Staph. epidermidis до 10^3, Proteus и грибов рода Candida до 10^3 –10^4. Включение в комплекс общепринятого лечения энтеросорбента и эубиотика у больных пневмонией привело к купированию основных симптомов заболевания в более ранние сроки, чем в контрольной группе. Проведенная у больных 2-й группы комплексная терапия способствовала нормализации параметров окислительно-восстановительных процессов. Высокий уровень СММ при поступлении в стационар, свидетельствовавший о выраженности процессов эндотоксемии в разгаре заболевания, уменьшился в динамике на 81,1%, но все же быстрее нормализовался у больных (0,23±0,02 усл. ед.), получавших модифицированный метод лечения.

Таким образом, имеющаяся между уровнем эндотоксемии и выраженностью микроэкологических нарушений кишечного биоценоза зависимость позволяет прогнозировать клиническое течение заболевания. Разработанный метод лечения с применением энтеросорбента и эубиотика, восстанавливая измененный микробный пейзаж кишечника, способствует снижению эндотоксемии, что поможет предупредить развитие осложненных форм пневмонии у детей раннего возраста.

ҲОЗИРГИ ДАВР БОЛАЛАРИДА ЎТКИР РЕСПИРАТОР КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ АСОРАТЛАРИНИ СТАЦИОНАР ДАВОЛАНИШ ДАВРИГАЧА БЎЛГАН ҲАТО ВА АСОРАТЛАРИНИ КАМАЙТИРИШ ТАДБИРЛАРИ

Искандаров Э.Р., Бердиев Ў.Р., Бобомуродова О.Т.

РШТЁИМ Сурхондарё филиали

Мақсад. Бирламчи тизимда ўткир респиратор касаллигида эрта ташхис қўйиш ва уни самарали даволаш учун юз берган хатоларни ўз вақтида аниқлашга эришиш.

Материаллар ва усуллар. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Сурхондарё филиали педиатрия бўлимида ўткир респиратор касаллиги билан 393 нафар 3 ёшгача бўлган беморни даволаш натижалари таҳлил қилинди. Шулардан 1 ёшгача – 165, 1–3 ёшгача – 228. Касалликнинг фебрил талваса асорати билан 1 ёшгача – 38 та, 1–3 ёшгача – 26 та, узоқ давом этувчи гипертермия ва оғир сувсизланиш билан 1 ёшгача – 10 та, 1–3 ёшгача – 24 та, бронхит билан 1 ёшгача – 12 та, 1–3 ёшда – 37 та, бронхопневмония билан 1 ёшгача – 8 та, 1-3 ёшгача – 23 та, сохта круп билан 1 ёшгача – 17 та, 1–3 ёшгача – 26 та, асоратсиз шакли 1 ёшгача – 80 та, 1–3 ёшгача – 92 та.

Шулардан 1 ёшгача 102 нафари қишлоқдан, 63 нафари шахардан. 1–3 ёшгача 145 нафари қишлоқдан, 83 нафари шаҳардан бўлиб, 1 ёшгача ўғил болалар – 114 та, қиз болалар – 51 та, 1–3 ёшда ўғил болалар – 133 та, қиз болалар – 95 та эди.

Шифохонага мурожаат қилган беморлар 1–3 кунда 1 ёшгача – 57 (33,2%), 4–6 кунида – 79 (47,8%), 7–10 кунида – 22 (13,3%), 10 кундан сўнг – 7 (4,2 %) нафар бемор. 1–3 ёшгача 1–3 куни – 135 (59,2), 4–6 куни – 74 (32,4), 7–10 куни – 12 (5,2%), 10 кундан сўнг – 7 (3 %) ётқизилган. Ретроспектив текширишларда беморларнинг 4–10 кундан кейин тушгани 1 ёшгача – 111 (67,2 %), 1–3 ёшгача – 86 (37,7%) нафарни ташкил қилиб, бу кўрсаткичнинг асосий сабаби: қишлоқ врачлик пунктларида, бошқа тиббий шифохоналарда эрта ташхис қўйиш мураккаб эканлигини ва шунинг оқибатида симптоматик даволашдир.

Касалликка туртки берувчи факторлар; онанинг ҳомиладорлик даврида ўтказган касалликлари, камқонлик, нефропатиялар, туғруқ травмалари, асфиксия билан туғилиш, кесар кесиш амалиёти билан туғилиш, уз вактида эмизиш ва овқатлантиришни рационал олиб бормаслик, тиббий ҳодимлар томонидан тушунтиришлар, кўникмалар бермаслик, наслий, туғма касалликлар хамда аллергик касалликлар ҳисобланади.

Касалликнинг кўпчилиги 37,4% баҳорда, 32,5% кузда кузатилади. 1 ёшгача болаларда – 108 холатда (65,4%) тез ёрдам ўз вақтида чақирилмаган, 23 холатда (13,9%) тез ёрдам ўз вақтида чақирилган. 1–3 ёшли болаларда – 131 холатда (57,4%) тез ёрдам ўз вақтида чақирилмаган, 47 холатда (20,6%) тез ёрдам ўз вақтида чақирилиб, тўғри ташҳис билан махсус шифохонага ётқизилган.

1 ёшгача бўлган болалардан 127 (76,9%) нафари қониқарли ҳолатда соғайиб чиқиб, қишлоқ врачлик пункти ва болалар поликлиникаси педиатр шифокорлари назоратига юборилди, 37 (22,9%) нафари режали шифохонага даволанишни давом эттириш учун қониқарли аҳволда ўтказилди, 1 (0,6%) нафари вафот этди. 1–3 ёшли бемор болалардан 142 нафари (62,2%) қониқарли ҳолатда соғайди ва ҚВП, болалар поликлиникаси педиатр шифокорлари назоратига юборилди. 83 (36,4%) нафари қониқарли аҳволда даволанишни давом эттириш учун режали шифохонага ўтказилди. 2 (0,87%) нафари ўткир асоратланган деструктив пневмония билан режали шифохона торакал хирургия бўлимига ўтказилди ва жарроҳлик усулида даволаниш давом эттирилди, 1 (0,43%) нафари вафот этди.

Хулоса: Ўткир респиратор касалликлари билан оғриган бемор болаларда касаллик асоратлари келиб чиқиши олдини олиш, асоратларни эрта аниқлаш ва камайтириш учун аҳолининг шу касаллик бўйича тиббий маданияти ва тушунчасини ошириш, бирламчи тизимда хамда туман шифохоналаридаги тиббиёт ҳодимлари малакасини ошириш, касаллик дастлабки белгилари пайдо бўлганда зудлик билан тиббий ҳодимларга мурожаат қилиш, даволаш услубларини стандарт бўйича олиб бориш ва касалликнинг устувор белгиларидан бирортаси аниқланганда зудлик билан стационарга ётқизиш тавсия қилинади.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Касимов З.Н., Шевкетова Л.Ш., Рахмонов А.О., Рахимов Б.С., Аллаев М.Я.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Цель. Оптимизация ранней диагностики и определение тактики ведения детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. Под наблюдением были 209 детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта, поступивших в 2010-2013 гг. в детское хирургическое отделение Андижанского филиала РНЦЭМП. Возраст детей от 6 месяцев до 15 лет. Диагноз установливали на основании данных анамнеза и результатов рентгенологических и эндоскопических исследований В момент поступлении в стационар у 163 больных инородное тело было в пищеводе, у 34 – в желудке, у 3 – в двенадцатиперстной кишке, у 2 – в тонком кишечнике, у 7 – в прямой кишке. Хирургическая находка – часть игрушек, острые предметы, косточки, пища, трихобезоары, монеты, абрикосовые косточки. Всем больным была произведена эзофагоскопия, инородное тело удалено щипцами,

либо перемещено в желудок. У 34 больных с инородным телом в желудке после установления диагноза произведена ФЭГДС. У 15 пациентов инородное тело было удалено из желудка. 3 больных выполнены лапаротомия и гастротомия. У остальных 16 детей придерживались выжидательной тактики. У этих больных инородное тело выделилось естественным путём в течение 2–3 суток. У 3 больных с инородным телом двенадцатиперстной кишки при ФЭГДС инородное тело удалить не удалось из-за риска повреждения стенки кишки и кровотечения. Этим больным произведена лапаротомия и дуоденотомия с удалением инородного тела (игла). У одного больного инородное тело (палочка от конфеты) удалено во время экстренной лапаротомии по поводу прободения двенадцатиперстной кишки.

2 детей с инородными телами кишечника поступили в экстренном порядке с диагнозом перитонит. Инородное тело у этих больных было удалено из баугиниевой заслонки (швейная игла), пенетрировавшей в брюшную полость. Семь инородных тел, в основном косточки и монеты, были удалены из прямой кишки при пальцевом исследование или после клизмы,. Осложнение наблюдалось у больной 12 лет с инородным телом пищевода. Монета стояла ребром, в результате чего образовались пролежни.

После удаления монеты наступила перфорация пищевода. Ребенку в экстренном порядке была произведена торакотомия и ушивание дефекта, дренирование плевральной полости с гастростомией. Через 2 недели больная выписана с выздоровлением. С выздоровлением были выписаны и все другие пациенты с инородными телами желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, тактика ведения больных с инородными телами желудочно-кишечного тракта разнообразна, а к оперативному лечению нужно прибегать только в исключительных случаях, при наличии осложнений. Остальным показана выжидательная тактика и динамическое наблюдение за продвижением инородного тела по желудочно-кишечному тракту в стационарных условиях.

АДЕКВАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРАЦЕТАМОЛА В ЭКСТРЕННОЙ ПЕДИАТРИИ

Ким К.А., Холматов Х.Х., Ибрагимова Д.Р.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Парацетамол относится к классу анилидов. Терапевтически классифицируется как анальгетик и антипиретик с фармакологическим действием 3–4 часа. Основные показания к применению: лихорадочный синдром, болевой синдром, артралгия, миалгия, невралгия, мигрень, зубная и головная боль, боль при травмах и ожогах, остеоартроз. Определенная кратность применения 4 раза в сутки, с интервалом приема не менее 4 часов. Рекомендуемая максимальная продолжительность лечения – 3 дня, по истечению которых необходим анализ периферической крови. Парацетамол имеет массу побочных эффектов – агранулоцитоз, анемия, томбоцитопения, аллергические дерматит, гепатит, почечная колика, почечная недостаточность, асептическая пиурия (темная моча). Передозировка приводит к острой почечной недостаточности, жклудочно-кишечным расстройствам (диарея, потеря аппетита, рвота, спазмы, боль в желудке, увеличение потоотделения). Имеющиеся противопоказания: гиперчувствительность.

Цель. Клиническое изучение парацетамола в экстренной педиатрии, оптимизация качества терапии, определение сроков и выявление побочных эффектов и осложнений.

Материал и методы. В отделении экстренной педиатрии ФФРНЦЭМП в течении 1 года на лечении находились 1800 детей в возрасте до 14 лет. Изученные анамнестические данные, индивидуальные медицинские карты и статистические данные. Контрольную группу составили 500 детей. Лечение осуществлялось согласно стандартам, принятым в экстренной педиатрии. Пациенты контрольной группы получали ибупрофен.

Результаты. О принимаемых детьми препаратах выясняли со слов родителей (как правило, матери) и проживающих совместно родственников.

Далее изучена медицинская документация, в которой зарегистрировано применение парацетамола.

Выявлено, что почти у 89% всех возрастных групп имело место бесконтрольное, безграмотное использование парацетамола. Родители и другие ухаживающие не учитывали, что сроки приема и дозы препарата отличаются от таковых у взрослых. Дети до 1 года принимали препарат многократно в течение длительного времени. У детей при неупорядочном применении парацетамола развиваются грозные осложнения. Мы наблюдали аллергические реакции (крапивница, синдром Стивенса-Джонса, синдром Лайелла и др.), снижение свертываемости крови, с самыми различными осложнениями, вплоть до ДВС-синдрома. Основную группу осложнений составили аллергические реакции (72%) и патологические реакции со свертываемостью крови (12%), которые чаще регистрировались у детей раннего возраста от 1 месяца до 1 года.

В результате отказа от парацетамола в контрольной группе количество основных патологических симптомов и сроки лечения уменьшились в среднем на 37%. Общее количество применяемых препаратов сократилось (22%), побочные проявления регистрировались всего в 12% случаев, причем некоторые объяснялись ранее наличием аллергических состояний.

Таким образом, высокий процент осложнений и низкая эффективность при бесконтрольном применении парацетамола приводит к заключению о необходимости применения препарата только в условиях экстренной педиатрии. Возможно, следует поставить вопрос о корректировке стандарта экстренной педиатрии по применению парацетамола.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ КОМБИНИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА И ОСТРОЙ ДИАРЕИ У ПАЦИЕНТОВ ДО ОДНОГО ГОДА В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ПЕДИАТРИИ

Ким К.А., Рахмонов Р.Я., Турдибоев А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Распространение острого обструктивного бронхита (ООБ) в педиатрической экстренной практике у детей до одного года составляет от 55 до 85%. В последние годы заболеваемость ООБ выросла в несколько раз.

При многих формах патологии острая диарея является сопутствующей, но может выступать в виде отдельной нозологии.

Цель. Клинико-лабораторный мониторинг сочетания ООБ и ОД, выявление морфологических проявлений и закономерностей течения у детей до 1 года в условиях экстренной педиатрии.

Материал и методы. В отделении экстренной педиатрии ФФРНЦЭМ в течение года обследованы 289 первичных пациентов с диагнозом ООБ. Возраст поступивших детей – от 1 месяца до 1 года. Всем проводились клинико-лабораторные исследования согласно стандартам для экстренной педиатрии.

Результаты. 289 детей с ООБ составили 54% от общего числа больных, поступивших в течение года с аналогичной патологией верхних дыхательных путей. Клинико-морфологические проявления ООБ имели общую корреляцию по патологической симптоматике: в частности – по дыхательным проявлениям, термическим признакам и общему состоянию. Копрологические исследования проводились при поступлении, в динамике и при выписке. У 63% детей с ООБ диагностирована ОД вирусной, у 32% – алиментарной, у 15% – другой этиологии. Проявление острой диареи возможно как через 2-3 суток после проявления ООБ (31%), так и одновременно с ООБ (62%) и проявление алиментарной симптоматики перед дыхательной (7%). По результатам ретроспективного анализа историй болезни течение ООБ и ОД коррелировали с клиническими проявлениями.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ПОЗДНИХ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ПЕДИАТРИИ

Ким К.А., Орипов Д.У., Ахмедова Р.Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Оптимизация процесса лечения и выбора тактики применения антибиотиков широкого спектра действия с учетом степеней тяжести ожоговой болезни (ОБ), с целью предотвращения развития поздних тяжелых осложнений, в частности нозокомикальной пневмонии (НП) и сепсиса (С).

Материал и методы. В экстренное ожоговое отделение ФФРНЦЭМП в 2012 г. были госпитализированы 314 детей с ОБ. В связи с тем, что различные формы тяжести ОБ диктуют собственные подходы к терапии, нами были выделены дети с ОБ II , Ш А и ШБ степенью.

Результаты. Среди наших пациентов детей до 1 года было 55, от 1 года до 3 лет – 46, от 3 до 5 лет – 72, от 5 до 7 лет – 87 и от 7 до 14 лет – 54. Средняя продолжительность течения ОБ до возникновения поздних тяжелых осложнений составила 14,5±1,2 дня.

Проанализировав преморбидный фон, у 5,2% детей мы установили наличие нетяжелых патологий верхних дыхательных путей, что было статистически несущественно для нашего исследования.

Количество поздних тяжелых осложнений, таких как НП и С, чаще (79,8%) наблюдались при II и III степени тяжести ОБ, преимущественно в возрастной группе от 1 года до 3 лет (52,3%). НП встречалась у 170 (60%) обследованным, С – у 38 (27%).

Известно, что исход НП и С зависит от адекватности стартовой эмпирической антибактериальной терапии, несвоевременность и недостаточная эффективность которой является основной причиной развития поздних тяжелых осложнений ОБ.

Нами выделена группа детей с высоким риском осложнений от 1 года до 3 лет со II и III степенью тяжести ОБ. Помимо стандартного лечения с превентивной целью больным назначали раннюю терапию антибиотиками широкого спектра действия.

Препаратами выбора явились цефалоспорины 3-4 поколения (цефепим, цефаперазон) в сочетании с аминогликозидами и гликопептидом (ванкомицин) при присоединении стафилококковой инфекции. Терапию препаратами широкого спектра действия у детей с высокой степенью риска начинали в ранние сроки (7–10 дн.) с учетом общего статуса ребенка. В результате общее количество поздних осложнений в данной группе уменьшилось на 63,4%, в том числе НП на 72,5%, С – на 42,6%.

Заключение. Таким образом поздние тяжелые осложнения, такие как НП и С, при ОБ остаются серьезной проблемой экстренной педиатрии, что диктует новые подходы к их профилактике и терапии. Раннее применение антибиотиков широкого спектра действия (в частности цефалоспорины III–IV поколения (цефепим, цефаперазон) и гликопептид (ванкомицин) существенно снижает риск возникновения тяжелых осложнений и уменьшают сроки реконвалесценции основного заболевания.

ВТОРИЧНЫЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Корабоев Ж.Ш.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Вторичные послеожоговые пневмонии у детей наблюдаются во всех периодах ожоговой болезни, что часто осложняет её течение и приводит к летальным исходам.

Цель исследования. Изучение особенностей течения вторичной пневмонии (без ожога дыхательных путей) у детей с термической травмой.

Материал и методы. Нами проанализированы истории болезни 259 детей в возрасте от 2 до 14 лет, находившихся на лечении в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП в 2000–2012 гг., мальчиков было 160, девочек – 99, общая площадь поражения от 3 до 50% поверхности тела. Пневмония диагностирована у 188 (72,5%) детей с ожогами, из них, у 169 (90%) детей отмечался отягощенный и у 19 (10%) – неотягощенный преморбидный фон. У 176 (93,6%) больных наблюдалась полиорганная недостаточность. Глубокие ожоги IIIБ-IV степени были у 204 (78,7%) больных.

Все больные были разделены на 2 группы в зависимости от возраста: 1-я группа – дети в возрасте до 2 лет, 2-я – старше 2 лет. Группы были сопоставимы по глубине и площади ожогов.

Результаты. В 1-й группе пневмонии развивались у 11 (20%) из 55 детей: с поверхностными ожогами до 10% поверхности тела – у 15,8%, от 10 до 20% поверхности тела – у 30%, более 20% поверхности тела – у 40%.

Во 2-й группе (у 177 детей из 204) пневмонии преимущественно развивались при глубоких ожогах 3% и более поверхности тела (от 17 до 88,5% случаев).

При изучении частоты пневмонии в зависимости от локализации поражения выявлено следующее: из 17 больных с глубокими ожогами волосистой части головы, лица и шеи течение заболевания осложнилось пневмонией у 13 (76,4%). Высокая частота данного осложнения наблюдалась и при локализации глубоких ожогов (у 83) в области туловища и грудной клетки (74,6%). Ожоги конечности реже (3,5% случаев) сопровождались пневмонией.

Клиническое течение пневмонии при ожоговой болезни у детей вариабельно. Вторичные пневмонии чаще наблюдались в стадии токсемии (у 73%), реже – в стадии септикотоксемии (у 27%). Начало пневмонии диагностировать трудно.

Присоединение пневмонии у всех больных сопровождалось усилением лихорадочной реакции, одышкой, цианозом, нарастанием лейкоцитоза и ускорением СОЭ. У 29 детей отмечался влажный кашель и соответствующие аускультативные изменения в легких. Однако своевременная диагностика вторичной пневмонии у детей с ожоговой болезнью представляет большие трудности, поскольку она развивается на общем тяжелом фоне, обусловленным интоксикацией. В связи с этим решающее значение, особенно в раннем детском возрасте, приобретает рентгенологическое исследование (рентгенография грудной клетки в двух проекциях). В большинстве случаев имела место бронхопневмония (правосторонняя у 27%, левосторонняя – у 24,5%, двусторонняя – у 49,5%). Среди больных с данными осложнениями преобладали дети грудного возраста (73,5%).

В 1/3 всех случаев пневмонии у пострадавших с полиорганной недостаточностью и отягощенным преморбидным фоном закончились смертью.

Выводы. Вторичная пневмония является не только самым частым, но и самым тяжелым осложнением ожоговой болезни у детей, особенно раннего возраста, в сочетании с полиорганной недостаточностью, от которого нередко зависит исход страдания ребенка.

КЛИНИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ КОМПЛЕКСНОГО ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ПЕРИТОНИТОВ У ДЕТЕЙ

Косимов З.Н., Рахимов Б.С., Аллаев М.Я., Абдувалиева Ч.М., Рахмонов А.А., Косимов О.З.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Лечение гнойных перитонитов (ГП) является одной из актуальных проблем хирургии. Поиск новых методов борьбы с интраабдоминальной инфекцией не прекращаются на протяжении всего периода хирургического лечения перитонита. Летальность вследствие перитонита остается высокой.

Нами разработан алгоритм, последовательность действия комплексного лечения данной патологии.

Клинические алгоритмы комплексного лечения ГП были разработаны исходя из 4-х принципов лечения гнойной хирургической инфекции:

—воздействие на макроорганизм;

—хирургическая тактика и санация местного очага;

—воздействие на микроорганизм;

—диспансеризация и реабилитация больных.

Воздействие на макроорганизм.

Предоперационная подготовка.

Катетеризация центральных вен. Это обеспечивает:

а. Большую скорость инфузии

б. Возможность контроля ЦВД

в. Продолжение инфузии во время и после операции.

1.1.2. Дозированная по объему, времени и качественному составу инфузионная терапия:

а. Обезвоживание не более 10% от массы тела. 20-25 мл/кг в течение 2 часов.

б. Обезвоживание более 10 % от массы тела. 25-50 мл/кг в течение 2-3 часов.

в. Катетеризация мочевого пузыря для измерения почасового диуреза

1.1.3. Подготовка ЖКТ.

а. Опорожнение желудка

б. Постоянный зонд в желудке

в. Осмотр per rectum

1.1.4 Эффект от предоперационной подготовки.

а. Стабилизация АД

б. Стабилизация ЦВД

в. Увеличение диуреза

1.2 **Обезболивание.**

1.2.1 Многокомпонентная сбалансированная анестезия с применением мышечных релаксантов и ИВЛ

1.2.2 Интубационный наркоз

1.2.3 Спиномозговая анестезия

1.2.4 Интраоперационная новокаиновая блокада рефлексогенных зон – корень брыжейки тонкой, ободочной и сигмовидной кишки

1.2.5 Перидуральная анестезия после операции

1.3 **Послеоперационный период**

1.3.1 Адекватное обезболивание

1.3.2 Анальгетики (наркотические и ненаркотические)

1.3.3 Эпидуральная анестезия

1.3.4 Иглорефлексо аналгезия

1.3.2 **Сбалансированная инфузионная терапия в количественном и качественном компоненте.**

а. Суточная потребность с учетом патологических потерь

б. Коррекция электролитов, назначение в количестве в 2-3 раза больше суточной потребности (калий, натрий, хлор)

1.3.3 **Профилактика и лечение синдрома полиорганной недостаточности**

а. Адекватная легочная вентиляция

б. Проведение ранней ИВЛ

в. Восстановление ОЦК

г. Нормализация микроциркуляции в органах и тканях

д. Коррекция метаболизма

е. Выведение токсинов

ж. Антиоксидантная защита

з. Профилактика и лечение почечной и печеночной недостаточности

и. Инактивация ферментов

к. Поддержание иммунитета больного

л. Парентеральное питание

1.2.4 **Восстановление функции кишечника**

а. Оральная декомпрессия

б. Анальная декомпрессия

в. Стимуляция перистальтики кишечника (прозерин, димеколин, препараты калия)

г. ГБО по показаниям

2. **Хирургическая тактика и санация местного очага**

2.1 Лапаротомия

а. Срединная трасректальная справа у детей младшего возраста

б. Срединная у детей старшего возраста

в. В зависимости от локализации очага рану брюшной стенки можно расширить вверх или вниз

2.2 Устранение или надёжная изоляция источника перитонита

2.2.1 Не протирать гной марлевыми салфетками из-за травматизации серозной оболочки.

2.2.2 Не удалять плотный фибринозный налет из-за опасности десеризации

2.2.3 Промывание брюшной полости (0,02 % раствором фурацилина, 0,3 % электрохимически активированного раствора калия хлорида (ЭХАР – анолит так как он содержит активированный хлор и кислород)

2.2.4 Создание интраоперационно локальной абдоминальной гипотермии:

а. Снижение интенсивности обменных процессов

б. Подавление резорбтивной функции брюшины и уменьшение эндотоксикоза

в. Достижение сосудосуживающего эффекта с повышением системного АД

2.3 **Декомпрессия кишечника**

2.3.1 Назогастральная интубация тонкой кишки по Эбботу-Миллеру на 70-90 см дистальнее связки Трейтца

2.3.2 Зондирование толстой кишки через анус

2.3.3 Декомпрессия, кишечный лаваж, энтнросорбция

2.3.4 Раннее энтеральное питание, что восстанавливает функциональную активность ЖКТ, снижает проницаемость кишечного барьера для микрофлоры и токсинов

2.3.5 Энтеростомия и цекостомия

При значительном синдроме тонкокишечной недостаточности с деструктивными изменениями в стенке кишечника:

а. Ретроградная интубация тонкой кишки через илеостому по Житникову

б. Антеградная интубация тонкой кишки, через еюностому по Baker

в. Трансцекальная интубация тонкой кишки по Мищереву и Трояну

2.4 **Завершение операции**

2.4.1 Дренирование брюшной полости многоканальными хлорвиниловыми дренажами, полупроницаемой мембраной

2.4.2 Оставление в ране дренажей. При тотальном абсцедируюшем перитоните – перитонеостомия

2.4.3 Отрытый метод – оставление брюшной полости открытой для последующей запланированной санации. Показания:

а. Тотальный перитонит с явлениями полиорганной недостаточности

б. Массивные каловые загрязнения брюшины

в. Признаки анаэробной инфекции

г. Высокий риск эвентрации. При этом больной находится на ИВЛ длительное время

2.4.4 Закрытый метод. Рану не зашивают, но изолируют от внешней среды (марлевые салфетки, синтетические материалы)

3. **Воздействие на микроорганизм.**

Антибактериальная терапия

3.1 Местный (внутрибрюшинный) – через микроирригатор, дренажи (1% раствор диоксидина)

3.2 Общий

а. Внутривенно

б. Внутриартериально

в. Внутримышечно

г. Внутрипортально – в круглую связку печени

д. Эндолимфатически

1. Антеградный – через лимфатические сосуды стопы, паховой области

2. Ретроградный – через грудной лимфатический проток

3. Внутритканевой – через голень и забрюшинное пространство

3.3 До микробиологической верификации возбудителя, эмперически лучше цефалоспорины сочетаются с аминогликазидами

3.4 **Иммунотерапия**

3.4.1 Пассивная – иммуноглобулин, антистафилококковый γ-глобулин, плазма, эритроцитарная масса, тималин

3.4.2 Активная – по мере улучшения состояния больного анатоксины и вакцины

4. **Диспансеризация и реабилитация**

Дети, перенесшие тяжелый перитонит, должны находится под диспансерным наблюдением.

В течение 6 месяцев освободить от физических занятий в школе

В год 2 раза профилактическое лечение спаечной болезни – электрофорез ферментов на брюшную стенку, рассасывающая терапия.

В год 4 раза – УЗ исследование брюшной полости для исключения внутрибрюшинных инфильтратов.

Таков принципиальный план комплексного лечения ГП у детей.

В процессе лечения все лечебные мероприятия и дозы препаратов должны индивидуализироваться.

Назначение строго регламентируется по времени.

Необходимо иметь почасовой график ведения больного.

Несмотря на некоторые изменения графика в зависимости от состояния больного, стратегическая линия будет сохранена.

В детском хирургическом отделении АФ РНЦЭМП в 2010-2012 гг. на лечении находились 227 детей с различными формами перитонита в возрасте от 0 до 15 лет, из них было 135 (59,47%) мальчиков и 92 (40,53%) девочек.

Острый аппендицит явился причиной перитонита у 161 (71%) ребенка, кишечная непроходимость – у 28 (12,3%), травмы органов брюшной полости – у 18 (7,9%), интрагенитальная патология у девочек – у 6 (2,5%), перитонит новорожденных – у 7 (3,2%), ущемленная грыжа – у 5 (2,2%), осложнения абдоминальных операций – у 2 (0,9%).

Общая летальность – 2,2% (5), 3 (1,3%) умерли от перитонита новорожденных.

ВИРУСНЫЕ ДИАРЕИ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН СУДОРОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Кураматов Ш.Ю., Ким К.А., Юлчиев Х.М.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Судороги – внезапное непроизвольное сокращение скелетных мышц, сопровождающееся нарушениями сознания разной степени выраженности. Судорожный синдром – частая ургентная патология детского возраста. Распространённость судорог у детей составляет 17-20 случаев на 1000 детского населения.

Частое развитие судорог в детском возрасте объясняется особенностями незрелой нервной системы ребёнка, склонной к развитию общемозговых реакций на раздражение. Однако современными учеными было замечено, что судорожное состояние не всегда обусловлено общемозговой реакцией нервной системы, зачастую причинами судорог могут быть вирусные, в частности энтеровирусные диареи.

Согласно последним данным, существует около 10 групп кишечных вирусов, среди которых наиболее распространенными являются: ротавирусная, энтеровирусная и аденовирусные инфекции. На ротавирусные инфекции (в быту их называют кишечным гриппом) по статистике приходится около половины всех кишечных заболеваний. Кишечная вирусная инфекция начинается обычно остро, внезапно, протекает чаще с высокой температурой, многократной рвотой и обильным и частым водянистым светло-желтым стулом. Энтеровирусные болезни протекают также очень остро, с высокой температурой, но диагностируются сложнее, поскольку имеют крайне разнообразную клиническую картину (мышечные и головные боли, лихорадочное состояние, воспаление носоглотки, слезоточивость, светобоязнь, судороги, боли в сердце, учащенный пульс, слабость, сонливость, понос). Энтеровирусы могут поражать не только желудочно-кишечный тракт, но и центральную нервную систему, и сердце, и мышцы, и кожу. При аденовирусной инфекции гораздо более выражены катаральные явления (насморк, конъюнктивит), однако иногда аденовирусы поражают и слизистую тонкого кишечника, вызывая понос, отсутствие аппетита, реже – рвоту. Как правило, эти проявления характерны для острой стадии заболевания и держатся не дольше 2-3 дней.

В отделении экстренной педиатрии ФФРНЦЭМ в 2012 г. лечились 39 детей с судорогами на фоне вирусных диарей, которые протекали очень остро, с высокой температурой, судорогами, сопровождавшимися общей слабостью, сонливостью и поносом. Всем детям, кроме основного лечения, назначали противовирусные препараты, в частности анаферон детский, свечи виферон – 1 и др., которые дали положительный результат и способствовали скорейшему выведению ребёнка из острого состояния.

Таким образом, судороги не всегда являются результатом заболевания ЦНС, а могут быть спровоцированы также вирусной кишечной инфекцией. Судороги необходимо чётко дифференцировать по клиническим, лабораторным данным и досконально собранному анамнезу с целью точной постановки диагноза и выбора тактики лечения.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ТОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Кураматов Ш.Ю., Норузаков Т.Т., Ахмедова Р.Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Острая токсическая энцефалопатия – это осложнение, которое проявляется лихорадкой и внезапно возникающими неврологическими симптомами. Оно может возникнуть у детей с острыми неспецифическими либо специфическими инфекциями (например, ОРИ) во время самой болезни или в течение 2 недель после нее и в любом возрасте после вакцинации.

Типичная картина включает симптомы раздражения мозговых оболочек, которые характеризуются оглушенностью и спутанностью сознания, чрезмерным беспокойством, эпилептическими припадками, миоклоническими судорогами, атаксией, хореей, повышением ВЧД. При микроскопическом анализе СМЖ изменений обычно не обнаруживается. Некоторые дети, особенно раннего возраста, переносят острую токсическую энцефалопатию без последствий, но у большинства остаются выраженные остаточные неврологические расстройства, в частности эпилепсия. Согласно результатам патологоанамических вскрытий, ни в одном случае выделить возбудителя из мозга не удалось. Считают, что в основе патогенеза лежит аллергический васкулит. В отделении экстренной педиатрии ФФРНЦЭМ в 2011–2012 гг. наблюдалось некоторое увеличение пациентов с данной патологией: в 2011 г. дети с токсическим энцефалопатиями составляли 0,7% от числа детей, поступивших в отделение, в 2011 г. – 0,12%, а в 2012 г. 0,13%. При анализе выявлено, что этот диагноз явился как результатом осложнённых ОРИ, а у 3 детей – вакцинации. В анамнезе жизни имело место отягощенное течение беременности и родов у матери. В оказании помощи таким больным чрезвычайно важна своевременная диагностика, поскольку интенсивная терапия может спасти больного. Поэтому любого ребенка, у которого после многократной рвоты появилась хотя бы сонливость, надо экстренно госпитализировать. Кроме интенсивной терапии (смесь 10% р-ра глюкозы с 4% р-ром KCl из расчёта на кг массы тела ребёнка) неоднократно применяли обезболивающие препараты, спазмолитические средства (но-шпа, платифиллин, папаверин) на фоне противовирусной, противовоспалительной (дексаметазон, преднизолон) и противосудорожной терапии (сибазон, ГОМК).

Таким образом, эффективность экстренной помощи детям с данной патологией во многом зависит от своевременной госпитализации и своевременно начатой интенсивной терапии, адекватного применения обезболивающих и противосудорожных препаратов.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ПРИ ПОЗДНЕЙ ФОРМЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Лим В.И., Шавази М.Н., Лим М.В., Амонов Р.Х.
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский медицинский институт

Цель исследования. Определение ведущих факторов риска развития и диагностических критериев поздней формы геморрагической болезни новорожденных в неотложной педиатрии.

Материал и методы. В 2010–2013 гг. в отделениях детской реанимации и экстренной педиатрии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи под наблюдением находились 68 детей с внутричерепными кровоизлияниями, обусловленные поздними формами геморрагической болезни новорожденных.

Результаты. Больные были в возрасте от 1 до 3 месяцев, средний возраст 48,8 ± 3,5 дня, или около 7 нед. Всем пациентам проводились анамнестические, клинико-статистические, инструментальные и лабораторные исследования.

Достоверность результатов показателей риска заболеваемости оценивали согласно критерию χ2 по произвольной таблице сопряженности.

Изучение эпидемиологических показателей риска заболеваемости в анте-, интра- и постнатальных периодах показала, что достоверно наиболее значимым для изучаемых факторов являются только отсутствие введения в родильном доме витамина К – 25,4 (0,001) и наличия исключительно грудного вскармливания - 16,8 (0,001), из заболеваний, предшествующих развитию заболевания, выявлена только острая респираторная инфекция с диареей – 10,6 (0,01).

Клинически симптоматика внутричерепного кровоизлияния развивалась остро, в сроки от нескольких часов до суток. У пациентов появлялись признаки внутричерепной гипертензии: выраженное беспокойство – 68 (100,0%), монотонный «мозговой» крик – 68 (100,0%), срыгивания, переходящие в многократную рвоту – 43 (63,2%), судороги тонико-клонического характера – 63 (92,5%), напряжение и выбухание большого родничка – 58 (85,3%), расхождение швов черепа, нарушения сознания вплоть до комы – 64 (94,1%). При дальнейшем нарушении гемостаза усиливались явления прогрессирующей анемии: кожные покровы становились резко бледными – 60 (88,2%), возникало длительное кровотечение из мест инъекций – 62 (91,2%), мелена – 14 (20,6%).

У ряда больных выявлялись ригидность затылочных мышц, или опистотонус – 16 (23,5%), судороги 59 (86,8%), расширение, анизокория зрачка – 26 (38,2%), отсутствие реакции его на свет – 19 (27,9%), очаговая симптоматика – 32 (47,2%), сопор или кома – 30 (44,1%), синдромы дыхательной – 27 (39,6%), сердечно-сосудистой недостаточности – 37 (54,4%), ДВС-синдром – 8 (11,7%).

При поступлении у больных отмечалась анемия тяжелой степени – Нв 45,8±4,1 г/л. Уровень Ht был сни-

жен до 26,7±2,5%. Начало свертывания крови определялось в пределах 7,2±1,3 мин, конец 11,3±1,9 мин.

Патогномоничные признаки геморрагического синдрома вследствие дефицита витамина К-зависимых факторов свертывания крови: увеличение протромбинового времени достигало 35,8±3,1 секунд, протромбиновый индекс снижался до 64,1±5,8%, уровень фибриногена оставался в пределах нормы.

Таким образом, ведущими достоверными факторами риска развития являются отсутствие введения в родильном доме витамина К, наличия исключительно грудного вскармливания и острой респираторной инфекции с диареей. При появлении симптоматики острой внутричерепной гипертензии и прогрессирующей анемии у детей в возрасте от 1 до 3 месяцев необходимо исключать внутричерепные кровоизлияния, являющиеся проявлением поздней геморрагической болезни новорожденных. К диагностическим критериям относятся острое начало, признаки выраженного беспокойства, монотонный «мозговой» крик, срыгивания или рвота, судороги, нарушения сознания, резкая бледность, кровотечение из мест инъекций, ригидность затылочных мышц. Наиболее важными лабораторными критериями диагностики заболевания являются анемия тяжелой степени, удлинение времени свертывания крови, патогномоничным признаком заболевания - увеличение протромбинового времени и протромбинового индекса. Наличие указанных критериев позволяет в абсолютном большинстве случаев провести раннюю диагностику заболевания.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО СИНДРОМА ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ

Лобов М.А., Овезов А.М., Князев А.В., Пантелеева М.В., Борисова М.Н., Луговой А.В.
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

Общая анестезия, помимо основного аналгезирующего и гипногенного эффектов, может вызывать ряд побочных. Доказано патогенное воздействие анестетиков на ЦНС, выражающееся в срыве системы ауторегуляции мозгового кровотока, прямом токсическом действии на ткани головного мозга, нарушении синтеза и высвобождения нейротрансмиттеров (Barcer J., 1982; Frost E.A., 1984; Barcer J., 1994). Опосредованное негативное действие наркоза связано с ишемически-гипоксическим влиянием на ЦНС, возникающим в результате изменения кровотока и метаболизма в тканях головного мозга (Князев А.В., 2006; Лобов М.А. и др., 2009). При этом происходит запуск каскада патохимических реакций апоптогенной гибели нейронов, что впоследствии влечет за собой развитие интра- и постоперационных осложнений, диапазон которых при общем обезболивании весьма широк.

Цель исследования. Оценка влияния тотальной внутривенной анестезии на основе пропофола на параметры биоэлектрической активности мозга, мозгового кровотока и свободнорадикального процесса в периоперационном периоде у детей с неотягощенным соматическим и неврологическим анамнезом.

Материал и методы. В проспективное клиническое исследование были включены 20 детей в возрасте 10-16 лет, физический статус всех пациентов соответствовал ASA_I. Критерии включения: нетяжелая хирургическая патология (варикоцеле, паховая грыжа), неотягощенный соматический и неврологический анамнез. Операции выполняли в условиях тотальной внутривенной анестезии (ТВА) на основе пропофола и фентанила. Длительность анестезии 56,8±8,9 минуты. В периоперационном периоде, помимо мониторинга Гарвардского стандарта безопасности, выполняли синхронное исследование биоэлектрической активности мозга (БЭАМ) с помощью компьютерной электроэнцефалографии (КЭЭГ) и мозгового кровотока (МК) методом транскраниальной допплерографии (ТКДГ). Исследовали параметры свободнорадикального процесса (СРП): базальный и стимулированный хемилюминесцентный показатель (ХЛ) генерации активных форм кислорода (АФК) лейкоцитами крови, малоновый диальдегид (МДА) и антиоксидантной защиты (АОЗ): антиперекисная активность плазмы (АПА). На 3 и 7 сутки определяли антитела к глиофибриллярному кислому белку и белку S-100. До и после операции оценивали состояние когнитивных функций по тесту Бурдона и компьютерному тесту Шульте. Статистическую обработку (описательная и вариационная статистика) выполняли с помощью пакета программ Analysis ToolPak – VBA (MS Excel 2002). Статистически достоверным считали значение $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В предоперационном периоде все исследуемые показатели функциональной активности головного мозга, церебрального кровотока и когнитивных функций соответствовали возрастным нормативам. Интраоперационно гемодинамический профиль и параметры БЭАМ соответствовали стабильному течению адекватной ТВА. При анализе лабораторных данных была выявлена «двухволновая» активация СРП в период максимального угнетения сознания и через сутки после операции, компенсаторное повышение АПА интраоперационно и ее истощение в первые сутки послеоперационного периода. Выявленная диссоциация между параметрами СРП и АОЗ после операции свидетельствовала о развитии окислительного стресса – фактора риска ускорения апоптоза, что подтвердили результаты иммунологических исследований: падение уровня свободных антител к глиофибриллярному кислому белку и белку S-100 на 3 сутки после операции с последующей нормализацией показателей на 7 сутки. При сопоставлении показателей МК, СРП и АОЗ было установлено, что первая волна генерации свободных форм кислорода соответствовала максимальной гипоперфузии мозга по данным ТКДГ, а вторая – реперфузии. Вышеописанная динамика показателей МК и СРП напоминала таковую при экспериментальном моделировании ишемического инсульта и его стадий, а именно – синдром «ишемии-реперфузии».

В послеоперационном периоде наблюдалось достоверное снижение когнитивного потенциала в виде ухудшения показателей памяти и концентрации внимания.

Заключение. У детей с неотягощенным соматическим и неврологическим анамнезом при плановых операциях в условиях ТВА на основе пропофола и фентанила в периоперационном периоде наблюдается развитие синдрома «ишемии-реперфузии»: «двухволновая» активация СРП на фоне истощения АОЗ. Запуск каскада метаболических реакций является фактором риска развития окислительного стресса и ускорения апоптоза. Последнее, возможно, обусловило появление у практически здоровых детей когнитивного дефицита в раннем послеоперационном периоде. Полученные данные указывают на необходимость проведения в периоперационном периоде церебропротекции нейрометаболиками и антиоксидантами.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ЧРЕЗ- И НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Машарипов Ф.А., Мусаев Т.С., Хайрутдинова М.Х., Наврузов С.Ю., Толипов Н.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В 2006-2012 гг. в отделении детской травматологии РНЦЭМП на лечении находились 1259 пациентов с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости, что составило 20,9% от общего числа госпитализированных с повреждениями костей верхней конечности. Переломы чаще встречались у детей в возрасте от 4 до 10 лет. Анализ путей доставки больных в стационар и объема догоспитальной помощи показал, (90%) пострадавших были доставлены самотеком, 1063 (84,5%) детям первая медицинская помощь не оказывалась. 903 (71,7%) больных обратились в течение от 2 до 24 часов, 356 (28,3%) – в более поздние сроки с момента травмы. Среди пострадавших с запоздалым обращением были в основном жители сельской местности, где им оказывали помощь врачи общехирургического профиля, недостаточно знающие анатомо-физиологические и клинико-рентгенологические особенности переломов дистального отдела плечевой кости у детей. 285 (22,6%) пациентам на догоспитальном этапе помощь была оказана табибами со всеми вытекающими из этого последствиями. Именно у этих детей наблюдался выраженный патологический процесс в мягкотканных образованиях, сосудах и нервах области локтевого сустава.

Лечение больных с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости зависело от характера перелома, степени смещения костных отломков, возраста ребенка, а также давности травмы и наличия иммобилизации повреждённой конечности. При чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости при незначительном смещении костных отломков под местным обезболиванием области локтевого сустава 0,5% раствором новокаина накладывали гипсовые лонгеты сроком на 3-4-недели в зависимости от возраста ребенка. При переломах со смещением костных отломков у 757 (60,1%) пострадавших закрытая репозиция костных отломков была проведена под общей анестезией. В связи с экстренностью оказания травматологической помощи пострадавшим детям при общей анестезии возникает проблема предупреждения рвоты и регургитации во время вводного наркоза. Нередко рвота у детей возникает само по себе, из-за болевого синдрома. В таких случаях мы применяем комбинацию местной, и общей анестезии. При поступлении больного в приемное отделение после стандартного обследования место перелома обезболивали 1% раствором новокаина с расчетом на 1 мл/год жизни, устраняли грубую деформацию, поврежденную конечность иммобилизировали шинами Крамера, госпитализировали в отделение детской травматологии для дальнейшего лечения. После кратковременной подготовки больного решался вопрос о методе лечения под общей анестезией.

Консервативный метод лечения применен у 504 (40%) больных, а оперативный у 755 (60%). Консервативный метод лечения заключался в проведении закрытой репозиции и наложении гипсовой повязки с последующей контрольной рентгенографией после спадения посттравматического отека. Оперативное лечение выполняли под внутривенным наркозом. Для обеспечения анестезиологической защиты использовалась комбинация пропофола с кетамином. Больным в период индукции вводили пропофол из расчета 3,5 мг/кг, затем кетамин из расчета 3-5 мг/кг. Эффективность комбинированной анестезии оценивали на основании клинических данных, частоты сердечных сокращений, сатурации кислорода, артериального давления с помощью пульсоксиметра. Клинические течение анестезии характеризовалось стабильностью общих симптомов. У всех больных на всех этапах анестезии сохранялась нормальная сатурация кислорода. При хирургическом методе при чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости 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 и устройством клиники для лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей (FAP №00772). Разработанное устройство применено у 80 больных. Оно легко устраняло ротационное смещение костных отломков при чрезмыщелковых переломах плечевой кости у детей, что предупреждало возникновение варусных деформаций локтевого сустава и обеспечивало хороший анатомический и функциональный результат.

Таким образом, выбранная нами тактика анестезиологического пособия создает оптимальные условия для проведения закрытой репозиции костных отломков, значительно улучшает качество и исходы лечения при повреждениях локтевого сустава у детей, уменьшает и предупреждает развитие осложнений.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ С ТЯЖЕСТЬЮ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 1-3 ЛЕТ

Мирзаева А.Д.,Мухитдинова Х.Н., Ходжаева М.Х., Мирзаева Н.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель исследования. Оценка изменении корреляционных связей, выявление возможных закономерностей, позволяющих улучшить прогнозирование острой сердечной недостаточности у детей с тяжелой пневмонией.

Материал и методы. Проведены корреляционный анализ функциональной активности систем гемодинамики: систолического (САД), диастолического (ДАД) артериального давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС), температурной реакции, показателя сатурации кислорода детей грудного возраста методом непрерывного мониторирования на протяжении 20 суток, а также изучение индивидуальных особенностей адаптивных реакций со стороны ведущих систем гомеостаза. Исследования выполнены по материалам ОРИТ РНЦЭМП г. Ташкента. Под наблюдением были 63 ребенка раннего возраста от 1 - 12 месяцев, заболевание у которых закончилось улучшением состояния (1-я группа -43) и летальным исходом (2-я группа- 20). Мальчиков было 33, девочек – 30. Основными нозологическими состояниями были тяжелые пневмонии, осложненные сепсисом (15), токсическим кардитом (60), гепатитом (45), ДВС-синдромом (20), синдромом полиорганной недостаточности (СПОН) (25).

Результаты и обсуждение. В 1-й группе с благоприятным исходом на протяжении 20 суток наблюдения в ОРИТ выявлено волнообразное колебание корреляционной связи показателя температуры и систолического давления. Так, в первые сутки прямая корреляция (+0,3645) постепенно уменьшалась до формирования отрицательной корреляционной связи показателей на 6 сутки , затем постепенно увеличилась до прямой корреляции (+0,2554) на 10 сутки. Повторное уменьшение отмечалось на 14 сутки с максимальной прямой корреляцией температуры тела и САД на 17 сутки. Известно, что гипертермический синдром вызывает повышение функциональной активности миокарда в связи с компенсаторным повышением МОК и гипердинамическим типом кровообращения. Но степень синхронизации функциональной активности центров терморегуляции и гемодинамики у тяжелых детей с высоким риском СПОН на протяжении длительного времени не изучена. Нами выявлено, что компенсаторное сцепление функциональной активности указанных показателей происходит волнообразно с периодом колебаний в десять суток у пациентов с благоприятным исходом. Отрицательная корреляционная зависимость сердечного выброса от повышения температуры тела свидетельствует о снижении САД при повышении температуры тела, что наблюдалось на 6, 14 сутки в 1-й и на 8 сутки во 2-й группе. Таким образом, в процессе терапии детей с тяжелой пневмонией следует учитывать, что на 6,8, 14 сутки высока вероятность развития острой сердечной недостаточности в связи с гипертермической реакцией. Однако во 2-й группе волнообразность корреляционной связи температуры тела и САД существенно отличалась от таковой в 1-й группе. Так, на протяжении 9 суток (из 10) у детей 1-й группы наблюдалась прямая корреляция с максимальной выраженностью на 10 день. Периоды колебаний выраженности компенсаторной синхронизации температуры и САД составили 6 и 4 суток, то есть оказались значительно меньше, чем у детей 1-й группы. Уменьшение периода колебаний в группе у детей с неблагоприятным исходом, по-видимому, обусловлено состоянием истощения адаптивных ресурсов этих двух систем гомеостаза. Следовательно, можно предположить, что нарушение волнообразного колебания, формирование прямой корреляции, уменьшение периода колебания между показателем температуры тела и САД до 6 и 4 суток являются прогностически неблагоприятными признаками. Волнообразное изменение прямой корреляционной связи между динамикой температуры тела и сердечным ритмом подтверждает существование функционального биоритма компенсаторной реакции синусового узла на повышение температуры тела в первой группе пациентов.

Тенденция к формированию прямой корреляционной связи между САД и ДАД менялась волнообразно в 1-й группе (0,5675-0,6854) и более значительно во 2-й группе, становясь достоверно выраженной на 4-и, 10 сутки (+0,7895). То есть, во 2-й группе отмечалась более выраженная стрессовая мобилизация сердечно-сосудистой системы, когда повышение функции сердца сопровождалось увелечением тонуса периферических сосудов. То есть появление достоверной прямой корреляции между САД и ДАД может свидетельствовать о чрезмерности стрессовой мобилизации функции ССС с риском истощения энергетических ресурсов и срыва компенсации.

Тенденция к прямой корреляционной связи САД и показателя сатурации кислорода у детей 2-й группы имело место на 9, 13 и 14 сутки (соответственно 0,4561; 0,4899; 0,5245). То есть сатурация кислорода повышалась при увеличении уровня САД. Такая связь может формироваться при артериальной гипотонии, обусловленной гипофизарно-надпочечниковой недостаточностью, что служит показателем прямой зависимости оксигенации крови от уровня САД.

Выводы. Достоверная прямая корреляционная связь между систолическим и диастолическим артериальным давлением может свидетельствовать о чрезмерности стрессовой мобилизации функции сердечно-сосудистой системы с риском истощения энергетических ресурсов и срыва компенсации.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Миткинов О.Э.

Бурятский государственный университет

При выборе стартового метода респираторной терапии у недоношенных новорожденных на современном этапе клиницисты отдают предпочтение методу спонтанного дыхания с перемежающимся положительным давлением в дыхательных путях через назальные канюли nIPPV (nasal intermittent positive pressure ventilation), называемому неинвазивной вентиляцией.

Изучена эффективность проведения nIPPV по методу Infant Flow Driver у 70 недоношенных новорожденных с массой тела при рождении менее 1500 г, Me = 1301 (980–1415) и гестационным возрастом менее 32 недель, Me = 30 (27–31).

Эффективность метода неинвазивной вентиляции оценивали по следующим критериям: 1) уровень снижения фракционной концентрации кислорода во вдыхаемой смеси (FiO_2) и среднее давление в дыхательных путях (MAP) в течение вентиляции; 2) изменение индекса оксигенации; 3) показатели газового состава крови: pH, pCO_2, HCO_3, лактат. Параметры вентиляции оценивали на этапах в 1-8-16-24-72 часа, а анализ газового состава крови и расчет индекса оксигенации проводили на этапах на первом часу, через сутки и трое суток.

Показателей FiO_2 (%) и MAP (см водн. ст.) при проведении неинвазивной вентиляции у детей имели следующую динамику: FiO_2 – 29 (26–30); 26 (23–30); 25 (22–28); 24 (21–27); 21 (21–24.5) %, MAP – 5 (4,2–5,4); 4,55 (4,1–5,5); 4,5 (4,0–5,4); 4,3 (4,0–5,0); 4,1 (3,7–4,9) см водн. ст.

К концу первых суток FiO_2 снижается до 24% и на третьи сутки достигает 21%, т.е. большинство новорожденных вентилируются смесью с концентрацией кислорода, приближенной к воздуху. MAP к концу первых суток вентиляции снижается на 24% в сравнении со стартовым уровнем, а на третьи почти достигает идеального рекомендуемого уровня.

Полученные значения MAP в 4–7 см водн. ст. следует считать средними, так как рекомендуемое стартовое давление для недоношенных детей, считающееся безопасным, при использовании технологии Infant Flow Driver (IFD) соответствует 4 см водн. ст.

Исследование показало быстрое (особенно в течение первых суток) снижение наиболее инвазивных параметров вентиляции – концентрации кислорода на вдохе и среднего давления в дыхательных путях у большинства пациентов, что свидетельствует о высокой эффективности назального CPAP в качестве стартового метода респираторной терапии у пациентов с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

Максимальные значения индекса оксигенации при наблюдении не превышали 5,0, в течение первых суток он снизился на 24% а к концу третьих суток на 39%, что свидетельствует об эффективности респираторной поддержки.

Величина pH при рождении соотносится с результатами других исследований, показавших pH в крови у недоношенных пациентов на уровне 6,98-7,2. В дальнейшем происходит нормализация показателя pH, так уже к окончанию первых суток медиана pH приближается к 7,3; через трое суток интенсивной терапии лишь у незначительного числа пациентов уровень лактата приближался к норме, а медиана значений все же остается в два раза выше нормы; концентрация бикарбоната снижается, оставаясь в пределах нормальных значений, что свидетельствует о достаточной буферной емкости крови.

Выводы. 1. Применение nIPPV приводит к быстрому снижению в течение первых суток наиболее инвазивных параметров вентиляции фракционной концентрации кислорода на вдохе и среднего давления в дыхательных путях. 2. Низкий уровень индекса оксигенации и его снижение на этапах исследования показали малую инвазивность данного метода респираторной поддержки. 3. В течение первых трех суток отмечена нормализация показателей газового состава крови – pH и PCO_2, лактатацидоз имел тенденцию к снижению.

ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Мусаев Т.С., Машарипов Ф.А., Наврузов С.Ю., Толипов Н.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В 2006-2011 гг. в отделении детской травматологии РНЦЭМП на лечении находились 1608 детей с внутрисуставными переломами локтевого сустава, из них чрезмыщелковые переломы плечевой кости были у 1077 (67 %), головочки мыщелка – у 194 (12%), блока – 8 (0,5%), апофизеолизы внутреннего надмыщелка – у 136 (8,56 %), наружного надмыщелка – у 3 (0,2%). Переломы головки и шейки лучевой кости наблюдались у 126 (7,8%), локтевого отростка у 60 (3,7%), венечного отростка локтевой кости у 4 (0,24%) детей.

МСКТ исследование было проведено у 6 пациентов с внутрисуставным переломом локтевого сустава. 2 ребенка с межмыщелковым переломом были в возрасте 1–1,5 лет, 1 – с переломом головочки мыщелка – 2,5 лет, 1 – с переломом блока – 7 лет, 2 – с отрывом внутреннего надмыщелка – 5-6 лет.

Консервативное лечение было проведено у 1045 (65%), оперативное лечение у 563 (35%) детей. Показаниями к хирургическому лечению при чрезмыщелковых переломах плечевой кости явилось смещение

дистального отломка в локтевую сторону и под углом, ротационное смещение костных отломков; при переломах головочки мыщелка - её смещение более чем на 2,0 мм и ротация; при переломах внутреннего надмыщелка - его смещение более чем на 3,0 мм; при переломах головки или шейки лучевой кости - смещение под углом более чем 40-45 градусов, при переломах локтевого отростка - смещение более чем на 2,0 мм.

Методика консервативного лечения внутрисуставных переломов локтевого сустава заключалась в иммобилизации задней гипсовой лонгетой от основания пальцев кисти до плечевого сустава. В сомнительных случаях после спадения отека производилось контрольное рентгенологическое исследование и укрепление лонгетной повязки.

При хирургическом лечении внутрисуставных переломов дистального конца плечевой кости у 220 (39,1%) детей в основном нами использованы методики стабильно-функционального остеосинтеза (СФО), разработанные в НИИТО МЗ РУз, в том числе при переломах головочки мыщелка у 95, внутреннего надмыщелка у 120, блока у 3, наружного надмыщелка у 2. У 393 детей с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости выполняли внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратом Илизарова по методике НИИТО МЗ РУз. При переломах головки или шейки лучевой кости у 24 детей применяли методику трансартикулярной фиксации, разработанную Н.С. Бондаренко. При переломах локтевого отростка у 30 пациентов использована методика СФО, разработанная в НИИТО МЗ РУз.

У 344 (61%) детей остеосинтез внутрисуставных переломов локтевого сустава выполнен в течение первых суток после травмы малоинвазивным способом, закрытым путем, с использованием электронно-оптического преобразователя. У 219 (39%) пациентов операции проведены в отстроченные сроки из-за вторичного смещения костных отломков.

Переломы внутреннего надмыщелка плечевой кости наблюдались у 136 (9,5%) больных. В детской практике эти повреждения бывают как апофизеолизы (отрывы). Удовлетворительным считали смещение костного отломка не более чем на 2-3 мм. В этих случаях накладывали гипсовую повязку от основания пальцев до уровня плечевого сустава в положении супинации предплечья и кисти, при согнутом на 90 градусов локтевом суставе, с этапным рентгенологическим контролем. У 33 пострадавших апофизеолиз внутреннего надмыщелка сочетался с вывихом костей предплечья. Особую группу составляли пациенты с ущемлением надмыщелка в плечелоктевом суставе, при неудачном вправлении у 9, особенно если вправление производилось не специалистами, а случайными людьми (родителями, тренерами, табибами и т.п.). У 24 больных отмечалось повреждение локтевого нерва. Оперативное лечение, которое заключалось в открытой репозиции костных отломков и СФО аппаратом Илизарова по методике НИИТО МЗ РУз, проведено у 123 детей.

Переломы блока плечевой кости и наружного надмыщелка встречались значительно реже - соответственно у 8 (0,5%) и 3 (0,2%). При переломах наружного надмыщелка 2 детей были оперированы, им произведена открытая репозиция и СФО аппаратом Илизарова почти как в случаях с повреждением внутреннего надмыщелка, только упорные площадки были смонтированы наоборот, для создания встречной компрессии. 1 ребенок с удовлетворительным стоянием костных отломков вылечен консервативно.

Следующими по частоте повреждением были переломы локтевого отростка локтевой кости у 60 (3,7%). В случае удовлетворительного стояния костных отломков накладывали гипсовую повязку от основания пальцев до уровня плечевого сустава в положении супинации предплечья и кисти в положении разгибания локтевого сустава около 165-170 градусов. Консервативное лечение проведено у 14 (23,3%) детей. В случае смещения локтевого отростка с диастазом между отломками более 5 мм консервативное лечение, по нашему мнению, является мало результативным. Поэтому у 46 (76,7%) детей проведено оперативное лечение: открытая репозиция костных отломков и СФО аппаратом Илизарова по методике НИИТО МЗ РУз.

Таким образом, тактика ранней хирургической коррекции внутрисуставных переломов локтевого сустава с применением методики СФО у детей позволила сократить сроки пребывания больных в стационаре, получить у 1528 (95%) пациентов хорошие, у 59 (3,7%) - удовлетворительные и у 21 (1,3%) - неудовлетворительные результаты.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЦИРКАДНЫХ РИТМОВ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У НЕОПЕРИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В МОЗГ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДА

Мухитдинова Х.Н., Сатвалдыева Э.А., Сабиров Д.С., Алауитдинова Г.Р., МирзаеваА.Д.

Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель работы. Изучение влияния мозговой гематомы на циркадные ритмы температуры тела у детей с нетравматическим кровоизлиянием в мозг.

Материал и методы. Дети были разделены на 2 группы:1-я группа – 23 ребенка с благоприятным исходом, 2-я – 7умерших. Мониторирование функции центра терморегуляции проводилось наряду с контролем систем жизнеобеспечения (гемодинамики, дыхания) на протяжении 10±3 суток пребывания в ОРИТ. Мальчиков было 22, девочек – 8.

Результаты и обсуждение. У детей с нетравматическим кровоизлиянием в мозг 2-й группы в 1 сутки температура была повышена уппе до 38±0,1˚С, то 1-й группы – до 36,1±0,2˚С.**На 2 сутки в дневные часы** температура тела у больных колебалась от 36,3 до 37,15˚С. На 3 сутки в обеих группах волнообразные колебания имели небольшой размах в 0,3 градуса. То есть колебания температуры на 3 сутки в 1-й группе детей

происходили в пределах нормальных цифр, а во 2-й группе на уровне субфебрильных показателей. То есть у детей с благоприятным исходом уже на 3 сутки температура тела была нормальной.На 6 сутки колебания температуры во 2-й группе происходили на более высоком уровне (от 0,2 до 0,7˚С), причем межгрупповое различие было наиболее выражено в утренние часы (8-10 ч), а наименее (0,17˚С) в 3 часа ночи. На 7 сутки в утренние, дневные часы (8 – 20 ч) наблюдалось различие в 0,1-0,7˚С, в 3- 6 часов произошло практически слияние температурных кривых обеих групп на уровне 36,7˚С. Во 2 группе на 7 сутки сохранялся субфебрилитет с акрофазой в 10 часов и батифазой в 3 часа, большая амплитуда суточных колебаний, более высокая среднесуточная температура и инверсия циркадного ритма температуры.Различия циркадного ритма температурной реакции на 8 сутки заключались в более выраженных признаках стрессовой перестройки циркадного ритма в 1-й группе. Возможно, это можно объяснить истощением адаптивных возможностей симпатоадреналовых ресурсов у детей 2-й группы. На 9 сутки при отсутствии различий среднесуточного уровня температуры тела обращает на себя внимание несколько больший размах суточных колебаний температуры в 1-й группе (0,54˚С), во 2-й группе (0,35˚С). На 10 сутки различия стали более выраженными. Сравнительный анализ мониторирования температуры тела позволил обнаружить некоторые различия функции центра терморегуляции между группами детей с благоприятным исходом и умерших в ОРИТ. На протяжении первых семи суток среднесуточный уровень колебаний температуры тела в 1-й группе был в пределах нормы, во 2-й - на уровне субфебрильных значений. На 8 – 9 сутки сутки среднесуточные значения не различались, а на 10 сутки сутки во 2-й группе наметилась повторная тенденция к повышению.

Вывод. Высокая температура тела при поступлении в клинику, отсутствие нормализации температуры тела в первые 7 суток являются неблагоприятными признаками, свидетельствующими о возможной воспалительной реакции, что диктует назначения эффективной антибактериальной терапии.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМАХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Насимов С.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Разработка критериев выбора хирургического вмешательства при нетравматических внутричерепных кровоизлияниях (НВЧК) у детей раннего грудного возраста в состоянии гипокоагуляции.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 133 больных детей раннего грудного возраста с НВЧК, находившихся на лечении в отделении нейрохирургии детского возраста Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2008–2013 гг. Среди больных мальчиков было 99 (74,4%), девочек – 34 (25,6%), преобладали дети от 28 до 55 дней жизни. Больные поступали в клинику в сроки до 5 суток от начала заболевания. По данным КТ – субдуральные кровоизлияния диагностированы у 42% обследованных, паренхиматозные кровоизлияния – у 25%, субарахноидальные кровоизлияния – у 13%, паренхиматозные кровоизлияния с прорывом крови в желудочковую систему – у 12%, внутрижелудочковые кровоизлияния – у 8%.

Результаты. У всех детей с НВЧК при поступлении, кроме компримирующего фактора головного мозга различной локализации, имело место нарушение свертывающих факторов крови в виде гипокоагуляции. Перинатальный анамнез у всех пациентов был отягощен внутриутробной инфекцией, гипотрофией плода, гипоксически-ишемической энцефалопатией**.** У пациентов появлялись признаки нарушения гемостаза: нарастала анемия, кровоподтеки на коже от незначительного давления, возникало длительное кровотечение из мест инъекций. Наряду с этим при наличии внутричерепного кровоизлияния развивались явления внутричерепной гипертензии: нарушение сознания, безэмоциональный крик, судороги тонико-клонического характера, срыгивания, рвота, напряжение большого родничка и расхождение швов черепа. Через короткий промежуток времени присоединялись симптомы дислокации головного мозга: тахиаритмия, которая сменялась брадикардией, анизокория, двигательные расстройства, нарушение дыхания.

Больные с коагулопатией часто имели противопоказание к проведению экстренного хирургического вмешательства. У 121 (90,9%) ребенка было выраженное нарушение свертываемости крови в виде снижения показателей коагулограммы, что явилось одной из причин временного отсрочивания операции и вынужденного перехода к активной выжидательной тактике, основанной на проведении терапии, улучшающей свертывание крови с мониторингом неврологического статуса и КТ картины головного мозга.

Операции выполняли на фоне переливания крови и после относительной стабилизации коагулограммы. 24 (18,04%) детям с выраженной дислокацией головного мозга и грубым неврологическим дефицитом проведена декомпрессивная трепанация черепа с устранением компримирующего фактора. У 73 (54,88%) больных с НВЧК имели место минимальный неврологический дефицит и невыраженная дислокация головного мозга, что позволило вести активное наблюдение с динамическими КТ - исследованиями в течение 8–10 суток. Это тот срок, когда излившаяся кровь (гематома) приобретает более жидкую (лизированную) консистенцию. Это обстоятельство позволило более полноценно удалить лизированную внутричерепную гематому с малоинвазивным вмешательством (наружное дренирование гематомы через фрезевое отверстие или большой родничок). Смертность составила 13,75%.

Вывод. При появлении симптоматики острой внутричерепной гипертензии у детей раннего грудно-

го возраста, имеющих отягощенный перинатальный анамнез, необходимо исключить внутричерепную геморрагию. Применение дифференцированной хирургической тактики лечения НВЧК у детей раннего грудного возраста похволяет полноценно санировать кровоизлияние, что в большинстве случаев приводит к выздоровлению ребенка с минимализацией неврологического дефицита.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Рахимов Б.С., Кодиров К.З., Абдувалиева Ч.М., Сотиволдиев З.С., Назиров Н.В.

Андижанский филиал РНЦЭМП,
Андижанский государственный медицинский институт

В отделении детской хирургии РНЦЭМП АФ в 2007–3013 гг. оперированы 153 новорожденных с кишечной непроходимостью: врожденная – у 136, приобретенная – у 17.

При выборе обезболивания мы придерживались принципа его максимальной простоты, которая не вызывает остановки дыхания в послеоперационном периоде. При определении вида обезболивания учитывали степень и тяжесть состояния больного, а также объём предстоящей операции.

Всего проведено 153 наркоза, из них эндотрахеальных – 83, неингаляционных – 70.

Все больные условно разделены на 4 группы. 1-ю группу (70) рассматривали как благополучную, у больных отсутствовали гемодинамические отклонения, симптомы нарушения мозгового кровообращения и функции почек, а также признаки охлаждения и ацидоза. 2-я группа (48) – с анестезиологически-хирургическим риском I степени, незначительными отклонениями гемодинамики. 3-я группа (20) - с анестезиологически-хирургическим риском II степени, основная патология конкурировала с осложнениями, сопровождающимися выраженными нарушениями гемодинамики. 4-я группа (15) – глубокие отклонения со стороны параметров всех жизненно важных органов и систем, анестезиологически-хирургический риск III степени. Новорожденные с глубокими нарушениями организма в целом, расценивались с анестезиологически-хирургическим риском IV степени, являющиеся инкурабельными. В связи с чем, больные данной группа в настоящее сообщение не включены.

Больным 1-й группы, наряду с хирургической коррекцией, проводились лечебные мероприятия. Больные сразу госпитализировались в отделение анестезиологии и реанимации и помещались в кувез. Оценивались характер дыхания, состояние проходимости верхних дыхательных путей. Всем больным зондировался желудок для декомпрессии, а также определения уровня непроходимости желудочно-кишечного тракта.

Интенсивная предоперационная подготовка при риске I степени продолжалась от 3 до 6 часов, при II степени – до 12 часов, при III степени – до суток и более.

Учитывая анатомо-физиологические особенности дыхательной системы новорожденных, в подавляющем большинстве случаев наркоз проводили эндотрахеальным методом, при ИВЛ использовали дыхательный контур наркозного аппарата с системой Эйра.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГНОЙНЫХ ПЕРИТОНИТАХ У ДЕТЕЙ

Рахимов Б.С., Косимов З.Н., Косимов К.Л., Рахмонов А.А., Аккузиев И.К.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

В отделении детской хирургии РНЦЭМП АФ оперированы 198 больных в возрасте от 7 дней до 14 лет с перитонитами различной этиологии. Причиной перитонита являлись аппендикулярный перитонит (73,3 %), осложнение пупочного сепсиса и паранефрита (9,4 %), абсцессы печени (1,5 %), перфорация язв кишечника (4,6 %), инвагинация кишки и непроходимость её на фоне врожденных аномалий (11,2 %).

Адекватная целенаправленная корригирующая терапия в дооперационном и послеоперационном периоде проводилась с учетом особенностей реакции детского организма, ранимости основных процессов адаптации, выявленных метаболических нарушений.

Предоперационная терапия проводилась в течение 2-3 часов и продолжалась во время операции. У детей в возрасте до 1 года время предоперационной подготовки удлинялось до 6 часов.

Для нормализации микроциркуляции, коллоидно-осмотического давления лечение начиналось с внутривенного введения плазмозаменителей, затем возмещалась потеря солей, производилась коррекция кислотно-щелочного равновесия. Лечение гипонатриемии проводилась путем введения изотонических и гипертонических растворов хлористого натрия. Дефицит калия восстанавливался внутривенным введением 4% раствора хлористого калия в 10% растворе глюкозы с добавлением инсулина до достижения нормальной концентрации его в плазме. Целенаправленная корреляция КЩР проводилась при значительных сдвигах pH и дефиците буферных оснований.

В послеоперационном периоде проводилась терапия по уменьшению гиповолемии, интоксикации, улучшению окислительно-восстановительных процессов. Для выведения и нейтрализации токсинов продолжались дезинтоксикационная терапия по типу гидратации и дегидратации с форсированным диурезом.

Антибактериальная терапия осуществлялась внутривенным или внутримышечным введением антибиотиков (целесообразно два антибиотика, один из которых вводится лимфотропно). Для усиления синтеза белка, образования антител назначались пиримидиновые производные (пентоксил, метилуроцил), а также препараты для пассивной и активной иммунизации.

В послеоперационном периоде, наряду с продолжающейся коррекцией метаболических нарушений, борьбой с инфекцией, проводилась борьба с парезом кишечника путем постоянной аспирации желудочного содержимого, промывания желудка до чистых промывных вод каждые 2-3 часа, внутривенного введения слабых растворов новокаина, гипертонических растворов хлористого натрия и кальция, капельное введение хлористого калия, гипертонических клизм.

В послеоперационном периоде для снятия болевой реакции на травму, улучшения вентиляции легких и нормализации перистальтики, улучшения микроциркуляции органов брюшной полости применялась длительная перидуральная анестезия в течение 3-6 суток.

Суточная доза жидкостей, вводимых внутривенно на этапах лечения больного с перитонитом, была достаточно большой (до 2-3 л). В процессе переливания чередовались белковые, низкомолекулярные препараты и солевые растворы.

Комплексная адекватная индивидуальная интенсивная терапия в сочетании с своевременным оперативным вмешательством позволила снизить количество осложнений и летальных исходов.

КОРРЕКЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Рахимов Б.С., Акбаров Н.А., Аллаев М.Я., Абдулазизов Ж.Г., Абдужаббаров А.А.

Андижанский филиал РНЦЭМП,
Андижанский государственный медицинский институт

Состояние центрального и периферического кровообращения является одним из важнейших показателей жизнедеятельности организма. Факторы операции и анестезии ведут к возникновению нарушений дыхания в послеоперационном периоде, что особенно часто встречается у новорожденных.

В отделении детской хирургии АФ РНЦЭМП под нашим наблюдением находились 130 новорожденных, оперированных по поводу различных врожденных и приобретенных заболеваний, с синдромом острой дыхательной недостаточности в послеоперационном периоде. Исследования осуществлялись с помощью комплекса бескровных электрофизиологических методов оценки кровообращения: электрокардиография, измерение центрального венозного давления, определение объема циркулирующей крови. Степень выраженности дыхательной недостаточности, помимо клинических данных, определялись исследованием кислотно-щелочного состояния крови. Вместе с тем измеряли концентрацию ионов калия и натрия в плазме.

Изменения периферической гемодинамики заключались в снижении регионарной перфузии с увеличением периферического артериолярного сопротивления, что сопровождалось гиповолемией с уменьшением объема циркулирующей крови и его компонентов.

Нарушения центральной и периферической гемодинамики у новорожденных с синдромом острой дыхательной недостаточности в послеоперационном периоде были выражены тем больше, чем меньше был возраст ребенка, тяжелее его общее состояние и выше степень дыхательной недостаточности. Вместе с этим наблюдались нарушения кислотно-щелочного состояния и электролитного состава крови.

С целью коррекции вышеуказанных нарушений функционального состояния сердечно-сосудистой системы проводилась патогенетическая инфузионная терапия.

При устранении острой дыхательной недостаточности с помощью оксигенотерапии, постоянной санации трахеобронхиального дерева, щелочных ингаляций с эуфиллином, гидрокортизоном, лечебных бронхоскопий у больных отмечалось снижение степени энергетически-динамической недостаточности сердца.

Коррекция метаболических нарушений миокарда проводилась назначением раствора глюкозы и хлористого калия и инсулина.

Кроме того, для улучшения обменных процессов в сердечной мышце вводились кокарбоксилаза, АТФ, хлористый кальций, комплекс витаминов В и С. Улучшение сократительной способности миокарда отмечалось после введения сердечных гликозидов.

Таким образом, применение комплекса неинвазивных электрофизических методов исследования гемодинамики позволяет своевременно, полно и точно диагностировать нарушения сердечно-сосудистой системы у новорожденных с синдромом острой дыхательной недостаточности в послеоперационном периоде, объективно контролировать эффективность проводимого лечения и в результате этого значительно улучшить течение послеоперационного периода.

ВОЛЕМИЧЕСКИЙ СТАТУС ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Сатвалдиева Э.А., Мухитдинова Х.Н.,Мамбетова Г.К.,Холбаева Д.С.

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей**

Цель. Оценка информативности длительного мониторинга (в течение 20 сут.) центрального венозного давления (ЦВД) и изменений гемодинамики при посттравматическом стрессе, осложненным СПОН, у детей в возрасте от 5 до 14 лет.

Материал и методы. Изучены показатели температуры тела, систолического (САД), диастолического (ДАД) артериального давления, частота сердечных сокращений (ЧСС), частота дыхания (ЧД), показатель сатурации кислорода (SpO_2), количество введенной внутривенно, энтерально жидкости, видимые потери мониторированием у 39 пациентов, перенесших операции по поводу сочетанной черепно-мозговой травмы (СЧМТ) с повреждением внутренних органов (15), закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) (3), перитонита (12), язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки (6), кишечной непроходимости (3) в течение 20 суток после операции. Больные были разделены на 2 группы: 1-я – 25 детей с компенсированным, в последующем переведеные в профильные отделения для дальнейшей реабилитации, 2-я – 14 с декомпенсированным СПОН с летальным исходом. Все пациенты оперированы по экстренным показаниям, в послеоперационном периоде находились по показаниям на продленной ИВЛ от 1 до 15 суток и получали стандартную терапию (седация, обезболивание, гемостатическая терапия, парентеральное питание, антибактериальная терапия).

Результаты. В 1-й группе показатели АД характеризовались стабильностью на протяжении всего наблюдения. Во 2-й группе нестабильность гемодинамики проявилась в повышении САД на 7 сутки на 7% , на 12 сутки на 15%, на 13 сутки – на 19%. ДАД повышалось на 7 сутки на 15%, на 12 сутки - 36 %, на 13 сутки – на 41%. Во 2-й группе на 13 сутки выявлено повышение среднесуточного показателя температуры тела до 37,4±0,1°С. Коррекцию отклонений водно-электролитного обмена, возмещение дефицита жидкости и дезинтоксикационную терапию в 1-й группе в первые 10 суток проводили введением со скоростью инфузии 3,39 ± 0,24 мл/ кг в час, диурез при этом составил 2,7±0,25 мл/кг в час. На 12 сутки инфузионную терапию увеличили до 4,4±0,12 мл/кг в час ($p<0,05$). Подтверждением адекватности инфузионной терапии у пациентов 1-й группы служила стабильность артериального давления, ЧСС, показателя ЦВД на уровне 80±4,5 мм водн.ст. Во 2-й группе уже с первых суток у детей отмечалось нарушение функции сердца, высокий риск развития острой сердечной недостаточности.

Выводы. 1. Мониторирование ЦВД при СПОН у детей является объективным показателем адекватности инфузионной терапии,эффективности сердечной функции при СПОН у детей в возрасте от 5 до 14 лет. 2. Увеличение продолжительности ССВО более двух недель повышает риск неблагоприятного исхода тяжелого патологического состояния у детей. 3. Критическим периодом посттравматического стресса в 1-й группе оказались 3-5, 7-8, 10-11, 13 сутки после операции, в то время как во 2-й группе именно в эти дни обнаружено существенное снижение компенсаторной мобилизации функциональной активности изучаемых параметров.

ВЛИЯНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ИЗМЕНЕНИЕ ЦИРКАДНЫХ РИТМОВ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Сатвалдыева Э.А., Мухитдинова Х.Н., Мустакимов А.А., Абдуллаев Р.Т., Хамраева Г.Ш.

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей**

Методы исследования. Проведен анализ фазовой структуры циркадных ритмов систолического (САД) и диастолического (ДАД) давления у 63 детей в возрасте от 2 до 12 месяцев с тяжелой пневмонией, осложненной критической дыхательной недостаточностью. Мальчиков было 33, девочек – 30. Проведен сравнительный анализ фазовых характеристик изменений исследуемых показателей в околоциркадном ритме в двух группах детей: 1-я группа (50) – с исходом выздоровление, 2-я группа (13) – исход летальный. Изменения гемодинамики изучены у детей мониторированием аппаратом NIHON KONDEN CORPORATION (JAPAN) на протяжении 20 суток.

Результаты. На протяжении всего периода наблюдения достоверно значимых изменений абсолютных показателей максимального, минимального и среднесуточного (мезора) систолического и диастолического давления не зафиксировано, однако обнаружена перестройка фазовых структур циркадного ритма изучаемых параметров. Наиболее выраженное смещение батифазы САД наблюдалось на 3,4, 14,15,16 сутки (отклонения составляли от 9 до 12, $p<0,05$). Причем изменения батифазы не совпадали с изменением позиции акрофазы, что позволяет предположить участие в адаптивном перестраивании изменений в одних случаях акрофазы, в других батифазы. Наиболее значимое смещение пика акрофазы ДАД отмечено на 4,10,12 сутки, сдвиг пика акрофазы на циферблате составил 8,12, 12 ($p<0,05$). Что касается батифазы, то уже в первые двое суток отмечалось смещение на 9 часов против часовой стрелки, смещение оставалось значительным на 4,5,6,7,8,11,13,14,15 сутки (более чем на 10 часов по часовой стрелке). В 1-й группе детей размах суточных колебаний САД (22±2,5 мм ртст.) выявлен только в течение трех суток, в то время как этот признак в группе умерших детей наблюдался на протяжении 20 суток. Причем размах флюктуации ДДуже в первые сутки составил

38,5±2,9 мм рт.ст. (p<0,05).

Вывод. Отсутствие достоверных изменений артериального давления еще не свидетельствует о благополучном состоянии гемодинамики. Более чувствительным показателем нарушений и сдвигов функционального состояния гемодинамики является фазовая характеристика циркадных биоритмов. Нестабильность выражается в смещении акрофазы, батифазы и изменении амплитуды колебаний в циркадном ритме САД и ДАД.

ТАКТИКА РАЦИОНАЛЬНОГО АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С КРИТИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ

Суюнов Б.С., Алимов Ф.Х., Очилов И.О.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Разработка тактики анестезиологического пособия при неотложных операциях у детей раннего возраста с критическими ожогами.

Материал и методы. В 2008–2012 гг. оперирован 81 ребенок в возрасте от 6 месяцев до 5 лет с площадью ожоговых ран от 10 до 45 %. Дети поступали в клинику в состоянии ожогового шока. Первая операция проводилась на 5–7 сутки. Пациенты оперированы на фоне респираторной и инотропной поддержки. Физический статус соответствовал III-IV классу ASA.

Премедикация: атропин 0,1% 0,008-0,01 мг/кг, димедрол 1% 0,5–1,0 мг/кг, сибазон 0,5% 0,2–0,4 мг/кг и кортикостероиды. В ходе операции скорость инфузии инотропов (допамин) увеличивали на 20%. Водный наркоз кетамином 5% 2–5 мг/кг. Для поддержания анестезии применяли болюсно кетамин 5% 1,5–2,5 мг/кг.

В последнее время для поддержания использовали болюсное введение кетамина, на фоне масочной инсуффляции кислорода. Мониторинг: ЧСС, АД, сатурация гемоглобина, капно- и оксиграфия, температура тела, КОС, Hb, Ht. Во время операции проводили постоянное согревание больного.

Инфузионная терапия – трансфузии СЗП и криоплазмы в эквивалентных количествах, ГЭК 6% и глюкозо-солевые растворы. При транспортировке в ОРИТ обеспечивалась самостоятельная или вспомогательная вентиляция лёгких, согревание больного

Таким образом, у детей первых пяти лет жизни с критическими ожогами при анестезиологическом пособии рационально использовать болюсно кетамин с самостоятельной или вспомогательной вентиляцией лёгких, инотропную поддержку, адекватную инфузионно-трансфузионную терапию с обязательным контролем Hb, Ht и температурного режима.

Такая тактика обеспечила адекватную анестезию при экстренных некрэктомиях у детей раннего возраста уже в первые двое суток после ожоговой травмы.

РАННЯЯ НЕКРЭКТОМИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ТЕРМИЧЕСКИМИ ТРАВМАМИ

Суюнов Б.С., Мухаммадиев И.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Тяжелообожженные дети из-за недостаточно развитых защитно-приспособительных реакций органов и систем организма подвергаются большей опасности, чем взрослые. Течение ожоговой болезни у детей имеет свои особенности, неодинарные адаптационные и компенсаторные проявления. В связи с этим лечение обожженных раннего возраста является одной из сложнейших проблем комбустиологии.

Высокая летальность у тяжелообожженных детского возраста обусловлена такими грозными осложнениями ожоговой болезни, как полиорганная недостаточность, ожоговый сепсис, пневмония. Основные причины возникновения этих осложнений – длительное существование ожогового струпа, что способствует развитию гноеродной микрофлоры с последующим ухудшением приживляемости аутотрансплантатов, возникновению гнойно-септических осложнений.

Цель. Улучшение результатов лечения тяжело обожженных детей путем снижения частоту гнойно-септических осложнений.

Материал и методы. В отделении комбустиологии Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП в 2009–2011 гг. у 291 ребенка с термическими поражениями применена активная хирургическая тактика лечения. Больным с ожогами площадью 5–30 % поверхности тела и участками глубоких ожогов от 2 до 20 % поверхности тело произведены ранняя (на 5–7 сут.) и ранняя отсроченная (7–9 сут.) некрэктомии. В последующем, после образования грануляционной ткани проводилось пластическое закрытие раневого дефекта путем аутодермопластики расщепленными перфорированными трансплантатами.

Применение активной хирургической тактики в комплексном лечении тяжелообожженных детей позволило снизить частоту гнойно – септических осложнений ожоговой болезни на 10,8%, соответственно уменшилось время пребывания больных в стационаре, существенно снизилась частота лизиса пересаженных трансплантатов.

Таким образом, рациональная тактика раннего оперативного лечения ожоговых ран позволяет существенно снизить частоту гнойно – септических осложнений ожоговой болезни и ускорить сроки лечения.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕВОГО СИНДРОМА

Таджибаев А.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Нередко в практике уронефролога встречаются заболевания, расцениваемые как первично хронические. Хроническое течение патологического процесса часто неуклонно прогрессирует, способствует развитию хронической почечной недостаточности и приводит к инвалидизации детей. Стертая клиническая картина, поздняя обращаемость, дефекты диагностического процесса – причина того, что заболевание выявляется в хронической стадии процесса. Известно, что именно возраст определяет особенности течения болезни и ее прогноз, поэтому выявление патологических изменений лабораторных показателей на ранних стадиях является важным и необходимым.

Цель исследования. Изучение тактики ведения пациентов с впервые выявленными изменениями в анализах мочи на амбулаторном этапе.

Материалом для исследования явились карты развития ребенка. Методом случайной выборки для анализа было отобраны 125 карт. Возраст детей – от 3 до 17 лет. Мальчиков было 47 (37,6%), девочек – 78 (62,4%). В 30% проанализированных карт развития ребенка патологических изменений в анализах мочи не выявлено. У 87 (70%) детей выявлен мочевой синдром. Лейкоцитурия встречалась у 25 человек (28,7%), эритроцитурия – у 6 (6,9%), кристаллурия – у 19 (21,8%), протеинурия – у 9 (10,3%), бактериурия – у 7 (8,04%), сочетание патологических изменений – у 23 (26,4%) детей. Изменения лабораторных показателей мочи у 70% пациентов были выявлены после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции, у 18,4% –при оформлении в детский сад, школу, лагерь, у 3,4% – при профосмотре, у 1,1% – при обследовании в военкомате, у 6,9% детей цель проведения исследования выяснить не удалось. По нашим данным, у 47,2% пациентов контроль выявленных в общем анализе мочи изменений не проводился. У 46 (52,8%) детей лабораторные показатели мочи прослеживались в динамике. 39 (84,8%) больных проходили лечение амбулаторно у педиатра, 2 (4,3%) – у уролога, 5 (10,8%) направлены для стационарного обследования и лечения. После проведенного лечения у 39 (84,8%) детей лабораторные показатели мочи соответствовали показателям возрастной нормы.

Выводы. 1. При анализе амбулаторных карт изменения в анализах мочи выявлены у 70% больных. 2. Мочевой синдром у детей чаще всего представлен лейкоцит-, кристаллурией или сочетанием патологических изменений. 3. Изменения в анализах мочи не расцениваются как патологические практически у половины детей. 4. При проведении терапевтических мероприятий анализы мочи нормализовались у 85% пациентов.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ В УРГЕННОЙ ХИРУРГИИ

Тогаев Ш.Б., Наврузов М.Н., Пирматов Ш.Р., Гелдиев Б.Д.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. В 2000–2013 гг. в Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП на лечении находились 12 больных с болезнью Крона (БК), из них в возрасте 1–3 лет – 1 (8,3%), 4–12 лет – 5 (41,7%), подростков – 6 (50%). Мальчиков было 7 (58,4%), девочек – 5 (41,6%). Больные поступили с различными жалобами, анамнестическими данными и клиническими симптомами. При поступлении первичный диагноз в приемном отделении очень варьировал. У 1 (8,3%) больного заподозрена болезнь Крона прямой кишки, у 1 (8,3%) болезнь Крона толстой кишки, а 6 (50%) больным поставлен диагноз острого аппендицита, 3 (25%) – перитонита, 1 (8,3%) – острой кишечной непроходимости.

Всем больным при поступлении проводили клинико – биохимические исследования, ультрасонографию брюшной полости, по показаниям обзорную рентгенографию брюшной полости и колоноскопию. У всех больных на УЗИ брюшной полости было обнаружено наличие свободной жидкости различного объема - от минимального до разлитого характера. 2 (16,6%) больным, с подозрением с БК была проведена колоноскопия, на которой визуализировалась классическая эндоскопическая картина БК. 3 (25%) больным с сомнительным диагнозом выполнена диагностическая видеолапароскопия. У них выявлены неосложненные формы БК, из – за чего мы ограничились санацией и дренированием брюшной полости. Остальные 8 больным диагноз поставлен интраоперабельно. 3 (25%) больным проведена лапаротомия, у 5 (41,7%) – разрез Дьяконова-Волковича. Во время операции у 5 (41,7%) больных обнаружены неосложнённые формы БК, у 2 (16,6%) больных процесс локализован в толстом кишечнике, у 3 (25%) – в подвздошном отделе тонкого кишечника. 5 (41,7%) больным из – за наличия вторичного катарального аппендицита проведена аппендэктомия.

Осложнённые формы БК диагностировались только во время операции. Радикальная хирургическая тактика применена у 3 (25%) больных: у 1 (8,3%) - резекция тонкой кишки с наложением одноствольной илеостомы, у 1 (8,3%) – резекция тонкой кишки, с наложением энтеро – энтероанастомоза по типу конец в конец, у 1 (8,3%) – правосторонняя гемиколэктомия, с наложением илеотрансверзоанастомоза.

Таким образом, колоноскопия остаётся одним из самых достоверных методов при диагностике неосложнённых форм БК толстой кишки. В сомнительных случаях и при стертой клинике заболевания хороший диагностический результат дает диагностическая лапароскопия предотвращая напрасные операции. Осложненные формы БК выявляются только интраоперационно.

БЛИЗНЕЦЫ-ПАРАЗИТЫ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У 5-МЕСЯЧНОЙ ДЕВОЧКИ

Тогаев Ш.Б., Наврузов М.Н., Пирматов Ш.Р.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

В средствах массовой информации встречаются сообщения о спорадических случаях выявления близнецов-паразитов у людей. Так называемые паразитические близнецы являются редкой разновидностью сиамских близнецов, которые образуются в результате нарушения процесса деления яйцеклетки. В большинстве случаев оба слитых эмбриона развиваются равномерно, однако иногда развитие одного из них прекращается на ранних стадиях. При этом недоразвитый эмбрион может располагаться как на поверхности, так и внутри тела нормально развивающегося плода. Подобное состояние называется «foetus in foetu" (плод в плоде): один из эмбрионов проникает внутрь другого и до некоторого момента продолжает развиваться. По оценке Американского журнала педиатрии, плод внутри плода развивается в одном из 500 тысяч случаев беременности. В целом в мире подобных случаев зарегистрировано менее 90.

Мы хотим привести один из таких уникальных случаев. Больная С., 5 месяцев поступила в отделение детской хирургии Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП с жалобами, со слов матери, на рвоту, боли в животе, беспокойство, общую слабость. Из анамнеза ребенок болен в течение пяти дней. Заболевание началось со вздутия живота, беспокойства ребенка. После присоединения рвоты, ухудшения общего состоянии ребенка родители обратились в Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП.

При поступлении общее состояние ребенка тяжелое. В сознании, входит в контакт с окружающими. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовой окраски. Температура тела 37° С. Периферические лимфоузлы не увеличены, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Костно-мышечная система без патологии. Дыхание ровное 42 в 1 мин. При аускультации пуэрильное дыхание, хрипов нет. При перкуссии определяется легочной звук с обеих сторон. Тоны сердца ясные. Пульс ритмичный, 144 ударов в 1 мин, среднего наполнения и напряжения. Язык влажный, чистый. Живот вздут, при пальпации в эпигастральной области определяется подвижное округлое образование плотной консистенции. На УЗИ брюшной полости: наличие опухолевидного образования плотной консистенции, размерами 5,5×6,0 см. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяется округлое затемнение на проекции эпигастрия, пневматоз кишечников. Лабораторные показатели: Hb – 85 г/л, эр. – $2,6\times10^{12}$/л, цв. пок. – 0,8л.– $11,0 \times 10^{9}$/л, СОЭ– 7 мм/ч. Билирубин: общий – 15,7 мкмоль/л, связанный – 2,8 мкмоль/л, свободный – 12,9 мкмоль/л, АЛТ– 0,38 МККАТ/л, АСТ – 0,23 U/L, мочевина– 6,8 ммоль/л, остаточный азот – 21,5 ммоль/л, общий белок – 58,0 г/л.

Предварительный диагноз: Опухолевидное образование брюшной полости. Кишечная непроходимость. Анемия. После кратковременной предварительной предоперационной подготовки девочке произведена операция. Срединным лапаротомным доступом вскрыта брюшная полость. Во время операции обнаружено опухолевидное образование размером 8,0×8,0 см, плотной консистенции, исходящее из брыжейки тонкой кишки. При пункции образования выделилось около 2,0 мл прозрачной жидкости. При вскрытии были обнаружены рядом расположенные, соединённые общей сосудистой ножкой, два близнеца – паразита. Один из близнецов сформирован практически полностью, череп треугольной формы, голова покрыта волосяным покровом, определяются только черты лица, на туловище отсутствуют руки, а на утолщённых ногах имеются пальцы. Второй эмбрион представляет собой сплющенную голову, соединенную с недоразвитыми фрагментами тела. Оба эмбриона присоединены сосудистым пучком к сосудам брыжейки тонкой кишки. Эмбрионы удалены без технических сложностей. Целостность брыжейки восстановлена. Послеоперационный период протекал без особенностей. Состояние больной стабильное.

Таким образом, мы наблюдали явление очень редко встречающееся в мировой практике, а в нашей республике такие случаи вообще не описаны.

ЭХИНОКОККОЗ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Тогаев Ш.Б., Наврузов М.Н., Пирматов Ш.Р.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Узбекистан относится к числу регионов, эпидемических в отношении эхинококкоза. Уровень пораженности при этом составляет в среднем от 6 до 9 человек на 1000 населения и не имеет тенденцию к снижению. Учитывая важность проблемы, 54-я Сессия ВОЗ в 2001 г. поставила глистные инвазии на третье место по значимости после СПИДа и онкологических заболеваний и утвердила стратегию борьбы с геогельминтозами до 2010 г. Как мы знаем, основными органами-мишенями для гельминта являются печень и легкие, а кисты, выявленные в других органах, относят к «редким локализациям». Трудно диагностируемым и опасным для жизни заболеванием остается эхинококкоз сердца. Публикации, посвященные эхинококкозу сердца, у большинства исследователей, как в нашей стране, так и за рубежом, в основном, носят демонстрационный характер вследствие крайней немногочисленности наблюдений. По данным различных авторов (Мартикян Э. С., Heyat и соавт.), эхинококкоз сердца встречается в 0,01-2% всех эхинококковых поражений. Так, в Турции, занимающей одно из первых мест по заболеваемости эхинококкозом, среди 20 тыс. кардиохирургических операций, выполненных в течении 20 лет, было только 14 случаев локализации гидатид в сердце (Birincioglu C.L., 1999). М. И. Перельман и соавт. (1996), проанализировав мировую литературу по данной проблеме, нашли сведения о 132 больных эхинококкозом сердца. В России до наших дней описано около 60 наблюде-

ний (Травин Н.О., 2007), в Узбекистане – 12 (Бабаджанов К.Б. и др., 2007).

Учитывая редкость локализации, приводим собственное наблюдение.

Больной Р., 12 лет, 20.06.2008 г. поступил в отделение с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, в правой подреберной области, кашель, повышение температуры тела, слабость. Со слов матери ребенок болеет в течение 1 недели. При поступлении состояние среднетяжелое. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. В легких справа везикулярное дыхание, слева в нижних отделах ослабленное везикулярное дыхание, перкуторно определяется некоторое укорочение легочного звука слева. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. АД 90/50 мм рт. ст. Пульс 92 уд/мин. При пальпации живота печень +2 см, болезненна, края ровные, селезенка не увеличена. В другим органах и системах патологических изменений не обнаружено. Клинико-биохимические анализы крови: Hb – 105 г/л, эр. – 2.4 $\times 10^{12}$/л, л. – 7,9 $\times 10^{9}$/л, СОЭ – 10 мм/ч, билирубин: общий – 12,0 мкм/л, связанный – abs, свободный – 12,0 мкм/л, АЛТ – 0,30, мочевина – 4,1 ммоль/л, ост.азот – 16,2 ммоль/л, общий белок – 62,0 г/л. Коагулограмма: ПТИ – 98%, фибриноген – 2.66 г/л, тромботест – IV ст. Моча: белок – 0,066‰, л. – 10-15 в п/зр, эпит. – 1-2 в п/зр, соли – кр. мочевой к-ты. При рентгенографии передней проекции грудной клетки на уровне нижней доли левого легкого определяется округлая тень 7,0×5,5 см. УЗИ: кистозные образования правой доли печени размерами 6,0×5,5 и 5,9×4,9 см на проекциях VIII и VI-VII сегментов.

Больному установлен предварительный диагноз: Нагноившаяся эхинококковая киста нижней доли левого легкого. Эхинококкоз печени.

24.06.2008 г. произведена левая переднебоковая торакотомия по VI межреберью. При ревизии левого легкого эхинококковая киста не обнаружена, но в области перикарда на проекции левого желудочка отмечается опухолевидное шарообразное образование. Перикард косопоперечно вскрыт. При ревизии определяется напряженное кистозное образование плотноэластической консистенции размерами 6,0×6,0 см, локализованное в миокарде левого желудочка. При пункции добыто около 50 мл, мутной бесцветной жидкости. Полость кисты вскрыта, удалена хитиновая оболочка, после чего фиброзная полость обработана фурацилином, 3% раствором H_2O_2, 70% раствором спирта. Фиброзная полость ушита по Боброву. Полость перикарда высушена, в нижней части оставлено окно для оттока содержимого, рана зашита узловыми швами. Плевральная полость дренирована.

В послеоперационном периоде больному назначили симптоматическую, антибактериальную и общеукрепляющую терапию.

Рана зажила первичным натяжением, дренажная трубка удалена на 6-е сутки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Через два месяца при контрольном осмотре состояние больного удовлетворительное. Рекомендована эхинококкэктомия печени.

03.09.2008 г. в плановом порядке произведена эхинококкэктомия печени, через 8 дней больной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

ИНТЕНСИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОЯВЛЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Тоирова У.Т., Косимов З.Н., Шевкетова Л.Ш., Мухитдинова М.К., Махмудов О.М.

Андижанский филиал РНЦМП

В 2010–2012 гг. в отделении детской анестезиологии и реаниматологии нашего центра под наблюдением были 103 пациента с геморрагической болезнью новорожденных (ГрБН) в возрасте от 1 дня до 3 месяцев. 62 (60%) детей были госпитализированы из дома, 41 (40%) – из других стационаров. Из анамнеза у матерей всех новорожденных были осложнения беременности и родов, TORCH – инфекции. Новорожденные родились с кефалогематомой, экхимозами на коже, асфиксией. Всем новорожденным кроме общеклинических исследований крови и мочи, проведен ряд специализированных и инструментальных исследований (УЗИ, ЭЭГ, МРТ, МСКТ, нейросонография мозга). 28 (27%) ребенка поступили с внутричерепными кровоизлияниями, 26 (25%) с меленой, 24 (23%) – с кровотечением из пупка, 13 (13%) - из мест инъекций при различных патологиях,6 (6%) – кровотечениями из легких, 6 (6%) – с забрюшинной гематомой. Практически все новорожденные поступили очень поздно. 77 (75%) находились в крайнее тяжелом состоянии, 9 из них в коматозном состоянии. У всех пациентах отмечала резкая бледность кожи и слизистых, цианоз различной степени, выраженное тахипноэ и тахикардия, с судорогами, гипертермией и различными неврологическими симптомами. Интенсивная терапия проводилась при участии неонатологов, невропатологов, детских хирургов и нейрохирургов. Лечение начинали с введения витамина К (викасол), антикоагулянтов, плазмо-/ и гемотрансфузий, инактиваторов протеолитических ферментов. Поддерживали витальные функции организма, при необходимости проводили хирургические и нейрохирургические вмешательства, симптоматическую терапию.6 пациентам произведена декомпрессионная трепанация черепа с удалением гематомы. У 5 отмечалось полное выздоровление, у одного осталось легкое неврологическое нарушение. Всем 24 пациентам с пупочным кровотечением произведена первичная хирургическая обработка пупочной раны с остановкой кровотечения. Умерли 11 (11%) новорожденных, поступивших в крайне тяжелом и коматозном состоянии. Таким образом, профилактику ГрБН надо начинать с антенатального периода. Новорождённым, родившимся с осложнениями профилактически вводить препараты содержащие витамин К. Необходимо также своевременная госпитализация новорожденных и интенсивное лечение с участием специалистов.

ЗАДАЧИ ЭКСТРЕННОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ

Усманова Г.М., Нурмухамедов Х.К., Юсупалиева Г.А., Маматкулов И.Б., Ишонходжаев Н.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Проблемы неотложной анестезии у детей практически мало отличаются от проблем «взрослой» анестезиологии. Сюда относятся недостаточность знания анамнеза пациента, недостаточность обследования, проблемы «полного желудка», возможная гиповолемия и электролитные нарушения, нарушения органов и систем. Однако зачастую на первый план выступают вопросы организационного порядка: кто и где проводит общую анестезию ребенку при выполнении экстренных вмешательств?

Среди обязанностей «педиатрического анестезиолога» можно выделить основные: 1) оценка комплекса медицинских проблем у детей при проведении оперативного вмешательства; 2) планирование терапии до и после операции; 3) обеспечение безопасной обстановки для ребенка в операционной; 4) контроль боли до и после операции (внутривенно или другими способами); 5) анестезия и седация для необходимых процедур вне операционной (КТ, МРТ и др.).

Указанный специалист обязан не только использовать специальное оборудование, предназначенное для детей, но и уметь взаимодействовать с маленьким пациентом. Именно такой подход позволяет обеспечить не только безопасность, но и комфортность ребенку.

Результаты многочисленных исследований позволяют выделить факторы риска летального исхода или развития осложнений в педиатрической анестезиологии. Помимо квалифицированного в вопросах педиатрической анестезии специалиста, это – возраст детей до 1 года, наличие сопутствующих заболеваний и тяжелое состояние пациентов (ASA IV- V). Именно эти направления и определяют основные факторы риска в педиатрической анестезиологии: 1) анестезиолог, не имеющий специальной подготовки в педиатрической анестезиологии; 2) неотложная анестезиология; 3) маленькие дети.

В современных условиях прогрессированного обеспечения ЛПУ квалифицированными кадрами и специальной аппаратурой формулируются основные направления снижения смертности в педиатрической анестезиологии: улучшение оценки факторов риска, адекватный мониторинг, использование безопасных анестетиков и препаратов, улучшение тренинга анестезиологов на основе постоянного образования.

Для экстренной педиатрической анестезиологии необходимо обратить внимание на такое простое правило, как обязательный осмотр ребенка до проведения анестезии, а не уже на операционном столе, как часто бывает. При этом необходимо решить следующие вопросы: оценка состояния системы кровообращения с обязательным измерением частоты пульса и артериовенозного давления, цвета кожи и капиллярного возврата, уровня сознания (шкала Глазго), диуреза. Необходимо встретиться с родителями ребенка, не только для выяснения анамнеза (аллергия, сопутствующие заболевания, длительность периода голодания и т.д.), но и для получения информированного согласия на проведение общей анестезии.

После этого необходимо оценить состояние ребенка. Наиболее оправданным считается применение широко известной шкалы физического статуса ASA, которая проста в оценке и хорошо соотносится с риском анестезии и операции. Так, смертность после анестезии и операции для каждого физического статуса по шкале ASA составляет: при I классе – 0,1%; при II классе – 0,2; при III – 1,8%; при IV – 7,8%; при V – 9,4%. При всем несовершенстве данная шкала дает конкретную информацию операционной бригаде о состоянии больного и нацеливает на предупреждение конкретных осложнений. Кроме того, она принята для использования во всем мире.

Только после этого нужно совместно с хирургом определить, нужна ли предоперационная подготовка, составляется план анестезии и назначается премедикация. Азбучной истиной экстренной анестезиологии является то, что голодный период должен составлять не менее 6 часов. В противном случае необходимо рассматривать ребенка как пациента с «полным желудком» и принять соответствующие меры (промыть желудок, выполнить прием Селлика и т.д.).

При составлении плана анестезии необходимо определить вид анестезии (ингаляционный, внутривенный, масочный или эндотрахеальный) и, если необходима интубация трахеи, то оценить, будет ли она трудной и будет ли она с или без применения миорелаксантов, нужна ли катетеризация центральной вены или можно обойтись периферической катетеризацией.

В вопросах обеспечения безопасности анестезии, помимо применения мониторинга, существенную роль играет использование по возможности безопасных препаратов и методов. Выбор фармакологических препаратов для общей анестезии должен основываться на их фармакинетике, удобстве приема для ребенка, а не врача, приемлемое соотношение цены и качества. Наиболее положительные результаты анестезии достигаются при применении севофлюрана, а не галотана, когда доказательно выявлено большое удобство его применения в педиатрической анестезиологии. Явно недостаточно используются методы региональной анестезии, различные периферические блокады существенно повышают безопасность анестезии при выполнении операций по поводу травматических повреждений, термических ожогов. Седативный компонент анестезии при этом осуществляется подачей минимальных концентраций севофлюрана или инфузией малых доз пропофола (пофола).

Таким образом, проблемы педиатрической анестезиологии во многом связаны с решаемыми вопросами пересмотра профессионального отношения к проблеме, акцентированием внимания на частных вопросах анестезии, обеспеченностью кадрами и аппаратами, что позволяет выбрать основные направления для модернизации и инновационности.

ДВС У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ. КОРРИГИРУЮЩИЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ

Утегенов Н.У., Аметов С.Н., Сабиров Р.Р., Сабирова А.Т., Уразов Г.Б.

Нукусский филиал ТашПМИ, Нукусский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. В 2000-2013 гг. выполнено 159 операций по поводу камней почек, мочеточников, мочевого пузыря, у 36 больных развился ДВС-синдром.

При изучении свёртывающей и противосвёртывающей системы крови больных с МКБ, ОПН, отягощающей её течение, ХПН имел место активация свёртывающей, антикоагулянтной и фибринолитической системы. Так, укорочение времени свертывания крови, некоторое увеличение протромбинового времени и укорочение активизированного частичного тромбопластинового времени менее 45 с (тест гиперкоагуляционного сдвига), при некотором увеличении содержания в крови фибриногена является отражением гиперкоагуляции. Положительные протромбинсульфатный и этаноложелатиновые тесты отражают развитие тромбинемии.

По мере прогрессирования ХПН, в интермиттирующей и терминальной стадии, разбалансированность систем гемокоагуляции усиливалась: тромбиновое время увеличивалось, тромбинемию отражали положительные прокоагуляционные тесты. При снижении содержания в крови факторов V, VII, VIII и X активизированое частичное тромбопластиновое время снижалось, и в крови появлялись продукты деградации фибриногена (В-фибриноген, растворимые комплексы фибринмономера, конечные продукты распада фибриногена, фракции Д и Е). Это сопровождалось прогрессирующим истощением антикоагулянтного (АТ-III, α-макроглобулин) и фибринолитического (плазминоген) звеньев гемостаза, что свидетельствовало о развитии ДВС-синдрома и возможности его клинического проявления. В свою очередь разбалансированность системы гемостаза у больных с МКБ, отягощенной развитием ДВС-синдрома, создавала предпосылки к развитию осложнений в интра- и послеоперационном периоде: атаки острого пиелонефрита, операционные и послеоперационные кровотечения, бактериальный шок, сепсис.

При операциях, выполненных по поводу МКБ, ДВС-синдром наиболее часто возникал в результате массивного кровотечения (более 30% ОЦК с развитием геморрагического шока у 12 детей, у 6 с летальным исходом).

Несомненно, повреждения магистральных сосудов служили причиной массивной кровопотери с развитием геморрагического шока. Неполноценный операционный гемостаз не дал эффекта при реанимационных мероприятиях.

Результаты. Повышенная опасность развития ДВС-синдрома у больных с МКБ, отягощенной ХПН, диктует максимально щадящие виды оперативных вмешательств. При первых же признаках нарастания интоксикации и развития гнойно-септических осложнений необходимо на фоне стабилизации гемодинамики безотлагательно дренировать мочевые пути, первично удалить камни в мочевых путях: лоханке, верхней трети мочеточника и применять эффективные методы детоксикации, а также целенаправленные реанимационные мероприятия.

Нами использованы основные принципы терапии: а) устранение причин, вызывающих эти осложнения; б) восстановление ОЦК и гемодинамики; в) устранение усиленного кровотока и бесконтрольного свёртывания крови, для чего необходимо усилить антикоагулянтную и антиагрегантную активность крови, улучшить её реологические свойства; г) удалить избыточное количество активаторов свертывания крови; д) усилить лизис образующихся тромбов; е) удалить патологические продукты, образующиеся при свёртывании крови, нормализовать состав гуморальной среды.

Для восстановления гемодинамики целесообразно проводить интенсивную трансфузионную терапию эритроцитарной массой, кровью, взятой непосредственно от донора, плазмой, альбумином, сукцинасолом, инфезолом. Для улучшения реологических свойств крови и улучшения микроциркуляции перелить сорбилакт с курантилом, тренталом, липоевой кислотой 0,5 % до 10 мл (2-6-8 мл) в день. Усиление антикоагулянтной активности достигается назначением гепарина от 2,5 тыс.ед. до 8 тысяч ед. в день, то есть в тех дозах, которые не могут усилить кровотечение. Гепарин назначаем в сочетании с внутривенным введением нативной или свежезамороженной плазмы, криопреципитата. Уменьшение избыточного количества активаторов протеолоза достигается назначением контрикала, гордокса. При поражении сосудистой стенки с геморрагиями на коже, слизистых и серозных оболочках назначаем этамзилат натрия.

В случаях развития ДВС-синдрома на фоне бактериального шока обязательным компонентом терапии являются полусинтетические антибиотики: цефалоспориновый ряд с аминогликозидами, метронидазол, иммуномодулин. На фоне указанной посиндромной комплексной терапии наиболее эффективно применение антиоксидантов, витаминных коферментов, метаболитов, корригирующих нарушения энергетического обмена. К ним относятся кокарбоксилаза, α-токоферолаацетат, пантотенат кальция 20% 1 мл в 2–3 раза в/м или в/в, пиридоксальфосфат 0,005% 2 мл в/м, рибофлавинамононуклеотид 1% 1 мл 2 раза в день, липоевая кислота 0,5% 2–10 мл в день с 5% глюкозой, кобавит 0,05 два раза в день в течение 3 недель, никотиновая кислота 1% 50–100 мг в день, сорбилакт, реамберин. Такое лечение оказалось эффективным у 81,5 % больных.

Таким образом, раннее начало лечения в латентной стадии ДВС-синдрома, раннее устранение патофизиологических процессов в организме, применение современного анестезиологического пособия, интенсивной терапии уменьшает количество летальных исходов даже в терминальной стадии ДВС-синдрома при хирургических осложнениях МКБ, отягощенной ХПН.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ

Файзиев А.Ш., Наврузов М.Н., Ачилов С.Э., Пирматов Ш.Р., Шаминов У.Э.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

В детском организме эхинококковый паразит проявляет четко выраженный экспансивный рост и имеет волнообразное течение. Спорными остаются методы закрытия остаточной полости, особенно при олсложнённых формах эхинококкоза.

В 2004–2012 гг. через отделение неотложной детской хирургии Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП прошли 186 детей с осложненными формами эхинококкоза. В возрасте от 3 до 7 лет было 19 (10,2%) детей, от 7 до 14 лет – 167 (89,8%), мальчиков – 113 (60,7%), девочек – 73 (39,3%). Изолированное поражение печени наблюдалось у 89 детей, изолированное поражение легких – у 77, сочетанное поражение печени, селезёнки и обоих лёгких – у 2, поражение печени и селезенки – у 3, печени и легких - у 8, селезёнки – у 3, сердца – у 1, поджелудочной железы у 1, забрюшинного пространства – у 2. В начале заболевания какие-либо признаки присутствия паразита не выявлены. Однако в последующем у детей наблюдались беспричинная температура, похудение, недомогание и слабость. Дети обращались в поликлинику по поводу острой респираторной вирусной инфекции, гипертермии, болей в животе, аллергии и дерматитов. При появлении болей в правой половине живота у 4 больных обнаружено опухолевидное образование. Поводом обращения к врачу явилось увеличение размеров печени. Сочетание болей в животе и образование в брюшной полости обнаружено у 8 пациентов. Кашель с мокротой установлены у 32 пациентов с поражением легких, у 13 определены признаки легочного кровотечения. При эхинококкозе легких у 9 больных наблюдался прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость, у 31 – прорыв в бронхи, у 37 больных было нагноение эхинококковой кисты. Среди детей с эхинококкозом печени отмечались такие осложнения, как прорыв эхинококковой кисты в брюшную полость у 8, обсеменение соседних органов и тканей – у 9, нагноение эхинококковой кисты – у 72. Клиническому обследованию подвергнуты все 186 ребенка. С целью уточнения диагноза проводили УЗИ, обзорную рентгенографию органов брюшной и грудной полости в двух проекциях, у 38 - компьютерную томографию. Наиболее четкие данные были получены при использовании УЗИ и компьютерной томографии. Эти методы дали возможность получить точную и топическую диагностику кисты и выбрать объем предстоящей операции. Легочную локализацию паразита выявляли обычными обзорными снимками грудной полости в 2 проекциях. Операции проводились в экстренном и отсроченном порядке. 186 больным выполнено 192 операции: 181 - операция проведена в один этап, 4 – в 2, 1 – в 3 этапа. Предоперационную подготовку осуществляли с учетом изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и пораженного органа. Все операции по поводу эхинококкоза включала эхинококкэктомию и меры по предупреждению обсеменения соседних органов и тканей, ликвидацию остаточной полости. В настоящее время мы полностью отказались от метода открытой эхинококкэктомии как весьма необоснованной в детской практике. При эхинококкэктомии печени после удаления паразита и обработки фиброзной капсулы антисептиком встает вопрос о методе закрытия остаточной полости. Мы использовали дренирование остаточной полости с иссечением фиброзной капсулы до истонченного края печени у 5, капитонаж по Дельбе – у 39, по Пулатову – у 32, тампонаду большим сальником – у 2, ушивание остаточной полости по Боброву – Спасокукоцкому – у 12. При легочной локализации паразита эхинококкэктомия выполнена 80 пациентам, только у 1 больного произведена резекция легкого с кистой, занимавшей весь ее объем. Сочетанное поражение легкого и печени наблюдалось у 8, у 2 больных было сочетанное поражение печени, обоих лёгких и селезёнки. В связи с тяжестью общего состояния оперативное лечение у них проводилось поэтапно. У одного больного операция выполнена в три этапа. У пациента в правом легком было 4 кисты, в левом – 3, 6 кист обнаружено в печени, 1 – в селезёнке. На первый план у этого больного выступала дыхательная недостаточность. В связи с опасностью разрыва кисты во время наркоза оперативное вмешательство проводилось в начале на правом, затем на левом легком, третьим этапом – на печени и селезёнке. Исход – выздоровление.

Послеоперационные осложнения отмечались у 15 (7,8%) больных. У 5 больных нагноения остаточных полостей, у 3 больных в последующем открылись желчные свищи, которые у 2 из них самостоятельно закрылись на 12 день, у 1 – на 28 день после операции. Бронхиальные свищи с самостоятельным закрытием наблюдались у 3 больных, эмпиема плевры была у 4 детей. Летальных исходов не было. Таким образом, осложненные и сочетанные формы эхинококкоза печени и легких у детей требуют дифференцированного подхода к оперативной тактике с учетом общего состояния больного, тяжести и локализации поражения.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТЕЙ С ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ

Фаязов А.Д., Сатвалдиева Э.А., Камилов У.Р, Убайдуллаева В.У.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Термоингаляционная травма (ТИТ) – сложное патологическое состояние. Частота сочетанного поражения ожогов кожи и дыхательных путей по данным литературы встречается у 16-35% пострадавших с ожогами пламенем. Летальность при этом составляет от 33 до 82%. По нашим данным, частота сочетанных термоингаляционных поражений у тяжелообожженных детского возраста составляет 13,4%, а летальность достигает 34%, что обусловливает актуальность этой проблемы.

Патологический процесс, развивающийся при сочетании ожога кожных покровов с ТИТ, представляет собой не просто сумму двух, а реакцию целостного организма. Особую группу составляют обожженные детского возраста. Из-за незрелости анатомо-функциональных структур, несовершенства защитно-приспособительных реакций, дети, неадекватно реагируя на стресс, подвергаются большей опасности.

Нами проанализированы структура и частота осложнений ожоговой болезни у пострадавших. Изучены также биохимические параметры гомеостаза под контролем объема внутривенного и перорального возмещения жидкости, дополнительного парентерального питания на протяжении всего пребывания пациентов в ОРИТ.

Все обожженные дети с ТИТ получали общепринятую медикаментозную терапию, объем и качественный состав которой зависел от тяжести состояния пострадавшего, сроков поступления в стационар, периода ожоговой болезни. У всех пострадавших проводилась диагностическая фибробронхоскопия. У 30% больных в последующем по показаниям осуществлялась санационная бронхоскопия.

У всех обожженных детей были диагностированы ожоги различной глубины с сочетанным поражением дыхательных путей. Так, из 27 выздоровевших обожженных с ТИТ у 19 (70,4%) отмечались глубокие ожоги от 10 до 40% поверхности тела. Глубокие ожоги от 15 до 70% поверхности тела диагностированы у всех 14 умерших детей. Это подтверждает, что в патогенезе гнойно-септических осложнений ожоговой болезни у детей наряду с термоингаляционным поражением дыхательных путей основную роль играют обширные и глубокие ожоговые раны.

Обширная термическая травма сопровождается развитием неспецифического синдрома системного ответа воспаления, которая лежит в основе развития синдрома полиорганной недостаточности. При ТИТ токсические продукты горения, проникая и повреждая слизистую оболочку трахеобронхиального дерева, вызывают как местные изменения, так и общую интоксикацию организма, которая в последующем обусловливает возрастание риска развития СПОН. Ведущее место при этом занимает гипоксия тканей, которая развивается с первых минут после травмы. Проведенный анализ показал, что наиболее частым компонентом в структуре синдрома ПОН у умерших детей являлись токсический нефрит, пневмония и миокардит - соответственно 92,9, 85,7 и 78,6%.

У 9 (21,9%) больных с ТИТ с конца 2 недели возникали кровотечения из стрессовых язв ЖКТ. Тяжелые ожоги сопровождаются нарушением кровообращения в бассейнах чревной и брыжеечных сосудов. Индуцированная ожогом гипоперфузия кишечника приводит к гибели слизистой оболочки с нарушением барьерной функции, при этом сигналом к увеличению проницаемости служит в первую очередь выброс провоспалительных медиаторов, обусловленный ожоговой раной. Таким образом, альтернативным источником микробной инвазии и токсемии становится практически одновременно с обожженной кожей и желудочно-кишечный тракт.

В патогенезе СПОН ведущая роль отводится синдрому гиперметаболизма, который представляет собой суммарный метаболический ответ организма на генерализованную воспалительную реакцию. Развивается абсолютный или относительный перфузионный дефицит, сопровождаемый расстройством микроциркуляции, гипотонией, олигурией.

Выявлено, что введение аминокислот (инфезол 40, инфезол 100, амирем) в количестве 18-20 мл/кг при площади ожога до 30% позволяет снизить развитие гипопротеинемии, исключая необходимость введения белковых сред, а при большей площади ожога – 35-60% - существенно уменьшить количество и кратность введения альбумина и плазмотрансфузий (в 2 раза и более).

При проведении антибиотикотерапии мы руководствовались принципами «деэскалационной антибиотикотерапии» антибиотиками широкого спектра действия. В последующем назначение антибиотиков осуществлялось с учетом результатов микробиологических исследований.

Таким образом, полиорганная недостаточность у тяжелообожженных развивается на фоне раневой, бронхолегочной, кишечной инфекции экзо- и эндогенного происхождения. Проведение ранней комплексной антибактериальной терапии по деэскалационному принципу, санационной фибробронхоскопии способствуют снижению этой инфекции. Адекватное парентеральное питание позволяет создать наиболее оптимальные условия для репаративных процессов в условиях гиперкатаболизма в период токсемии ожоговой болезни у детей.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОЖОГОВОГО ШОКА У ДЕТЕЙ

Хакимов Э.А., Аминов У.Х., Шакиров Б.М., Тагаев К.Р., **Корабоев Ж.Ш., Некбаев Х.С.**
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и лечения обожженных детей на основе изучения клинико-лабораторных проявлений ожоговой болезни.

Материал и методы. В 2000 - 2012 гг. в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП на лечении находились 318 детей, из них 119 было в возрасте до 3 лет. У 118 больных площадь глубокого ожога составила 2-5% поверхности тела, у 90 – 6-10%, у 110 – 11-20% поверхности тела. Самыми частыми причинами ожогов в раннем возрасте являются горячие жидкости (более 60%), пламя и сандал (38%), соприкосновение с горячими предметами (около 2%).

У детей раннего возраста особенно до одного года жизни (32,4%) обширные поверхностные ожоги вызывают ожоговый шок. Шок диагностируется у 85% детей с глубокими ожогами.

Результаты. Главным и определяющим фактором возникновения шока и его тяжести следует считать площадь глубокого ожога.

Основными и доминирующими признаками шока у детей являются бледность кожных покровов, цианоз и сухость слизистых оболочек, жажда, апатия и адинамия, одышка, тахикардия, озноб и дрожь, икота и судороги. У крайне тяжелых больных анурия сочетается с гипотонией. Олигоанурия является одним из важных признаков шока.

Необходимо отметить, что продолжительность тяжелого и крайне тяжелого ожогового шока может быть до 48–72 часов. При неполноценном лечении или транспортировке ожоговый шок имеет склонность к рецидивированию, а затем тяжелому течению с неблагоприятным исходом.

Лечение ожогового шока у детей начинается с применения обезболивающих в сочетании с антигистаминными препаратами, которые усиливают их действие, оказывают седативный, противорвотный эффект. В зависимости от возраста детей вводится внутривенно 1% раствор промедола одновременно с 1% раствором димедрола 0,3–1,0 мл, 0,125% раствора новокаина 30–50 мл и проводится новокаиновая блокада по Вишневскому.

Жидкость вводят в течение 2 суток. Согласно противошоковым стандартам в первые 8 часов после травмы вводится 1/3 жидкости, в 16 часов первых суток – ещё 1/3 жидкости, остальная 1/3 часть – на вторые сутки.

В случаях рвоты жидкость вводится внутривенно, помимо регидратационной жидкости в виде 10 и 20% раствора глюкозы с инсулином.

Лечение детей в стадии шока нужно проводить индивидуально, учитывая степень и тяжесть шока, площадь и глубину поражения, возраст пострадавшего и показателей лабораторных данных.

При I степени ожогового шока детям внутривенно вводится 1% раствор промедола (0,1 мл на год жизни), 0,125% раствор новокаина (25–30 мл), плазма (50–100 мл), 10% раствор глюкозы с инсулином (100–150 мл + 4 ед. инсулина), сукцинасол, рефортан, стабизол (150–200 мл). В течение суток переливается жидкость около 10% массы тела ребенка, т.е. 750-1500 мл в зависимости от возраста.

Трансфузионная терапия ожогового шока II степени проводится в течение 2 суток. Учитывая степень гемоконцентрации, уровень гематокрита, ОЦК, КОС и другие параметры гемодинамики, уровень диуреза детям вводится жидкость в следующих соотношениях: 1/3 белковых препаратов (плазма), 1/3 коллоидных растворов (реополиглюкин, сукцинасол, рефортан, стабизол) и 1/3 – 10% раствор глюкозы, 30–60 мл 4% раствора бикарбоната натрия. По показаниям вводятся корглюкон, строфантин, аскорбиновая и никотиновая кислота, кокарбоксилаза, димедрол, дексаметазон.

Лечение III степени ожогового шока проводится также, как и II степени, но дополнительно необходимо вводить внутривенно дексаметазон 4–12 мг в сутки, контрикал (10 000-15 000 ед.), кордиамин, строфантин, эуфиллин, кокарбоксилазу.

Обычно в стадии ожогового шока у детей не следует применять антибиотики. Лишь при очень обширных и загрязненных глубоких ожоговых ранах их применяют внутривенно одновременно с инфузионной терапией.

Детям, не получавшим профилактических прививок, по схеме вводится 1500 МЕ противостолбнячной сыворотки с анатоксином.

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что лечение детей с ожоговым шоком, особенно в младшем возрасте, представляет определенные трудности, что необходимо учитывать при лечении детей с ожоговой болезнью. Эффективность терапии ожогового шока является одним из важнейших критериев оценки лечебной деятельности хирургических стационаров. По нашим данным, летальность у детей в стадии шока снизилась с 6,8 (до 2000 г.) до 3,2% (2012 г.).

Выводы. Интенсивная своевременная противошоковая терапия предупреждает циркуляторные расстройства и полиорганную недостаточность у обожженных детей.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Хакимова Н.Х., Холмурзаева М.Ф.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Сердечная недостаточность (СН) – прогрессирующий синдром, развивающийся при различных заболеваниях не только сердечно-сосудистой системы, но и других органов и систем, приводящих к снижению насосной функции сердца, дисбалансу между гемодинамическими потребностями организма и возможностями сердца, хронической гиперактивации нейрогормональных систем. Сердечная недостаточность у детей может развиться внезапно или медленно, нарушая жизнедеятельность всего организма. Она может продолжаться секунды, часы, дни, месяцы, годы, может появляться и на время исчезать, может поддаваться лечению или быть рефрактерной к проводимой терапии. СН проявляется одышкой, сердцебиением, повышенной утомляемостью, ограничением физической активности и избыточной задержкой жидкости в организме.

Прогноз при СН независимо от ее этиологии, остается крайне серьезным, поэтому вопросы фармакотерапии СН постоянно находятся в центре внимания клиницистов. Во второй половине XX века произошла смена нескольких концепций патогенетических механизмов СН, прямым следствием которого стало изменение подходов к лечению больных.

Наиболее часто острая сердечная недостаточность наблюдается у детей первых 3-х лет жизни.

Цель исследования. Изучение характера и проявлений поражений миокарда при острой осложненной пневмонии у детей первых 3-х лет жизни.

Под нашим наблюдением находились 46 детей с тяжелыми формами пневмонии от 1 месяца до 3-х лет, из них у 38 больных была очаговая, у 8 – сегментарная форма пневмонии.

До 3 месяцев было 11 (27,0%), от 3 месяцев до 1 года – 28 (60,0%), старше года 7 (13,0%) больных. Девочек 19, мальчиков 27.

Всем больным проводили общеклиническое обследование, рентгенографию грудной клетки, по показаниям ЭКГ. Давность заболевания у 17 (32,0%) больных составляла до 3 дней, у 21 (48,0%) – от 3 до 10 дней, у 8 (20,0%) – более 10 дней. У 83,0% обследованных пневмонии сопутствовала анемия, у 16,0% – рахит, у 18,0% – гипотрофия, у 86,0% – гипоксическая ишемическая энцефалопатия, у 15,0% – ЭКД, у 36,0% – тимомегалия. У 22,0% отмечалось 2–3 фоновых заболевания. 18 (35,0%) детей до поступления в стационар не лечились, 28 (65,0%) самостоятельно на дому принимали жаропонижающие средства, 1–2 – кратно антибиотики.

Пневмония осложнилась дыхательной недостаточностью I степени у 25 (62,0%), ДН II степени – у 15 (38,0%), сердечно-сосудистой недостаточностью I степени – у 21 (52,0%), II степени у 19 (48,0%), токсическим кардитом – у 15 (38,0%), токсическим нефритом – у 5 (12,0%), нейротоксикозом – у 16 (40,0%), БДЛ – у 2 (5,0%). 19 (42,0%) из 40 больных находились в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Успех лечения сердечной недостаточности связан с точной оценкой клинических проявлений, знанием фармокинетики и правильным использованием сердечных гликозидов, их комбинации с диуретиками и другими препаратами. Из сердечных гликозидов наилучший эффект был получен от дигоксина в умеренных дозах (0,05 – 0,06 мг/кг в сут.) с учетом повышения чувствительности воспаленного миокарда к сердечным гликозидам, потенцированной пневмоническим процессом. Также назначали препараты калия, диуретики, кардиотрофные препараты. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что поддерживающая терапия сердечными гликозидами у детей СН, развившейся на фоне пневмонии, является важным условием сохранения достигнутого уровня компенсации сердечной деятельности.

Таким образом, лечение сердечной недостаточности у детей должно проводиться дифференцированно, с учетом возраста, механизмов развития различных звеньев патогенеза. Успех лечения во многом определяется не только воздействием на отдельные звенья патогенеза, но и целенаправленным влиянием на этиологический фактор. Лечение сердечной недостаточности, как правило, малоэффективно, если оно проводится без учета характера и особенностей течения основного заболевания.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПНЕВМОНИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИМ ШОКОМ

Шавази Н.М., Лим М.В., Каримова Г.М.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

Известно, что у детей при инфекционно-токсическом шоке нарушения функций левых отделов сердца могут носить патогенетический характер утяжеляя прогноз и течение заболевания.

Цель исследования. Оценка функционального состояния сердечной гемодинамики у детей раннего возраста с пневмонией, осложненной инфекционно-токсическим шоком.

Под наблюдением находились 46 детей с пневмонией, осложненной инфекционно-токсическим шоком различной тяжести, которые были разделены на 2 группы в зависимости от стадии и степени инфекционно-токсического шока. Мальчиков было 24, девочек – 22 больных, возрасте от 6 месяцев до 2 лет.

В 1-ю группу с компенсированной стадией инфекционно-токсического шока вошли 20 больных

(АД>50 мм рт.ст.), во 2-ю группу с декомпенсированной стадией инфекционно-токсического шока включены 26 больных, имеющих значительные признаки глубокого нарушения сосудистой циркуляции, сердечной деятельности (АД<30 мм рт.ст). Оценка степени тяжести, основанная на сфингоманометрических показателях, соответствовала тяжести клинических и лабораторно-инструментальных проявлений болезни.

Ультразвуковое исследование сердца проводили в положении пациентов лежа на спине при спонтанном дыхании из парастернального, апикального и субкостального акустических доступов, используя ультразвуковой цветной сканер Sono skype 5000.

По ЭхоКГ в одно- и двухмерном режимах рассчитывали показатели, характеризующие функциональное состояние левых отделов сердца. Функцию левого желудочка (ЛЖ) оценивали на основании конечного диастолического размера ЛЖ, конечного систолического размера ЛЖ, фракции выброса, ударного объема, минутного объема. Размеры полостей сердца и толщину миокарда рассчитывали на единицу поверхности тела.

Ультразвуковое исследование сердца позволило выявить у больных с инфекционно-токсическим шоком изменения гемодинамики. Так, конечный диастолический объем левого желудочка у больных с компенсированной стадией ИТШ был ниже, чем в контрольной группе. Еще ниже он был у больных с декомпенсированной стадией инфекционно-токсического шока. Эти показатели, по нашему мнению, свидетельствуют о выраженной дисфункции левого желудочка у больных 2-й группы, а у больных 1-й группы – об относительно менее выраженной дисфункции.

Конечный систолический объем ЛЖ у пациентов 1-й группы был несколько выше, чем в контроле. У больных 2-й группы больных этот показатель снижен, что объясняется резко сниженным конечным систолическим объемом ЛЖ.

Ударный объем у пациентов 2-й группы был экстремально ниже, чем в контроле, что отражает клинические признаки выраженной сердечной недостаточности, однако в 1-й группе этот показатель снижен менее выражено, что вполне соотносится с клиническими признаками компенсированной стадии инфекционно-токсического шока.

Минутный объем у больных 2-й группы резко ниже, чем в контроле, что объясняется значительно сниженным ударным объемом. У больных 1-й группы данный показатель, напротив, повышен, так как в компенсированной стадии шока отмечается увеличение ЧСС.

У больных 2-й группы выявлено выраженное снижение фракции выброса в сравнении с контрольной группой, а во 2-й группе, напротив, наблюдалось увеличение этого показателя.

Необходимость эхокардиографического исследования сердечно-сосудистой системы при инфекционно-токсическом шоке у детей с пневмонией продиктована необходимостью тщательной оценки состояния сердечной гемодинамики, что играет важную роль в определении стадии заболевания и тяжести процесса.

АЛГОРИТМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАЦИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Шевкетова Л.Ш., Мамадалиев М.М., Касимов З.Н., Хаджиматов А.Э., Комилов С.Ф.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Выбор оптимальных методов предоперационной подготовки и анестезии при экстренных операциях у новорожденных.

Материал и методы. За последние три года в детское хирургическое отделение АФ РНЦЭМП поступили 134 новорожденных с подозрением на аномалию развития желудочно-кишечного тракта. У 52 из них в результате обследования диагноз исключен. 82 новорожденных подвергнуты оперативному вмешательству. У 39 наложены различные кишечные стомы. У 43 произведены различные виды проктопластики. Неонатальный период продолжается первые 30 дней после рождения. Переходный период или период адаптации происходит в течение первых 2-3 суток после рождения. В это время все системы организма претерпевают изменения. Для анестезиолога наиболее важными являются изменения в системе кровообращения, легких, печени и почках. Особенности анестезии определяются анатомо-физиологическими особенностями: 1) сердечно-сосудистая система весьма устойчива к воздействиям, оказываемым операцией и наркозом; 2) система дыхания очень чувствительна к гипоксии и гиперкапнии; 3) обмен веществ происходит более интенсивно. Риск операции у преждевременно рожденных в связи с недоразвитием их организма и ослабленностью обратно пропорционален массе тела.

Стандарт предоперационной подготовки и план анестезии:

– Обеспечение оптимального температурного режима: до операции поместить ребенка в кувез, использование обогревающих матрасов, измерение кожной и ректальной температуры во время наркоза;

– Обеспечение венозного доступа – катетеризация периферической вены или центральной. Коррекция водно-электролитного баланса. Симптоматическая терапия. Инфузионная терапия: 1) точный учет кровопотери, если ребенок поступил с кровотечением или ДВС-синдромом; 2) стартовый и основной раствор – 5% раствор глюкозы; 3) дозированная подача инфузионных растворов (инфузиоматы) – 5-6 кап/мин. Установить назогастральный зонд для новорожденных, оксигенотерапия;

– За 30 минут до операции ввести в/в 0,2 мл викасола, учитывая функциональную незрелость печени и возможность развития геморрагического синдрома;

– Премедикация за 30 минут до операции, стандартная, без наркотиков. Для снижения секреции антихолинолитик атропин 0,1% - 0,02 мг/кг, в/м, либо в/в непосредственно перед введением миорелаксантов.

Новорожденным седативные препараты и опиоиды не назначают. Замедленная индукция в наркоз. Интубация трахеи не обязательна при коротких неинвазивных вмешательствах. Ее не следует выполнять при бодрствовании новорожденного, т.к. возникающая при этом гипертензия оказывает чрезмерное стрессовое влияние на хрупкие кровеносные сосуды головного мозга. Недоношенных, ослабленных новорожденных с массой тела менее 3 кг можно интубировать без миорелаксантов. Перед интубацией выключать дыхание в/в введением ГОМК 20% – 50 мг/кг массы тела, а после интубации и перевода на ИВЛ введения миорелаксантов не требуется. Каждые 30 минут наркоза и перед экстубацией санировать трахео-бронхиальное дерево с целью профилактики ателектазов и пневмонии;

– Периоперационный мониторинг – ЧСС, ЦВД, ЭКГ-контроль;

– Искусственная вентиляция легких – применять полуоткрытый контур по системе Эйра, которая обеспечивает минимальное сопротивление дыханию. Давление на вдохе не более 5–7 см.водн.ст. Дыхательный объем новорожденного равен 25 мл. Поддержание минутной вентиляции легких за счет высокой ЧД при относительно низком дыхательном объеме. Поддержание анестезии введением кетамина (препарат выбора для новорожденных) с нестабильной гемодинамикой и предполагаемой гиповолемией (1–2 мг/кг в/в);

– В послеоперационном периоде необходима продленная интубация. Экстубацию выполнять только после появления признаков пробуждения новорожденного и реакции на эндотрахеальную трубку, после санации трахеобронхиального дерева на вдохе с использованием отсоса. Первое кормление назначаем через 6 часов после операции по 5,0 мл сцеженного молока каждые 2 часа. С последующих суток объем разового кормления увеличиваем ежедневно на 10 мл. Дефицит восполняем инфузионной терапией.

Вывод. Выбор оптимального метода предоперационной подготовки и анестезии при экстренных операциях у новорожденных крайне важен в связи с анатомо-физиологическим несовершенством многих систем, защитных механизмов, зависит от опыта и знаний анестезиолога.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ У ДЕТЕЙ

Шевкетова Л.Ш., Юлдашев У.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Оценка эффективности небулайзерной терапии в сочетании с региональной лимфатической терапии через ретростернальную клетчатку при тяжелых формах острого стенозирующего ларинготрахеита у детей.

Материал и методы. Обследованы 156 детей раннего возраста, госпитализированных в 2008–2013 гг. в экстренном порядке в отделение детской реанимации и интенсивной терапии Андижанского филиала РНЦЭМП. Диагноз был установлен на основании клинических, рентгенологических данных, а также результатов осмотра отоларинголога. В возрасте до 6 месяцев было 52 (33,3 %) больных, 7–12 месяцев – 39 (25%), 1–2 лет – 44 (28,2%), 2–3 лет – 21 (13,5 %), девочек – 71 (45,5 %), мальчиков – 85 (54,5 %). Основную группу составили дети с острым стенозирующим ларинготрахеитом, стенозом гортани II-III степени 106 (67,9%), которым в комплекс лечебных мероприятий была включена небулайзерная терапия и региональная лимфатическая антибиотикотерапия через ретростернальную клетчатку. 50 больных (25 девочек и 25 мальчиков) составили контрольную группу, которые получали традиционное лечение. Статистический материал обработан методом параметрической статистики (Стьюдента-Фишера). Для составления прогностической карты тяжести и прогноза изученных показателей использован метод отношения правдоподобия (Щиган Е.Н., 1986). В 1-й группе выделен следующий этап терапии: 1 этап – небулайзерная терапия + ретростернальный способ региональной лимфотропной антибиотикотерапии (РЛАТ). Методика проведения региональной лимфатической антибиотикотерапии через ретростернальную клетчатку при неревматических кардитах у детей была разработана на кафедре детской хирургии Андижанского государственного медицинского института, возглавляемой профессором С.Р.Рахимовым (получен патент № 5301 от 27.07.1998 г.). Во 2-й группе интенсивная терапия состояла из 2 этапов: 1 - традиционная лекарственная терапия (внутривенное введение медикаментозных средств); 2 – продленная интубация.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ клинических и лабораторных данных показал, что в основной группе у 80 (54,5 %) больных уже к началу вторых суток отмечалось значительное снижение стенотического дыхания, улучшение клинических признаков. В контрольной группе эти изменения появлялись лишь на 5 сутки, либо приходилось переводить ребенка на продленную интубацию трахеи. Оценка эффективности предложенного метода показала, что небулизация в сочетании с ретростернальным способом РЛАТ имеет преимущества перед общепринятым традиционным способом лечения стеноза гортани у детей: быстрее исчезают симптомы дыхательной недостаточности, интоксикация, беспокойство, тахикардия, одышка, кашель, физикальные данные в легких и сердце. Лабораторные показатели положительно изменялись параллельно с клиническим течением: нормализовалось количество лейкоцитов, СОЭ, улучшались рентгенологические изменения.

Таким образом, применение небулайзерной терапии в сочетании с лимфатической антибиотикотерапией через ретростернальную клетчатку является эффективным методом, позволяющим быстро купировать патологический процесс. Использованный метод лечения позволяет сократить пребывание больных в стационаре и уменьшить расход лекарственных средств в 2–3 раза, что приносит большой экономический эффект.

АЛГОРИТМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ С ОЖОГАМИ

Шевкетова Л.Ш., Умурзаков О.Т.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Выбор оптимальных методов предоперационной подготовки и анестезии при экстренных операциях у детей с ожогами.

Материал и методы. За период с 2012–2013 гг. в Андижанский филиал РНЦЭМП были госпитализированы 243 ребенка с ожогами различной степени тяжести, получившие термические ожоги в результате контакта с горячими жидкостями, взрыва бытового газа (семейные случаи), ожога пламенем (пожар), из них 23 ребенка с комбинированными глубокими ожогами тела и ожогом верхних дыхательных путей.

Стандарт предоперационной подготовки и план анестезии:

обеспечение венозного доступа – катетеризация периферической или центральной вены: введение препаратов ГЭК; коррекция водно-электролитного баланса; симптоматическая терапия.

оксигенотерапия. Состояние обожженных детей значительно более неустойчивое, чем большинства пациентов, готовящихся к плановой операции;

тяжелообожженным больным прекратить введение жидкостей через рот за 2 часа до операции. (2-часовой период достаточен для эвакуации желудочного содержимого);

контроль диуреза;

премедикация за 30 минут до операции. Применяем сильные анальгетики и седативные средства. Если ребенок находится под действием анальгетиков, то не нуждается в премедикации. Применение атропина в премедикации считаем не обязательным, порой даже вредным, т.к. он сушит секрет в дыхательных путях и затрудняет его удаление. Кроме того, атропин увеличивает тахикардию. Атропин применяем у больных детей с выраженной бронхообструкцией и частотой пульса менее 80 уд/мин;

Мониторинг во время анестезии – пульсоксиметр, кардиомонитор. В операционной необходимо поддерживать температуру около 30°С, а влажность – выше 60%. Положение на операционном столе. Поддержание проходимости дыхательных путей;

методика анестезии – применение анестетиков, обладающих наименьшим отрицательным действием на сердечно-сосудистую систему. Анестетики должны обеспечить быстрое и полное пробуждение пациента без длительной посленаркозной депрессии, тошноты и рвоты. Анестетики, вызывающие раздражение дыхательных путей применять не следует;

индукция в наркоз осуществляется ингаляцией через маску смеси 2–3 л/мин кислорода и 6–8 л закиси азота. Интубация трахеи показана детям раннего возраста, при необходимости смены положения тела во время операции, при положении больного ребенка на животе, при осложнениях со стороны органов дыхания. Из мышечных релаксантов для обеспечения интубации применяем дитиллин. Во время анестезии без интубации трахеи избегаем применения релаксантов, предпочитая вести больного на самостоятельном дыхании и по глубине спонтанного дыхания судить о глубине анестезии, т.к. нередко измерять АД не возможно;

широко используется диссоциативная анестезия с использованием кетамина (кеталара) в/в или в/м как при кратковременных операциях, так и при операциях, продолжающихся более 1 часа.

Вывод. Выбор оптимальных методов предоперационной подготовки и анестезии у обожженных детей в каждом конкретном случае зависит от стадии ожоговой болезни, состояния пациента, сопутствующих заболеваний, а также от опыта анестезиолога.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПРОБОДНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Шерматов А.Ш., Шевкетова Л.Ш.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Прободные пилородуоденальные язвы являются актуальной проблемой. Пути улучшения результатов хирургического лечения осложненных пилородуоденальных язв заключаются прежде всего, в более широком применении органосохраняющих операций в сочетании с ваготомией. После их вмешательств летальность ниже и меньше послеоперационных осложнений.

Цель исследования. Клиническая оценка эффективности применения региональной лимфатической терапии в профилактике и лечении осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы. В 2008–2012 гг. в отделении экстренной медицинской помощи (ОЭМП) Мархаматского районного медицинского объединения (РМО) на лечении находились 40 больных с перфоративными пилородуоденальными язвами. Мужчин было 35 (86,6%), женщин 5 (13,4 %). 1,2% от числа всех госпитализированных в стационар больных. Средний возраст больных – 35 лет. В сроки до 6 часов поступили – 20 больных, в течение 24 часов – 15, спустя 24–5. Основной операцией было иссечение перфоративной язвы с последующей пилородуоденопластикой по Джадд-Танаке со стволовой ваготомией (25 больных).

Мы считаем, что данная операция является самым оптимальным вмешательством в хирургическом лечении прободных пилородуоденальных язв у больных с местным или диффузным перитонитом с давностью заболевания до 24 часов. Ушивание прободной язвы было выполнено у 10 больных, в основном у пожилых с сопутствующими заболеваниями, а также у больных с разлитым перитонитом давностью свыше 24 часов.

Результаты. Учитывая высокую вероятность развития выраженных микролимфоциркуляторных расстройств в ранние сроки после операции на органах брюшной полости, создающих условия для развития таких осложнений, как недостаточность швов, парез кишечника, послеоперационный панкреатит, нами у 25 больных основной группы после иссечения язвы по Джадд-Танаке и стволовой ваготомии была применена региональная лимфатическая терапия через круглую связку печени. В контрольную группу вошли 15 больных, у которых послеоперационный период вёлся традиционно. Сопоставление результатов лечения в сравниваемых группах осуществлялись на основании наблюдений за течением послеоперационного периода, анализа послеоперационных осложнений, изучения экзокринной функции поджелудочной железы, а также исследования моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. У больных контрольной группы самым частым осложнением были гастроплегия (5), диарея различной степени тяжести (3) и нарушение моторно-эвакуаторной функции ЖКТ в виде пареза. Моторно-эвакуаторные нарушения отмечались почти у всех больных контрольной группы, что потребовало проведения специальных методов коррекции (в/в инфузия до 3–4 л жидкости, инъекция стимуляторов моторики ЖКТ, аспирация желудочного содержимого). Послеоперационный панкреатит легкой степени развился у 3 больных контрольной группы. У пациентов основной группы региональная лимфотропная терапия способствовала достоверному снижению частоты диареи и гастроплегии, обеспечивая более благоприятное течение послеоперационного периода: из 25 больных основной группы диарея отмечалась у 1, гастроплегия у 2, нарушение моторно-эвакуаторной функции ЖКТ – у 8. Восстановление перистальтики кишечника и самостоятельное отхождение газов начиналось через двое суток после операции, тогда как в контрольной группе восстановление моторики отмечалось на 4–5 сутки после операции. Послеоперационного панкреатита у пациентов основной группы не наблюдалось.

Таким образом, применение региональной лимфатической терапии через круглую связку печени в раннем послеоперационном периоде обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода, раннее восстановление моторики желудочно-кишечного тракта, снижает частоту гастроплегии, диареи, послеоперационного панкреатита.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Эминов Б. Ж., Эшонкулов А., Мамажонов Н. Н.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Сочетанные повреждения органов грудной и брюшной полости у детей составляют 35–40% от общего количества повреждений.

Цель работы. Изучение эффективности интенсивной терапии при сочетанных повреждениях органов грудной и брюшной полости у детей.

Нами были проанализированы результаты лечения 59 детей с повреждениями грудной и брюшной полости, находившихся на лечении в 2008–2012 гг. Мальчиков было 39 (66%), девочек – 20 (34%).

Разрыв селезенки установлен у 2 (3,4%) детей, печени – у 4 (6,8%), тонкой кишки – у 5 (8,5%), толстой кишки – у 2 (3,4%), брюшины, сальника и брыжейки – у 6 (10,2%), почки – у 4 (6,8%). Ранение передней брюшной стенки было у 2 (3,4%) детей, разрыв диафрагмы – у 1 (1,7%) перелом ребер с ушибом лёгкого – у 8 (13,6%), разрывы лёгких - у 6 (10,2%) кровотечение из лёгких и плевральной полости – у 7 (11,9%).

Сочетанное повреждение органов грудной клетки и брюшной полости имело место у 12 (20,3%) детей. Дети поступали в стационар в сроки от 30 минут до 4 часов с момента травмы с явлениями выраженного травматического шока и с нарушением гемодинамики. Лёгочное плевральное и внутрибрюшное кровотечение являются абсолютными показаниями к проведению инфузионно-трансфузионной терапии.

При повреждениях грудной клетки травма сопровождалась внутриплевральным кровотечением, источником которого были разрывы легочной ткани, повреждения межреберных вен и сосудов корня лёгкого.

Давление в легочной артерии у детей 5 раз ниже системного, что облегчает самостоятельный гемостаз. В то же время беспокойства, кашель и увеличение давления в артериальной и венозной системе легкого препятствуют остановке кровотечения.

При кровотечениях в плевральную полость кровь остается в жидком состоянии, смешиваясь с плевральной жидкостью. Такое кровоизлияние может быть обнаружено в ранние сроки путем перкуссии и рентгенографии. Разрывы легочной ткани у детей проявлялись кровохарканьем и гемопневмотороксом. Повреждение терминальных бронхов у 5 детей привело к развитию пневмоторокса.

При перкуторных, аускультативных и рентгенологических симптомах скопления жидкости в полости плевры производили плевральную пункцию, устанавливали дренаж. При продолжающемся кровотечении выполняли торакотомию. Во время операции дыхательные пути освобождали от крови, мокроты и восстанавливали анатомическую целостность легких, переливали кровь. У 5 больных произвели реинфузию излившейся крови.

При повреждениях органов брюшной полости скопление крови может отмечаться в области малого таза или в забрюшинном пространстве, при повреждениях полых органов часть крови заполняет их просвет. Диагностика внутрибрюшных кровотечений основана на клинических симптомах: выпячивание стенок живота в области скопления крови, повышение купола диафрагмы, притупление перкуторного звука. Если при травмах паренхиматозных органов при ранениях крупных сосудов кровопотеря достигает значительных величин и сопровождается геморрагическим шоком.

Особенностями повреждения органов брюшной полости у детей являются выраженный болевой синдром, спазм мышц передней брюшной стенки в области подреберной и эпигастрии.

Лечебные мероприятия, при поступлении пострадавшего в стационар заключаются в максимально полном и быстром восстановлении основных жизненно важных функций. Это прежде всего нормализация артериального давления и объема циркулирующей крови (ОЦК), показателей внешнего дыхания и газообмена, так как артериальная гипотония, гипоксия, гиперкапния относятся к вторичным повреждающим факторам усугубляющим состояние больного. Реанимационные мероприятия и средства, используемые в критических ситуациях: поддержание адекватной ИВЛ и оксигенации, инфузионная и трансфузионная терапия, восполнение ОЦК до уровня нормоволемии, устранение судорожных двигательных возбуждений нейровегетативной блокадой.

Таким образом, основная цель интенсивной терапии при повреждениях органов заключается в поддержании нарушенных жизненноважных функций и основных механизмов гомеостаза, создании условий для максимально полного восстановления функции органов.

ПРОЦЕССЫ ВСАСЫВАНИЯ УГЛЕВОДОВ У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Эшмуродов У.Н., Шодиев Б.М., Урокова Г.Р., Рузиев Ф.Т.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Изучение процессов всасывания углеводов в тонкой кишке у детей с пищевой аллергией с помощью теста с Д-ксилозой. Обследованы 30 детей в возрасте от 2,5 до 14 лет с длительностью заболевания от 1,5 до 8 лет, у которых пищевая аллергия была причинно-значимым фактором развития атопической бронхиальной астмы,дермореспираторного синдрома (сочетание бронхиальной астмы и диффузного дерматита),диффузного нейродермита,отека Квинке и крапивницы. У 27 детей имелась поливалентная, у 3-моновалентная сенсибилизация к пищевым аллергенам.Референтную группу составили 9 практически здоровых детей сопоставимого возраста.

Материал и методы. Материалом для исследования служили кровь и моча.Всасывательную способность тонкой кишки оценивали по концентрации Д-ксилозы (в мг %) в крови через 30 мин, 1 и 2 ч после ее перорального введения, а также по ее экскреции с мочой за 2 ч после нагрузки, за следующие 3 ч и всего за 5 ч (в % от велечины введенной дозы). Д-ксилозу давали детям из расчета 0,2 г на 1 кг массы тела.Во время проведения теста дети не получали ни пищи,ни лекарств.

Результаты и обсуждение. Наиболее выраженные изменения в содержании Д-ксилозы наблюдались в крови в первые 30 мин после нагрузки. Так,уровень ее у больных детей был в 1,5 раза ниже, чем у здоровых. У 23 из 30 детей уровень Д-ксилозы был ниже средних показателей контрольной группы, у 12 из них меньше нижней границы нормы, а у 4 Д-ксилоза даже не определялась.В последующие часы после нагрузки ее уровень в крови приближался к таковому у здоровых детей или незначительно превышал его. Низкий уровень Д-ксилозы во всех порциях крови зарегистрирован только у 11 обследованных. Экскреция Д-ксилозы с мочой у большинства детей с пищевой аллергией за первые 2 ч после нагрузки в среднем существенно не отличалась от таковой у здоровых, а за последующие 3 ч и в сумме за 5 ч была выше,чем у детей референтной группы (в 1,7 и 1,3 раза). Следует отметить, что, наряду с увиличением экскрецииД-ксилозы с мочой, к 3 часу наблюдалось некоторое повышение ее концентрации и в крови к этому периоду. Эти изменения, однако, не связаны с нарушением функции почек,поскольку у наблюдаемых нами детей она не была изменена.Полученные данные ,по-видимому, в большей мере свидетельствуют о некотором нарушении метаболизма ксилозы в печени,функция которой страдает у большинства детей с пищевой аллергией. Кроме того ,это может быть связано и с некотором усилением процессов всасывания в нижних отделах тонкой кишки, о чем свидетельствует увеличение уровня Д-ксилазы в крови через 2 ч после нагрузки.При анализе данных в зависимости от характера клинических проявлений пищевой аллергии наиболее существенные изменения уровня Д-ксилазы как в крови,так и в моче выявлены в группе детей,у которых пищевая аллергия была причинно-значимой в развитии диффузного нейродерматита и дермореспираторного синдрома. У них концентрация Д-ксилозы в крови и экскреция ее с мочой были значительно ниже нормальных значений. Такой выраженный синдром нарушения всасывания углеводов (мальабсорбция) наблюдался нами у 2 детей с тяжелым диффузным нейродермитом и у 2-с дермореспираторным синдромом. Указанные нарушения всасывательной функции слизистой оболочки тонкой кишки у детей с пищевой аллергией обусловлены, прежде всего, тканевой гипоксией, возникающей в ходе аллергического процесса в желудочно-кишечном тракте. Известно также, что в период развития аллергической реакции слизистая оболочка кишечника воспаляется, уплощение и исчезновение ворсинок щеточной каемки наблюдается уже через 48 часа после приема аллергенного продукта. Более значительная атрофия ворсинок щеточной каемки отмечается у больных дерматитами. Это согласуется с нашими данными, что синдром мальабсорбции более выражен у детей с диффузным нейродермитом. Кроме того, у детей с пишевой аллергией снижена амилолитическая активность поджелудочной и слюнных желез, что, естественно, задерживает полостное и мембранное пишеварение в верхних отделах тонкой кишки. В результате этого длительное пребывание сахаров в кишечнике приводит к ослаблению всасывательной деятельности резорбционного аппарата.

Заключение. Усиление всасывания углеводов в нижних отделах тонкой кишки, по-видимому, носит компенсаторный характер. Однако возможно и отрицательное его влияние на течение аллергического процесса, так как усиление всасывания не полностью гидролизованных пищевых продуктов может явиться причиной тяжелого течения заболевания.

ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ДЕТЕЙ

Юсупов А.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Обезболивание детей – актуальная и практически значимая проблема медицины, решение которой требует нестандартного подхода. Общий метаболический эффект гормональных изменений заключается в усилении процессов катаболизма с расходом субстратов энергии, а также возможной задержкой воды и электролитов. Критерием выраженности операционного стресса является уровень плазменной концентрации кортизола и глюкозы.

Цель исследования. Оценка выраженности операционного стресса с помощью определения уровня плазменной концентрации кортизола и глюкозы у детей.

Материал и методы. По наблюдением находились 74 пациента с абдоминальной патологией, которым в плановом порядке выполнялись оперативные вмешательства. В зависимости от методики используемого анестезиологического пособия больные разделены на 2 группы – контрольную составили 42 ребенка, у которых при проведении анестезиологического пособия использовали кетамин и оксибутират натрия. У 32 больных основной группы операции проводились в условиях комбинированного обезболивания путем сочетания эпидуральной анестезии и пропофола. Пациентам этой группы после стандартной премедикации однократно вводился кетамин 2 мг/кг. Установлен катетер в эпидуральное пространство на уровне Th7 – Th8, и вводился 1,3% раствор лидокаина в дозе 5 мг/кг. Операционно-анестезиологический риск по ASA оценивалась как II степень. Больным обеих групп проводилась ИВЛ.

Адекватность анестезии во время операции оценивали с помощью общепринятых клинических тестов и мониторинга ССС с определением АД, ЧСС, ЭКГ, SpO_2. Для оценки выраженности патофизиологических изменений в организме, индуцированных операционной травмой, определяли уровень концентрации маркеров эндокринно-метаболического ответа – глюкозы и кортизола.

Результаты и обсуждение. Исходные показатели кортизола у больных обеих групп находились в пределах нормальных величин. На II этапе операции, в наиболее травматичный момент хирургического вмешательства у больных контрольной группы, отмечалось достоверное увеличение уровня кортизола на 33,7% ($p<0,05$), что можно расценить как неадекватную нейровегетативную защиту от хирургической агрессии данным методом обезболивания, проявляющуюся гормональным кризом со стороны надпочечников. В основной группе концентрация кортизола на всех этапах исследования находилась в границах нормы. Незначительное увеличение уровня кортизола на 5,2% объяснялось симпатомиметическим действием кетамина на этапе индукции. Различия наблюдались в уровне гликемии в зависимости от вида анестезии. Так, у больных контрольной группы уровень глюкозы увеличивался на 26,5% ($p<0,05$), оставаясь выше верхней границы нормальных значений и на последующих этапах исследования. Гликемия на этапах исследования у больных основной группы подвергалась меньшим колебаниям – увеличение составляло всего 3,9% ($p<0,05$) и характеризовалась постепенным снижением концентрации глюкозы.

Выводы. Сравнительный анализ полученных результатов показал, что поэтапная динамика уровня кортизола в крови свидетельствует о весьма умеренной активации функции коры надпочечников и сохранении функциональной способности надпочечников. Исследование гликемии у больных основной группы выявило верхнюю границу нормальных значений, что связано с подавлением гликемического ответа на хирургическое вмешательство без превышения уровня адаптивных физиологических реакций.

V. КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ И ГЕМОСТАЗ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ НАСТОЕМ ЛАГОХИЛУСА

Курбонов Ш.Ж.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Учет особенностей ангиоархитектоники самой интактной ткани предстательной железы, аденоматозных узлов и их хирургической капсулы зачастую способствует правильному планированию профилактики кровотечения (Агоян А.М., 1961; Голощапов Е.Т., 1978; Lhez A., 1972). С первых суток после аденомэктомии у большинства больных выявляется вторая стадия ДВС – синдрома (Nickel J., 2003). В последнее время в связи с увлечением малоинвазивными методами лечения и технологий почти забыты гемостатические растительные препараты при традиционной (открытой) аденомэктомии, к которой более чем в половине случаев приходится прибегать в практической урологии (Лопаткин Н.А., 2009; Тиктинский О.Л., 2006; Ханно Ф.М. и др., 2006; Nickely., 2003; Roberts R., Lieber M., 1999).

Цель работы. Повышение эффективности гемостаза после чреспузырной АЭП при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и оценка преимуществ местной обработки ложа лагохилусом опьяняющим.

В исследование включены 48 больных с тяжелой симптоматикой инфравезикальной обструкции, которым в дальнейшем было показано открытое оперативное вмешательство с различными способами гемостаза. У всех больных после одного или двукратного прилежения к ложу турунды, смоченной настоем лагохилуса, был достигнут полный гемостаз. Для отмывания фибринолитических ферментов с раневой поверхности ложа в течение 5-6 дней продолжалось непрерывное орошение полости мочевого пузыря. Во время операции и в послеоперационном периоде ни у одного больного значительного кровотечения, требующего повторной попытки гемостаза, не отмечалось. Дренажные трубки удаляли на 8-10 сутки, и больные с первичным натяжением послеоперационной раны на 8-12 сутки выписывались на амбулаторное наблюдение.

Показатели красной крови до, во время и после операции аденомэктомии выглядели следующим образом. Нв до операции 112,4±2,8 г/л, во время операции 94,6±2,4г/л, после операции 88,6±1,8 г/л. Эритроциты до операции 4,2±0,6х10^{12}, во время операции 3,8±0,8 х10^{12}, после операции 4,0±0,8 х10^{12}. Цветной показатель до операции 0,90±0,8, во время операции 0,82±0,6, после операции 0,78±0,4. Гематокритное число до операции 44,1±0,4%, во время операции 36,2±0,6%, после операции 34,4±0,2%.

Все указанные показатели при использовании настоя лагохилуса претерпевают незначительные сдвиги, и вскоре они восстанавливаются до исходных в послеоперационном периоде (в течение 3 сут.).

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, НА ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ АФРНЦЭМП

Маматкулов У.Э.

Андижанский филиал РНЦЭМП

За последние годы в мире отмечается значительный рост уровня травматизма. При этом в структуре травм, удельный вес повреждений конечностей занимает значительное место, и достигает 20–22%, а в последствии постоянная инвалидность у данной категорий больных равняется 10–12%.

Очевидно, что проблема вышла за рамки медицинской, приобретая остросоциальный, демографический и экономический характер. Это связано с развитием урбанизации городов, развитием транспортной инфраструктуры, промышленного производства, а также локальных военных конфликтов.. В настоящее время при оказании экстренной медицинской помощи все чаще приходится иметь дело с множественными, сочетанными и комбинированными поражениями конечностей. И в этом плане наше отделение приобрело определенный опыт.

Материал и методы. За период с 2004 по 2012 гг. в торако-сосудистое отделение АФРНЦЭМП по поводу травм конечностей госпитализирован 5341 больной. Средний возраст 31,3 года, из них 82% больных трудоспособного возраста 21–60 лет. Мужчин 3975 (74,4%), женщин 1366 (25,6%).

Изолированные повреждения сухожилий отмечены у 1012 (18,9%), изолированные повреждения нервов – у 324 (6%), изолированные повреждения сосудов – у 370 (6,9%), кожно-мягкотканый дефект – у 976 (18,2%). Остальные больные имели комбинированные повреждения структур – 2659 (49,7%).

В 2004-2007 гг., в период рутинного хирургического пособия, в условиях недавно сформировавшегося торако-сосудистого отделения разрабатывали методику микрохирургической помощи. При оказании помощи больным с изолированными и множественными травмами конечностей с повреждением структур (нервы, сухожилия, сосуды, кости) прибегали к помощи других специалистов – травматологов, нейрохирургов и комбустиологов. Это занимало определенное время для согласованного вмешательства специалистов, а также совместного послеоперационного ведения, что отражалось на результатах лечения больных. Вырабатывали практические рекомендации внедрения

микрохирургической техники в процесс оказания микрохирургической помощи. Но зачастую при этих операциях использовалась традиционная хирургическая техника.

За этот период с травмами конечностей с повреждением структур (нервы, сухожилия, сосуды, кости) лечились 2232 больных, в т.ч. с изолированными повреждениями сухожилий – 312, изолированными повреждениями нервов – 217, изолированными повреждения сосудов – 283, кожно-мягкоткаными повреждения – 321, комбинированными повреждения ми структур – 1059. Степень восстановления функции конечностей оценивали на госпитальном этапе, а также через 2, 4 и 6 месяцев после операции.

Ранние послеоперационные осложнения: отек конечностей в сроки от 10 до 12 дней наблюдались у 953, боль от 5 до 1 месяца – у 847, краевой некроз раны – у 160, нагноение – у 124, разрыв сухожилия в раннем послеоперационном периоде – у 99, аррозивное кровотечение – у 18, туннельный синдром – у 36, тромбоз анастомоза – у 151, остеомиелит – у 12. Поздние послеоперационные осложнения: сгибательные и разгибательные контрактуры – 193, невромы с наличием нейротрофических язв на конечности – 130, атрофия конечности – 52, хроническая ишемия конечности – 22, лимфостаз – 16.

С 2008 по 2012 гг. – период протокольной микрохирургической помощи – приобретя определенный опыт, а также пройдя усовершенствование в РНЦЭМП, врачи торако-сосудистого отделения овладели определенными микрохирургическими навыками оперативного вмешательства на поврежденных структурах конечностей без участия других специалистов, и самостоятельно вели больных. Все это способствовало внедрению микрохирургического подхода с использованием операционной оптики, атравматического шовного материала и прецизионной техники при операциях с повреждением структур конечностей. Налажен тесный контакт с отделениями микрохирургии РНЦЭМП и РСЦХ им. акад. В.Вахидова. В этот период больных с травмами конечностей с повреждением структур (нервы, сухожилия, сосуды, кости) было 3109: изолированные повреждения сухожилий – 478, изолированные повреждения нервов – 341, изолированные повреждения сосудов – 321, кожно-мягкотканые повреждения – 601, комбинированные повреждения структур – 1368. Степень восстановления функции конечностей оценивали на госпитальном этапе, а также через 2, 4 и 6 месяцев после операции.

Ранние послеоперационные осложнения: отек конечностей в сроки от 10 до 12 дней наблюдались у 327, боль от 5 до 1 месяца – у 130, краевой некроз раны – у 12, нагноение – у 17, разрыв сухожилия в раннем послеоперационном периоде – у 13, тромбоз анастомоза – у 28.

Поздние послеоперационные осложнения: сгибательные и разгибательные контрактуры – 24, невромы с наличием нейротрофических язв на конечности – 22, атрофия конечности – 2.

Анализ двух периодов показал явное снижение осложнений, как в раннем, так и в позднем послеоперационном периодах.

Таким образом, внедрение в клиническую практику восстановительных операции с применением операционной оптики, атравматического шовного материала и прецизионной техники позволило улучшить исходы лечения больных с травматическими повреждениями структур конечностей и сократить сроки пребывания их в стационаре, уменьшить сроки восстановления трудоспособности.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Нахалбоев Р.Т.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Острый холецистит является одним из распространенных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и в последние десятилетия наблюдается неуклонный рост числа больных острым воспалением желчного пузыря и его осложнениями (Брискин Б.С. и соавт., 2008). Послеоперационная летальность при остром холецистите остается высокой, составляя 1,5-12%, а у больных пожилого возраста достигает 15-25% (Никонов П.В. и соавт., 2008; Бебуришвили А.Г., 2003; Глушков Р.И. и соавт., 2006).

Несмотря на большие успехи эндовидеоскопической хирургии в лечении острого холецистита существует точка зрения, что некоторые формы острого воспаления желчного пузыря, а также пожилой и старческий возраст пациентов с массой сопутствующей патологией являются противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

Данным сообщением мы хотели бы представить наш опыт выполнения экстренной ЛХЭ у больных с острым деструктивным холециститом. Анализированы результаты лечения 1263 больных острым холециститом, находившихся на лечении в хирургической клинике Джизакского филиала РНЦЭМП с 2008 по 2012 годы в возрасте от 26 до 82 лет. При этом 580 (45,9%) пациентов были в возрасте старше 60 лет. Среди пациентов преобладали женщины – 911 (72,1%), мужчин было 352 (27,9%).

Все больные были разделены на две группы. ЛХЭ всего проведено у 50 (4,0%) пациентов с клиникой острого калькулезного холецистита, среди которых деструктивные формы заболевания (флегмонозный, гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат или абсцесс) отмечены у 20 больных (40,0%) и они составили основную группу исследования. Традиционная холецистэктомия выполнена у 615 (48,7%) больных с острым холециститом, среди которых деструктивный холецистит отмечен у 461 (75,0%) пациентов и они составили контрольную группу исследования.

В основной группе пациентов флегмонозный холецистит или эмпиема желчного пузыря диагностированы у 13 (65,0 %) больных, гангренозный холецистит – у

6 (30,0%) пациентов, в одном случае был обнаружен паравезикальный инфильтрат. Продолжительность ЛХЭ варьировала от 39 до 103 минут. В среднем она составила 58,4±2,8 минут.

При возникновении трудностей визуализации пузырного протока после пробной диссекции в области треугольника Кало, при обнаружении широкого пузырного протока, при наличии крупных конкрементов в области кармана Гартмана и его сращения с гепатикохоледохом при прибегали к ЛХЭ от дна проведена – у 3 (15,0%) пациентов. При наличии выраженных рубцовых сращений между печенью и желчным пузырем, а также выраженного адгезивного процесса в области треугольника Кало считаем допустимым выполнение субтотальной ЛХЭ, что выполнено в одном случае.

В наших наблюдениях частота конверсии составила 5,0% (1 случай), причиной которой стало наличие выраженного паравезикального инфильтрата. Случаев ятрогенного повреждения элементов печеночно-двенадцатиперстной связки не было. Имело место один случай десерозирования тонкой кишки, куда была подведена дополнительная дренажная трубка. В последующем у этой пациентки признаков кишечного свища мы не отмечали. В раннем послеоперационном периоде нагноение троакарной раны отмечено у 1 пациента и еще в одном случае мы наблюдали развитие подпеченочного абсцесса. Последний удалось успешно отдренировать путем дислокации подпеченочного дренажа. В группе больных, подвергнутых ЛХЭ по поводу деструктивных форм острого холецистита, летальных исходов не было.

В группе больных, подвергнутых традиционной холецистэктомии по поводу осложненных форм острого холецистита, средняя продолжительность хирургического вмешательства составила 78,6±3,1 мин. (при ЛХЭ – 58,4±2,8, $p<0,05$); частота осложнений составила 9,1% (при ЛХЭ – 10,0%, $p>0,05$), показатель послеоперационной летальности – 0,4% (после ЛХЭ – 0%).

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия при остром деструктивном холецистите является выполнимым и относительно безопасным эндовидеохирургическим вмешательством.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА У ДЕТЕЙ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Саидов Ф.Х.

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей**

Нарушение регулярных опорожнений кишечника – хронические запоры, или хронические колостазы – является одним из часто встречающихся симптомов в гастроэнтерологической практике.До настоящего времени хронические запоры остаются актуальной, социально значимой проблемой.Частота запоров составляет 5-10% среди всего детского населения.

Цель исследования. Улучшение диагностики и тактики лечения детей с осложненными формами хронического колостаза.

Материал и методы. В отделении неотложной хирургии детского возраста Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2006 г. по настоящие время на лечении находились 77 детей с различной патологии толстой кишки, в анамнезе все дети страдали хроническими запорами. Мальчиков было 46 (59,7%), девочек – 31 (40,3%), возраст от 1 года до 14 лет. Наибольшее число пациентов были в возрасте от 3 до 14 лет – 56 (72,7%). Все пациенты поступили с клиникой острого живота: острый аппендицит – 46 (59,7%), острая кишечная непроходимость – 28 (36,4%), перфорация толстой кишки и перитонит – 1 (1,3%), болевой абдоминальный синдром – 2 (2,6%). В анамнезе все пациенты отмечали боли и вздутие живота, отсутствие самостоятельного стула.

Больных обследовали согласно стандартам: клинический и проктологический осмотр, лабораторные исследования, фиброколоноскопия, определение пассажа контрастной массы по пищеварительному тракту, ирригоскопия, УЗИ, МСКТ-исследование толстой кишки, исследование кишечной микрофлоры, сократительной функции анальных мышц.

У 36 (46,8%) детей диагностирована долихосигма, у 15 (19,5%) – долихоколон или долихомегаколон, у 14 (18,2%) – болезнь Гиршпрунга, у 1 (1,3%) – врожденное сужение анального канала, у 1 (1,3%) – синдром Пайра, у 10 (13%) – функциональные запоры.

Результаты. У 27 (35%) больных произведено оперативное вмешательство. 1 (3,7%) больному выполнена субтотальная колэктомия с выведением одноствольной асцендостомы по поводу болезни Гиршпрунга, осложненной перфорацией толстой кишки и разлитым каловым перитонитом; 11 (40,7%) – брюшно-промежностная проктопластика по Свенсону-Хиату-Исакову, 1 (3,7%) брюшно-промежностная проктопластика по Соаве в модификации Валео по поводу Болезни Гиршпрунга; левосторонняя гемиколэктомия произведена 5 (18,5%) больным; резекция сигмовидной кишки по поводу заворота сигмы при долихосигмы– 5 (18,5%), анопластика – 1 (3,7%), субтотальная колэктомия – 3 (11,1%) по поводу частичной кишечной непроходимости на фоне долихомегаколона.

В раннем послеоперационном периоде осложнений со стороны брюшной полости не было. В позднем послеоперационном периоде через 6 месяцев у 2 (7,4%) больных с болезнью Гиршпрунга наблюдался стеноз межкишечного анастомоза, у 1 (3,7%) через год после операции была клиника спаечной кишечной непроходимости, которая разрешена консервативным путем. Хорошие результаты в отдаленном периоде получены у 13 (48,1%) больных, удовлетворительные результаты – у остальных 11 (40,7%).

У 50(64,9%) детей клинику острой кишечной непроходимости или кишечной колики удалось разрешить консервативным путем. Дети были выписаны на дальнейшее лечение в плановом порядкеу хирурга и гастроэнтеролога в зависимости от тяжести и компенса-

ции хронического колостаза.

Необходимо отметить, что до обращения в Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи ни у одного ребенка не было диагностировано заболевание толстой кишки. От нескольких месяцев до нескольких лет они наблюдались в поликлиниках у гастроэнтеролога, принимали слабительные средства, применяли очистительные клизмы.

Вывод. В детской хирургии вопрос лечения хронического колостаза остается решённым. Не разработаны четкие показания к оперативному лечению, не выбран оптимальный метод оперативного лечения, позволяющий исключить неудовлетворительные результаты. Поэтому в хирургические стационары чаще попадают дети с осложненными формами заболевания.

ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ТРАВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Сойибов И.Э.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения и диагностики очаговых травм головного мозга у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Под наблюдением были 124 больных в возрасте от 18 до 82 лет, госпитализированных в Республиканский научный центр нейрохирургии в 2008 – 2012 гг., с очаговыми повреждениями головного мозга. С учетом классификации ВОЗ все больные по возрасту разделены на 2 группы: 1-я группа (основная) – 57 больных в возрасте от 60 до 82 лет. 2-я группа (контрольная) – 67 больных в возрасте от 18 до 59 лет. Для исключения влияния взаимного отягощения были отобраны больные только с внутримозговыми повреждениями. Всем больным проведены клинико-неврологическое, нейроофтальмологическое, нейрофизиологическое (транскраниальная допплерография) и КТ (МРТ) обследование.

Результаты. У больных основной группы – 20 (31,1%) – имелись ушибы I степени без кровоизлияния в мозговую ткань, у 20 (30%) пациентов контрольной группы – внутримозговые гематомы. Внутрижелудочковое кровоизлияние у лиц пожилого и старческого возраста встречалось редко (4 и 7%), что объясняется увеличением объема желудочков и склерозом сосудистого сплетения. 52 (91,2%) больных пожилого и старческого возраста поступили в ясном сознании, только у 5 имелось нарушение сознание в виде оглушения. Средний уровень сознания у больных среднего возраста при поступлении по шкале ШКГ оценен в 10,2 балла. После проведения лечебных мероприятий сознание у основной части больных прояснилось до умеренного оглушения. У 49 (85,9%) больных основной группы на 3–4 сутки после госпитализации, напротив, отмечалось ухудшение состояния и углубление сознания до комы I степени. При неврологическом обследовании у 112 пациентов общемозговые симптомы определялись в виде головной боли, тошноты, рвоты, головокружения которые в двух группах встречались с одинаковой частотой. Психические нарушения – амнестическая спутанность, спутанность с психомоторным возбуждением, спутанность с речевыми нарушениями выявлена – у 30 (52,6%) больных основной группы, тогда как среди больных среднего возраста различные признаки психических нарушений наблюдались только у 10(14,9%). Очаговые симптомы – пирамидная недостаточность, речевые нарушения, подкорковый синдром, координаторные нарушения – выявлены соответственно у 12 (21%) и 16 (23,9%) пациентов. Дислокационные симптомы – анизокория с контралатеральной гемисимптоматикой, парез взора вверх – диагностированы только у 2 (3,5%) больных пожилого и старческого возраста, которые поступили в стационар в тяжелом коматозном состоянии. Анализ симптомов выявил у этих больных более редкую встречаемость дислокационных симптомов по сравнению с общемозговыми и психическими нарушениями.

Заключение. Травматические очаговые повреждения головного мозга у лиц пожилого и старческого возраста относится к тяжелым травмам центральной системы. Этому способствует не только травмирующий фактор и его воздействие на мозговую ткань, но и вторичные нарушения мозгового кровообращения вокруг патологического очага вследствие первичного атеросклеротического поражения сосудов головного мозга.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ЭКСТРЕННЫХ СИТУАЦИЯХ

Хамидов Ф.Г.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Эндоскопические пособия при мочекаменной болезни (МКБ) до настоящего времени являются наиболее сложной проблемой практической урологии, особенно в неотложных состояниях. Особые технические трудности возникают при оказании эндоурологической помощи по поводу камней почек и мочеточников с обеих сторон.

Цель работы. Изучение особенностей эндоурологической диагностики и лечения камней почек и мочевыводящих путей, при неотложных ситуациях.

Несмотря на кажущуюся простоту и сравнительно малую травматичность эндоскопических методов диагностики, при их применении возможны осложнения, поэтому необходимо неукоснительно придерживаться показаний к использованию этих методов, что очень важно для профилактики ошибок и осложнений (Wal-

ther P.C. et al., 1980). В экстренных случаях часто требуется проведение срочного эндоскопического исследования или манипуляции.

Диапазон лечебных мероприятий, которые с помощью современных эндоскопов можно производить даже в неотложных условиях, широк: ирригационная электрорезекция с помощью электрорезектоскопов при опухолях уретры, внутренняя уретротомия при коротких стриктурах уретры, электрорезекция шейки мочевого пузыря при болезни Мариона, ТУР простаты, цистолитотрипсия, эндоскопические методы при камнях мочеточника (Лопаткин Н.А., Симонов В.Я., 1981; Лопаткин Н.А. и др., 1982; Gotinger H., Schmidet E., 1979; Kitawura K. et al., 1980; Walther P.C. et al., 1980). Со времени внедрения в Узбекистане в лечении больных МКБ эндоскопической техники прошло более 40 лет. В специализированном центре урологии (РСЦУ) успешно выполнены несколько тысяч операций по удалению камней из мочевых путей эндоскопическим путем.

В то же время, как верно отмечают Ф.А Акилов и соавт. (2011), результативность и эффективность малоинвазивных эндоурологических перкутанных вмешательств определяется степенью освоенности указанных технологий и достоверно выше на этапе расширенного внедрения и использования методик в качестве рутинных, нежели на этапе их освоения.

В эндоурологическом кабинете Самаркандской городской больницы в 2010-2012 гг. проведена цистоскопия у 1107 пациентов, уретероскопия – у 89, катетеризация мочеточника – у 185, цистолитотрипсия – у 67, уретеролитоэкстракция – у 56, уретролитоэкстракция – у 24, цистолитоэкстракция – у 52. Из осложнений уретральная лихорадка наблюдалась у 6 больных, гематурия – у 12, уретрорагия – у 12, отрыв конца катетера – у 1.

В кабинете «Уроликс» Самаркандского филиала РНЦЭМП за такой же период цистоскопии выполнены у 915 пациентов, уретероскопия – у 70, катетеризация мочеточника – у 179, литотрипсия – у 44, уретеролитоэкстракция – у 29, уретролитоэкстракция – у 15, цистолитоэкстракция – у 44. Уретральная лихорадка наблюдалась у 6 больных, гематурия – у 14, уретрорагия – у 11.

Применение по показаниям соответствующих методов исследования и лечения у больных уролитиазом в экстренных ситуациях является залогом успешной медицинской помощи.

СПОСОБ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЭКСТРЕННОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СПИРТОВОЙ НАСТОЙКОЙ ЛАГОХИЛУСА

Эшбеков М.А.

Самаркандский медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

В последнее время, при аденомэктомии простаты (АЭП) применяются фармакологические способы гемостаза, основанные на обработке ложа гемостатическими препаратами с непрерывным гидравлическим отмыванием его от фибринолитических энзимов и с ориентацией на физиологическое сокращение шейки мочевого пузыря. Многие химические гемостатические препараты (перекись водорода, спирт, формалин) оказывают отрицательное воздействие на раневую поверхность ложа аденомы (прижигание, дубирование, некротизирование). Разработанные в последние годы биологические средства (типа Тахокомб и др.), хотя и более надежные, но дороги и поэтому зачастую недоступны. Более эффективной может оказаться обработка ложа аденомы спиртовой настойкой лагохилуса.

Для гемостаза после АЭП мы применяли настой лагохилуса из местного сырья-растения Lagochilus Bge, произрастающегося в Узбекистане и являющегося сильным гемостатическим средством растительного происхождения.

Техника операции и способ гемостаза этим препаратом заключается в следующем: вскрываются мочевой пузырь и поддев простату через прямую кишку, бережно, не повреждая хирургическую капсулу вылущивают аденоматозные узлы простаты. Ложе сразу туго тампонируют стерильной марлевой турундой на 2-3 минут. Турунда удаляют, а ложу сразу же заполняют другой турундой обильно пропитанной настоем лагохилуса, которую слегка прижимают к ране, а через 5-6 мин и удаляют.

Эту процедуру можно повторить еще 2-3 раза, до полной остановки кровотечения. Обычно гемостаз наступает после первой или второй процедуры. Тогда через уретру проводятся две полихлорвиниловые трубки (узкая-приводящая, широкая-отводящая), и послеоперационную рану ушивают с налаживанием непрерывного промывания полости мочевого пузыря дезинфицирующим раствором. К этому раствору мы добавляем также 10% настой лагохилуса из расчета 1000 мл раствора + 100 мл 10% настоя. Если после неоднократной обработки ложа лагохилусом кровотечение не прекращается, можно прибегнуть к какому-либо механическому способу гемостаза (съемные швы, ушивание, тампонирование).

Описанным способом нами были оперированы 54 больных. У всех больных после одно-или двукратного приложения к ложу турунды, смоченной настоем лагохилуса, был достигнут полный гемостаз. Для отмывания фибринолитических ферментов с раневой поверхности ложа в течение 5-6 дней продолжалось непрерывное орошение полости мочевого пузыря. Во время операции и в послеоперационном периоде ни у одного больного значительного кровотечения, требующего повторной попытки гемостаза, не отмечалось.

Дренажные трубки удаляли на 8-10 сутки, и больные с первичным натяжением послеоперационной раны на 8-12 сутки выписывались на амбулаторное наблюдение.

Полученные результаты свидетельствуют о надежном местном гемостатическом свойстве 10% спиртовой настойки лагохилуса (зайцегуба) опьяняющего при открытой аденомэктомии простаты. При этом наблюдалось естественное сокращение и формирование шейки мочевого пузыря после операции.

СОДЕРЖАНИЕ

I. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ, РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Организация оказания неотложной медицинской помощи при критических состояниях в Системе экстренной медицины Узбекистана
Хаджибаев А.М., Сабиров Д.М., Акалаев Р.Н., Шукуров Б.И. 5

Некоторые аспекты развития медицинского образования специалистов скорой медицинской помощи в Российской Федерации
Багненко С.Ф., Миннуллин И.П., Мирошниченко А.Г., Разумный Н.В. 7

Современные подходы к транспортировке пациентов с политравмой в остром периоде
Аббосхонов Г.Х., Ахмедов У.К., Гофуров А.К. 8

Эндолюмбальное введение морфина для снятии послеоперационного болевого синдрома при обширных торакальных операциях в условиях ФФРНЦЭМ
Аббосхонов Г.Х., Усмонов Х.А., Турдиев М.А. 9

Оказание специализированной помощи больным с опухолями головного мозга в центре экстренной медицинской помощи
Агзамов М.К., Агзамов И.М., Тошпулатов Ш.П. 9

Влияние различных режимов искусственной вентиляции легких на развитие острого повреждения легких у больных с тяжелой сочетанной травмой
Акалаев Р.Н., Сабиров Д.М., Росстальная А.Л., Дадаев Х.Х. 10

Эффективность комбинированного применения продлённой эпидуральной аналгезии с постоянной инфузией НПВС после расширенных операций на пищеводе
Арифжанов А.Ш., Назырова Л.А., Ибадов Р.А. 10

Организация мониторинга системы гемокоагуляции у пациентов отделений реаниматологии и интенсивной терапии крупного многопрофильного стационара
Афончиков В.С., Девотченко А.В., Петрова А.А., Побережнюк Е.А. 11

Анализ структуры и путей поступления больных с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями
Батырбаев Э.А., Бахранов У.Ш., Тошев О.Б., Ходжаев М.Ю. 12

Особенности проведения длительной ИВЛ при тяжелых черепно-мозговых травмах, осложненных аспирационным синдромом
Джураев И.Б., Маликов Ю.Р., Рахманов Б.А., Пармонов С.Т. 12

Модифицированный метод перкутанной дилатационной трахеостомии у больных, находящихся на пролонгированной искусственной вентиляции лёгких
Ибадов Р.А., Арифжанов А.Ш., Стрижков Н.А. 13

Профилактика осложнений искусственной вентиляции легких в отделении реанимации и интенсивной терапии
Кутыбаева Г.М., Абдикаримова Г.К., Керуенов О.О. 14

Особенности противошоковой терапии при язвенной болезни, осложненной кровотечением и геморрагическом шоком, с позиции реаниматолога
Маликов Ю.Р., Джумаев Ф.Ф., Сафаров Н.Н. 14

Проблемы врача санитарной авиации
Махмудов О.О., Ташланов М.М. 15

Применение ранней ИВЛ для профилактики синдрома шокового легкого в условиях Ферганского филиала РНЦЭМП
Махмудов Х.А., Гофуров А.К., Юсубжонов П.Ю. 16

Применение эндобронхиальной вентиляций в торакальной хирургии
Махмудов Х.А., Аббосхонов Г.Х.,Гофуров А.К. 16

Медицинская сортировка в стационарном отделении скорой медицинской помощи многопрофильного стационара
Мирошниченко А.Г., Миннуллин И.П., Алимов Р.Р. 17

Анестезиологическое обеспечение при внутрибрюшной гипертензии
Моминжанов Р.М., Нурмухамедов Х.К., Боймирзаев К.Х., Бобониязов К.К. 18

Приближение специализированной анестезиолого-реанимационной помощи к тяжелопораженным как неиспользованный резерв снижения летальности при катастрофах на угольных шахтах
Муллов А.Б., Галеев И.К. 19

Преимущества кетофоловой анестезии при многоцелевой ригидной бронхоскопии
Мухитдинова М.К., Пахмурин И.Р., Нуралиева М.С. 20

Сочетанная анестезия в офтальмохирургии
Нечаев В.В., Овезов А.М., Прокошев П.В., Луговой А.В. 21

Применение респираторной поддержки в послеоперационном периоде у больных с патологией дыхательной системы
Нурматов Э.Э., Заманов Ю.Р. 22

Принципы церебропротекции в современной анестезиологии
Овезов А.М., Лобов М.А., Луговой А.В., Брагина С.В., Пантелеева М.В., Князев А.В., Прокошев П.В., Анипченко Н.Н., Губкин И.М., Фрюкина М.С. 22

Кетофоловая анестезия у экстренных больных с высоким коронарным риском при операциях на желчевыводящих путях
Пахмурин И.Р., Ходжиматов Г.М., Асранов Ш.Я., Юлдашев У.Т. 23

Парентеральное и энтеральное питание в снижении послеоперационных осложнений при гнойной септической патологии в колопроктологии
Пирумян А.Ж., Скобло М.Л., Погосян А.А., Бескубский В.А., Ефросинина И.В. 24

Метаболическая реанимация у больных, перенесших массивную кровопотерю, осложнившуюся острым поражением легких
Погосян А.А., Скобло М.Л., Ефросинина И.В., Камчаткина Т.И., Касьянов Е.В. 25

Дефибрилляция желудочков сердца: связь между видом биполярного импульса и эффективной энергией первого разряда
Раимжанов А.А., Туйчиев А. Х., Ахмадалиев Б.К., Акбарова М.А. 25

Первые результаты работы палаты пробуждения в РНЦЭМП
Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Резонтова Е.Ю., Жусупова Д.Р. 26

Палата пробуждения как фактор повышения анестезиологической активности и пропускной способности операционных
Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Каримов Х.М. 27

Сравнительная характеристика интра- и послеоперационных интраплевральной и паравертебральной блокад при торакальных хирургических вмешательствах
Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Махмудов М.А. 28

Катетеризация внутренней яремной вены под контролем УЗИ
Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Фокин И.В. 29

Первый опыт применения двусторонней блокады влагалища прямой мышцы живота под УЗИ контролем
Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Фокин И.В. 29

Послеоперационное обезболивание при

мультимодальном подходе к периоперационному анестезиологическому обеспечению экстренных травматологических операций
Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Махмудов М.А. 30

Показатели гемодинамики при мультимодальном подходе к анестезиологическому обеспечению и традиционной анестезии при экстренных травматологических операциях
Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Махмудов М.А. 31

Особенности терапии симпатомиметиками во время межбольничной транспортировки реанимационных больных
Сергеев И.Э., Кочергин В.Г., Ягубян Р.С., Свиридов С.В. 31

Медико-экономические стандарты в лечении больных реанимационного профиля
Теплов В.М., Шах Б.Н., Афончиков В.С., Смирнов Д.Б. 32

Организация работы отделения хирургической реанимации многопрофильного стационара, оказывающего экстренную медицинскую помощь
Теплов В.М., Шах Б.Н., Смирнов Д.Б., Комедев С.С. 33

Респираторная поддержка у больных с ушибом легких
Фаттоев Н.Б., Карпина Л.С. 34

Принципы тактических решений при оказании экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе
Фозилова М.Ф., Уринов Б.А. 34

Современные аспекты применения интенсивной терапии при политравмах на догоспитальном этапе
Фозилова М.Ф., Уринов Б.А. 35

Современные принципы интенсивной терапии и реанимации тяжелообожженных
Ходжакулов Ч.Р., Темиров Ф.О., Хамидов В., Хамдамов У.Р. 36

Выбор метода анестезии у больных с позвоночно-спинальной травмой
Шаматов А.Ш. 37

Шошилинч ҳолатларда ўмров ости венасини пункцион катетерлаш усулига доир
Эшонов О.Ш., Жамолов М.М., Хусенов А.А. 37

Роль неинвазивной вентиляции легких в комплексном лечении у больных с ушиб-пневмонией
Юлдашев Ф.А., Мирахмедов Г.М. 38

Современные методы проведения ИВЛ в классических режимах
Абдукодиров К.А., Ачилов А.С., Парманов Т.М. 38

Опыт проведения эпидуральной анестезии у лиц пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями при аденомэктомии
Жуманазаров Г.С., Ачилов А.С., Дехконов Д.Б., Холматов У.Э. 39

Анестезия и интенсивная терапия у больных с сочетанными травмами живота
Явкочев А.А., Норкулова Ш.Н., Сафаров Н.Н. 39

Микроэлементный профиль пациентов реанимационного профиля с синдромом системной воспалительной реакции — пилотное исследование
Ягубян Р.С., Кочергин В.Г., Свиридов С.В. 40

II. КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ, ПРИ ТРАВМАХ, ОЖОГАХ И ОТРАВЛЕНИЯХ — РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Разрывы селезенки при сочетанной травме груди и живота
Абдуллаев С.А., Ахмедов А.И., Элбабаев О.М., Тоиров А.С. 41

Нутритивная поддержка в профилактике гнойно-септических осложнений ожоговой болезни
Абдуллаев У.Х., Камилов У.Р., Ахмедов А.И., Убайдуллаев З.Ш. 41

Осложненные формы инфравезикальной обструкции: Роль перкутанной цистостомии
Абдуллажанов М.М., Ахмедов Р.Н. 42

Механизм возникновения множественных травматических внутричерепных гематом
Абдурасулов Ф.Х., Усмонов Л.А., Турабеков Н.Н. 43

Дооперационная диагностика и лечение множественных травматических внутричерепных гематом
Абдурасулов Ф.Х., Мирзабаев М.Д., Усмонов Л.А., Умаров А.Х. 43

Послеоперационные бронхолегочные осложнения у больных с геморрагическим инсультом
Алматов Б. А. 44

Хирургические вмешательства у больных с инсульт-гематомами головного мозга
Агзамов М.К., Тошпулатов Ш.П., Агзамов К. 44

Значение лапароскопической диагностики в определении тактики лечения при травмах брюшной полости
Азимов А.А., Маликов Ю.Р., Сафаров Н.Н., Давронов А.У., Утаев Л.Х. 45

Критические состояния у больных после аденомэктомии
Азимов О.Х., Хашимов У.Т., Боймурадов Н.У. 46

Анализ эффективности сочетанного применения гемодиализа и плазмафереза у больных с тяжелыми эндотоксикозами
Акалаев Р.Н., Хайдарова С.Э., Стопницкий А.А., Хожиев Х.Ш. 46

Эпидемиология острых отравлений психофармакологическими средствами
Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Акалаева А.А. 47

Применение лапароскопии при критических состояниях в гинекологии, связанные с эктопической беременностью
Акопджанов Н.С., Кузибоева М.М., Тажидинова К.А., Олимова Х.О. 48

Протокол послеоперационного ведения и интенсивной терапии при острой сердечно-сосудистой недостаточности у больных с лёгочной гипертензией и ВПС
Алимджанова Н.Ю., Ибадов Р.А., Абралов Х.К. 49

Выявление и устранение критических состояний при хирургических осложнениях после аденомэктомии простаты
Аллазов С.А., Ахмедов Ю.М., Бобокулов Н.А., Хамроев Б.О., Аллазов Х.С., Гафаров Р.Р. 49

Экстренная эндоурологическая помощь при лигатурных камнях («инородных телах») мочевого пузыря акушерско-гинекологического происхождения
Аллазов С.А., Ахмедов Ю.М., Ишанкулов А.М., Абдуллаев Б.А., Уринов Я.Р., Кодиров С.К. 50

Гиперактивный мочевой пузырь у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы
Аллазов С.А., Шодмонова З.Р., Ишанкулов А.М., Гафаров Р.Р., Дарханов Ж.А. 51

Внутрибрюшное давление у больных с аспространенным перитонитом
Алтиев Б.К., Асомов Х.Х., Янгиев Б.А., Жаббаров Ж.И. 51

Особенности диагностики и хирургического лечения повреждений диафрагмы
Алтиев Б.К., Гулямов Б.Т., Шукуров Б.И., Кучкаров О.О. 52

Инородные тела дыхательных путей
Аметов С.Н., Артыкниязов М.Р., Сайфуллаев Р.Н. 53

Катта тери ости венасининг кўтарилувчи тромбофлебитларида ўпка артерияси тромбоэмболиясининг жаррохлик профилактикаси
Амонкулов З.К., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т. 53

Опыт применения лапароскопии в лечении острого аппендицита и его осложнений
Арипов У.Р., Эргашев Д.Н. 54

Неотложная помощь больным с острой задержкой мочи
Артиков Д.Н., Умаров А.Р., Исаков Х.А. 55
Проблема острых неспецифических эпидидимитов в эстренной урологии
Артиков Д.Н., Бозоров Ш.Т., Дадажонов Ф.А., Хайдаров А.Х. 55
Применение эндоскопа в лечении окклюзионой гидроцефалии при опухолях желудочковой системы
Асадуллаев У.М., Алтыбаев У.У., Хошимов У.У., Тухтамуродов Ж.А. 56
Послеоперационное ведение больных с реплантацией сегментов конечностей: оценка эффективности корригирующей терапии
Асамов Р.Э., Юлдашев А.А., Йулдашев М.Ж. 57
Анализ мутации активатора плазминогена гена PAI 1 у больных с венозными тромбозами
Асамов Р.Э., Муминов Ш.М., Йулдошев А.Х., Абдуллаев Ш.М., Содикова Ш.Э., Шамсутдинова Д.Б., Бобоев К.Т. 58
Сравнительная оценка содержания фибриногена в плазме здоровых доноров, дилютированной растворами синтетических коллоидных плазмозаменителей (in vitro исследование)
Афончиков В.С., Каськов А.Ю., Афанасьев А.А., Девотченко А.В. 58
Ранняя профилактика жировой эмболии у пострадавших с политравмой
Ахмаджонов О.Н. 59
Неотложные состояния у больных с эхинококковыми кистами головного мозга больших размеров
Ахмедиев М.М., Мухамедов А.З., Ахмедиев Т.М. 60
Совершенствование хирургического лечения больных с термическими ожогами
Ахмедов А.И., Фаязов А.Д. 60
Нутритивная поддержка в комплексном лечении тяжелообожженных
Ахмедов Ю.М., Аминов У.Х., Хакимов Э.А., Шакиров Б.М., Тагаев К.Р., Некбаев Х.С. 61
Диагностика и хирургическая тактика при травматических повреждениях селезенки
Ахраров Б.М., Сирожитдинов У.К., Расулов А.Ф., Ортиков А.Б. 62
Посттравматическая жировая эмболия. проблемы диагностики и лечения
Ачилов А.С., Шахзадаев Н.Ш., Пармонов Т.М., Шукуруллаев А.Р. 62
Осложнения транспедикулярной фиксации грудного и поясничного отделов позвоночника
Ашуров З.И., Шарифбаев С.А., Исмаилов О.А., Каримбаев Ш.Т., Исмаилов А.И., Эгамбердиев Р.Х. 63
Хирургическое лечение гипертензивных гематом мозжечка
Ашуров У.А., Шарифбаев С.А., Ашуров З.И. 63
Особенности анестезии у больных с аденомами гипофиза, перенесших трансназальное транссфеноидальное удаление
Бабаханов Б.Х., Кариев Г.М., Алтыбаев У.У., Асадуллаев У.М., Закиров К.С. 64
Применение гипертонического раствора хлорида натрия у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой с травматическим шоком
Бегалиев С.М., Айтеков Б.Ш., Тен Л.В., Матмуратова Г.К., Оллоберганов М.Й. 65
Выбор тактики лечения переломов грудного и поясничного отделов позвоночника
Бердиев С.Х., Холлиев Ш.Б., Маматов М.М. 65
Прогнозирование исходов лечения больных с диффузным аксональным повреждением головного мозга
Бобоев Ж.И., Усмонов Л.А., Мирзабаев М.Д. 65
Применение антибактериальной терапии при тяжелых интраабдоминальных инфекциях
В.В.Бойко, Ю.В.Иванова 66
Артерио-венозные мальформации: хирургическое лечение
Бурнашев М.И., Мирзабаев М.Д., Исакулов Ш.Р. 67
Анализ осложнений раннего периода травматической болезни у больных с сочетанной травмой
Валиев Э.Ю. 68
Особенности интенсивной терапия острых тяжелых отравлений полусинтетическими и синтетическими опиатными наркотическими веществами
Васильев С.А., Ливанов Г.А., Батоцыренов Б.В. 69
Профилактика индукционных гемодинамических осложнений в экстренной вертебрологии
Гафуров Б.З., Пахмурин И.Р., Дусматов А.Ю., Ташланов М.М. 69
Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике гастродуоденальных язвенных кровотечений
Гофуров А.Н., Юлдашев М.Х., Холмурзаев Б.Ф. 70
Стандартизация интенсивной терапии в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы
Дадаев Х.Х., Юлдашев Ф.А., Сапаров М.Э., Красненкова М.Б. 71
Сравнительная оценка эффективности инфузионной поддержки у пациентов с травматическим шоком
Даминова М.У. 71
Современный взгляд на инфузионную терапию пациентов с сочетанными травмами
Даминова М.У., Буранов Ф.Ё., Уразимбетов И.Р. 72
Малоинвазивные методы лечения вертельных переломов бедренной кости у пожилых больных
Дехканов К.М., Мухамадиев А., Омонов Н. 73
Медицинские способы визуализации при закрытых травмах грудной клетки
Дехканов С.А., Рахманов Р.О. 74
Внешний компрессионно-дистракционный остеосинтез при открытых переломах бедра комбинированным стержневым аппаратом
Дехканов К.М., Мухамадиев А., Омонов Н.Н. 74
Пути снижения гнойных осложнений при открытых переломах костей голени
Джаббаров Д.Д., Тожибоев Б.А. 75
Лимфотропно-клеточные технологии в лечении третичного перитонита
Джумабаев Э.С., Асронов Ш.Я., Пахмурин И.Р., Джалалов А.С. 76
Новый метод интенсивной терапии в комплексном лечении третичного перитонита
Джумабаев Э.С., Асранов Ш.Я., Джалалов А.С. 76
Интенсивная терапия в профилактике и лечении инфекционных осложнений огнестрельных переломов костей конечностей
Джумабаев Э.С., Мирзаев К.К. 77
Дифференцированный подход к лечению тяжелых сочетанных черепно-мозговых травм
Джураев З.А., Холбоев Ш.Х., Порманов С.Т., Хужакулов У.Б. 78
Возможности кардио-ангиографических исследований у больных с сердечно-сосудистой патологией
Жалилов А.О., Мирсайдуллаев М.М., Абдуллаев А.Х., Мирсайдуллаев М.М. (млад.) 78
Психотроп дори воситаларидан захарланишларда шошилинч реанимацион ёрдамнинг ўзига хос хусусиятлари
Жураев И.Б., Жумаев Ф.Ф, Норкулов М.Я., Добилов А.Х. 79
Методы хирургической коррекции контрактуры фолькмана
Заремба А.Е., Хошимов У.У. 79
Лечение донорских ран при ожогах в эксперименте
Зиновьев Е.В., Аллазов С.А., Османов К.Ф. 80
Выбор методов анестезии при нейрохирургических

операциях на головном мозге
Зокиров К.С. 81
Наш опыт лечения ущемленных послеоперационных вентральных грыж у больных пожилого возраста
Зохидова С.Х., Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К. 82
Рациональная антибиотикотерапия и антибиотикопрофилактика респираторных осложнений при остром деструктивном панкреатите
Ибадов Р.А., Баженов Л.Г., Арифжанов А.Ш., Шаниева З.А., Стрижков Н.А. 82
Абдоминальный компартмент-синдром — особенности респираторной терапии и профилактика бронхолёгочных осложнений
Ибадов Р.А., Арифжанов А.Ш., Мансуров З.Н., Стрижков Н.А. 83
Солевой раствор сукцинасол в коррекции расстройств водно-электролитного обмена у тяжелообожженных больных
Ибрагимов Д.Ф., Фаязов А.Д., Абдуллаев У.Х., Шамуталов М.Ш., Сабитов А.Т. 84
Комплексное лечение тяжелообожженных с комбинированными и сочетанными травмами с применением сукцинасола
Ибрагимов Д.Ф., Фаязов А.Д., Шукуров С.И., Убайдуллаев З.Ш. 84
Адекватная терапия — залог успешного хирургического лечения больных с сочетанным повреждением органов живота при закрытой травме
Иванов П.А., Никитина О.В. 85
Анализ результатов хирургического лечения инсульт-гематом
Исаков Б.М., Ташланов Ф.Н., Мадаминжонов У.О., Бурхонов И.М., Ташланов М.М., Исаков К.Б. 86
Анализ результатов хирургического лечения внутричерепных гематом
Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Ташланов Ф.Н., Шарипов А.А., Максудов Б.М., Исаков К.Б., Ташланов М.М., Бурханов И.С. 87
Современные принципы лечения ущемленных больших грыж передней брюшной стенки живота *Исантурдиев У.И., Кунишев Ш.У., Расулов Ш.А., Соатмуродов Ш.Н., Бегманов Р.Б., Ортиков А.М.* 87
Лапароскопия в диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости
Исантурдиев У.И., Джурабаев Н.З., Соатмуродов Ш.Н., Рахимов П.Н., Ортиков А.М. 88
Лапароскопическая ликвидация острой спаечной кишечной непроходимости
Исантурдиев У.И., Джурабаев Н.З., Соатмуродов Ш.Н., Ортиқов А.М., Рахимов П.Н. 89
Дискутабельные вопросы применения метода Прингла для профилактики профузных кровотечений во время обширных резекций печени
Искендеров Э.А. 89
Тромболитическая терапия тромбозов глубоких вен нижних конечностей, осложненных тромбоэмболией легочной артерии
Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Махмудов Н.И. 90
Среднеротационное положение плеча и его роль при компрессионно-дистракционном остеосинтезе переломов диафиза плечевой кости
Ишкабулов Р.Ж., Юлдашев Р.С., Шакаров Б.Н. 91
Показания к экстренному хирургическому вмешательству при менингиомах головного мозга
Кадирбеков Р.Т., Алимов Д.Р. 91
Лечение многофакторных поражений у тяжелообожженных
Камилов У.Р., Фаязов А.Д., Стопницкий А.А., Убайдуллаева В.У., Абдуллаев У.Х., Ажиниязов Р.С. 92
Оптимизация лечения и диагностики эхинококкоза спинного мозга и позвоночника
Каримов А.Н., Амиркулова С.А., Нафасов Б.Д., Калконов М., Бободустов Б.Ж., Боймуродов Х.Б., Маматов М.М. 93
Патогенетические аспекты рецидива миомы матки после консервативной миомэктомии
Каримов З.Д., Абдикулов Б.С., Хусанходжаева М.Т. 93
Хирургические и репродуктивные аспекты миомы матки во время беременности
Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т., Абдикулов Б.С. 94
Хирургическая тактика при опухолях головки поджелудочной железы, осложненных механической желтухой
Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Рахманов С.У., Хаджибаев Ф.А., Хасанов В.Р. 95
Видеоторакоскопия при свернувшемся гемотораксе
Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Халиков С.П., Файзуллаев Э.Р., Чилгашов А.Ш. 96
Факторы риска материнской смертности при послеабортном сепсисе
Касымова Д.М. 97
Клиническая картина больных с «оболочечными» гематомами в острый период черепно-мозговой травмы
Ким А.А., Турабеков Н.Н. 97
Судебно-медицинская оценка множественных повреждений длинных трубчатых костей, сочетанных с черепно-мозговой травмой
Кулдашев Д.Р., Хикматуллаев Р.З. 98
Экспертная оценка летальности при черепно-мозговой травме, сочетанной с травмой позвоночника
Кулдашев Д.Р., Хикматуллаев Р.З. 99
Методика коррекции метаболических нарушений препаратами антигипоксантного действия у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в остром периоде травматической болезни
Кырнышев А.Г., Шах Б.Н., Лапшин В.Н., Афончиков В.С., Теплов В.М., Смирнов Д.Б., Лапицкий А.В. 99
Фармакологическая коррекция торакальной гипергидратации в I стадии ОРДС у пациентов с тяжелыми формами острых отравлений
Ливанов Г.А., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В. 100
Технологии комплексной детоксикации при острых экзогенных отравлениях на современном этапе
Лужников Е.А., Гольдфарб Ю.С., Бадалян А.В. 100
Острый венозный тромбоз нижних конечностей по данным аутопсий РНЦЭМП
Магрупов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вервекина Т.А. 101
Принципы лечения язвенных кровотечений, сложненных геморрагическим шоком
Маликов Ю.Р., Азимов А.А., Маматов К.С., Утаев Л.Х. 102
Прогнозирование течения распространенных гнойных перитонитов
Маликов Ю.Р., Хотамов И.Э., Хамдамов О.К. 103
Малоинвазивные методы лечения гнойного холангита
Мамаджанов А.А., Солиев Б.Э., Рузматов А.Э., Тожибаев А.Х. 103
Тактика анестезиологического пособия у детей раннего возраста с критическими ожогами
Мамедов Б.К., Жабборов З.И., Зокиров Т.Ш., Каримов Ж.Х. 104
Эффективность магнитолазерной терапии в сочетание в протеолитическими ферментами в хирургическом лечение больных с острым парапроктитом
Мамедов М.М., Мусаев Х.Н., Мамедов Н.И., Мустафаева М.Ф. 104
Возможности проведения радикальных оперативных вмешательств в лечении профузных гастродуоденальных кровотечений язвенного генеза
Мамедов А.А., Рустамов Э.А., Ширинов З.Т., Кязимов И.Л., Искендеров Э.А., Джафаров Х.З., Мамедов И.И. 104
Our experience of surgical treatment of spinal deformities

*Mardanov J.J.*_____ *105*
Результаты оценки боли оперированных больных с экстрадуральными опухолями спинного мозга
*Марданов Ж.Ж.*_____*106*
Механизмы развития и пути коррекции гипоксии у больных с тяжелой осложненной торакальной травмой
*Марченков Ю.В.*_____*106*
Неотложные мероприятия при сочетанных повреждениях таза и бедренной кости
*Махкамов И.Х., Валиев Э.Ю., Каримов Б.Р.*_____*107*
Малоинвазивная микродискэктомия выпавших грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника
*Махкамов К.Э., Исрайилов Д.У.*_____ *108*
Структура послеоперационных осложнений после транссфеноидальной аденомэктомии
*Махкамов К.Э., Азизов М.М.*_____*108*
Опыт применения операционного микроскопа при стабилизирующих операциях переломов шейного отдела позвоночника
*Махкамов К.Э., Исрайилов Д.У.*_____ *109*
Профилактика послеоперационных осложнений после транссфеноидальной аденомэктомии
*Махкамов К.Э., Азизов М.М.*_____*109*
КТ-исследование и нейромониторинг в оценке вторичных осложнений при травматических внутричерепных гематомах
*Махкамов К.Э., Кузибаев Ж.М.*_____*110*
Жигар эхинококкозини ташхислаш ва даволаш тактикаси
*Махмудов А. Х., Тилавов П. Ж., Мухтаров Х.А., Элмурадов Р.Х., Хайитов А.М., Йулдашов Ч.*_____ *111*
Острые отравления ядохимикатами
*Махмудов А.Ф., Юсупова Д.М., Исмоилов А.Т., Абдужалилов Ш.А.*_____ *112*
Опыт лечения при укусах каракурта
*Махмудов А.Ф., Юсупова Д.М.*_____*112*
Осложнения при отравлениях угарным газом и их лечение
*Махмудов А.Ф., Юсупова Д.М.*_____*113*
Особенности анестезиологического обеспечения лапароскопических операций в гинекологии
*Махмудов Х.А.,Гофуров А.К., Ахмедов У. К.*_____ *114*
Наш опыт лечения больных с эпизодами тромбоэмболии легочной артерии
*Машрапов О.Г., Усманов Б.С., Махмудов Н.И.*_____*114*
Тактика лечения больных со скелетной травмой, осложненной жировой эмболией и критическим состоянием
*Мирджалилов Ф.Х., Валиев Э.Ю.*_____*115*
Хирургическое лечение артериовенозных мальформаций головного мозга
*Мирзабаев М.Д., Бурнашев М.И., Исоев А.И.*_____*116*
Результаты диагностики, клинического течения и лечения черепно-мозговой травмы у лиц пожилого и старческого возраста с сахарным диабетом
*Мирзабаев М.Д., Сойибов И.Э.*_____*116*
Опыт лечения больных с посттравматическими ликворными свищами
*Мирзабаев М.Ж., Бурнашев М.И., Бабаханов Б.Х.*____ *117*
Патогенетические особенности гистореанимации тканей в профилактике и лечении хирургической инфекции огнестрельных ран
*Мирзаев К.К., Джумабаев Э С., Байбеков И.М.*_____ *118*
Intensive care of progressive malignant hypertension-hydrocephaly syndrome traumatic genesis
*Muminov M., Mustafoev N., Radjabov M., Avezov S., Norov A.*__*118*
Кровопотеря и изменения мембраны эритроцитов у больных с тяжелой травмой
*Мороз В.В., Мягкова Е.А., Сергунова В.А., Гудкова О.Е., Остапченко Д.А., Решетняк В.И.*_____ *119*
К вопросу оказания неотложной помощи больным с опухолями головного мозга
*Муродова Д.С., Ахмедиев М.М., Махмудова З.С.*_____ *120*
Хирургическое лечение травм магистральных сосудов верхних конечностей
*Мусоев Т.Я., Нажмиддинов Л.М., Аюбов Б.М., Яхёева Ф.О.*_*121*
Surgical tactics at damages of thorax organs
*Musoev T.Ya., Najmiddinov L.M., Ayubov B.M., Yahyoeva F.O.*_ *122*
Подготовка культи прямой кишки к восстановительным операциям при воспалительно-язвенных заболеваниях толстой кишки с использованием пробиотиков
*Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Пазылова Д.У., Кутлиева Г.Дж.*_____*122*
Потенциальные возможности применения пробиотических препаратов для лечения больных язвенным колитом
*Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Пазылова Д.У.*_____ *123*
Современные подходы к хирургической тактике при травме живота
*Нажмиддинов Л.М., Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М., Яхёева Ф.О.*_____*124*
Сравнительный анализ различных видов анестезии при лапароскопической холецистэктомии
*Нарзиев Й.К., Муродов Т.Р., Кудратов Г.Н.*_____*125*
Лечение переломов проксимального отдела бедренной кости у пожилых пациентов
*Наубетов Д.Д., Еримбетов Д.А., Торемуратов С.*____ *125*
Лечение оскольчатых переломов бедра
*Наубетов Д.Д., Еримбетов Д.А., Торемуратов С.*____ *126*
Выбор метода операции в лечении желудочно-кишечных кровотечений
*Ниязметов С.Б.*_____ *126*
Тактика лечения кровотечений из доброкачественной гиперплазии предстательной железы, осложненной гемотампонадой мочевого пузыря
*Парпиев Э.А., Нишанов Г.Х.*_____*127*
Профилактическая лимфостимуляция в комплексной терапии гиперазотемических осложнений при кишечной непроходимости
*Пахмурин И.Р.*_____ *128*
Новые критерии диагностики острого гестационного пиелонефрита
*Пивоварчук Р.Я., Митникова А.С.*_____*128*
Комбинированная профилактика тромбоэмболии легочных артерий в лечении больных с илеофеморальным тромбозом
*Рахимов Б.А., Йулдошев А.А., Хожакбаров А.Х., Отабоев М.Э.*_____ *129*
Результаты антибиотикопрофилактики в экстренной хирургии
*Рахимов И.Р.*_____*129*
Эмболизация маточных артерий при кровотечениях
*Рахманова Р.М., Жалилов А.О., Бузуркханова Р. С.*____ *130*
Значение нейроофтальмологической симптоматики при цереброваскулярной патологии
*Рахматуллаева Д.С., Шарифуллина Ф.К.*_____*130*
Диагностический алгоритм при сочетанных травмах мочевого пузыря
*Рашидов М.М.*_____*131*
Энтеральное питание при остром деструктивном панкреатите
*Ризаев К.С., Мадумаров Т.С., Рузматов А.Э., Пулатов Х.Н.*_____ *131*
Прогнозирование послеоперационных осложнений у больных деструктивным панкреатитом
*Ризаев К.С., Эрметов А.Т., Рузматов А.Э., Алижанов А.А., Исманов А.*_____*132*
Современная тактика хирургического лечения глубоких электроожогов кожи и костных структур
*Рузимуратов Д.А., Фаязов А.Д., Шукуров С.И., Сабитов А.Т.*_____ *133*
Гипероксический саногенез при эндогенной аммиачной

интоксикации
*Савилов П.Н., Молчанов Д.В.*_____*134*
Возможности фотодинамической терапии в профилактике гнойных послеоперационных осложнений
*Садыков Р.А., Тешаев О.Р., Садыков Р.Р., Муродов А.А.*__*135*
Фотодинамическая терапия в комплексном лечении термических ожогов
*Садыков Р.Р., Тешаев О.Р., Садыков Р.А., Рузиметов Х.Ф.*__ *135*
The surgical treatment of the failed back surgery syndrome
*Saidov S.S., Yuldashev R.M., Djumanov K.N., Norov A.U., Babahanov F.H., Matmusaev M.M., Halikov Sh.A., Mirzabaev M.D.*_____*136*
Нестабильность позвоночника в послеоперационном периоде при поясничном остеохондрозе
*Саидов С.С., Бабаханов Ф.Х., Маттусаев М.М., Халиков Ш.А., Мирзабаев М.Д.*_____ *136*
Синдром оперированного позвоночника — применение заднего межтелового спондилодеза
*Саидов С.С., Джуманов К.Н., Юлдашев Р.М., Мирзабаев М.Д.*_____ *137*
Диагностика и хирургическое лечение менингиом больших полушарий головного мозга
*Сариев А.У., Бурнашев М.И.*_____*137*
Синдром жировой эмболии как осложнение тяжелой травматической болезни
*Сафаров М.Н., Юлдашев Б.Б., Жумаев Б.Э.*_____ *138*
Роль информационной консультации в токсикологической службе
*Сафаров Х.О., Шодиев А.С., Хусенов О.Н., Ёдгоров У.И.*___*139*
Сурункали буйрак етишмовчилиги бўлган беморларнинг шошилинч уретролитотомия операциясида комбинацион наркоз
*Собиров О.А., Очилов У.Х., Болтаев Э.Р, Бекчанова Ю.Х.*__ *140*
Черепно-мозговая травма на фоне заболеваний сердечно-сосудистой системы у лиц пожилого и старческого возраста
*Сойибов И.Э., Мирзабаев М.Д., Умаров А.Х.*_____ *140*
Оценка стрессорных реакций после объемных хирургических вмешательств с использованием атаралгезии
*Сокорнов И.А., Лапшин В.Н., Страхов И.В., Теплов В.М.*__*141*
Интенсивная терапия больных с острыми отравлениями уксусной кислотой, осложненными экзотоксическим шоком
*Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н.*_____ *141*
Бўйин магистрал қон томирлари шикастларида оператив чора-тадбирлар
*Сувонов Ж.Н., Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Дадабоев Х.Р.*_____*142*
Роль раневой инфекции в развитии системного воспалительного ответа у пострадавших с тяжелой термической травмой
*Султонов Б.К., Жуманиязов М.Б.*_____*143*
Результаты лечения острого деструктивного панкреатита
*Тен Д.О., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Тургунов Ш.Ш.*_____ *143*
Организация экстренной хирургической помощи больным преклонного возраста
*Тен Д.О., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Тургунов Ш.Ш.*_____ *144*
Тактика оказания помощи пострадавшим с повреждениями таза при ДТП на догоспитальном этапе
*Тиляков А.Б.*_____ *144*
Диагностика и тактика лечения нестабильных повреждений таза
*Тиляков А.Б.*_____ *145*
Репозиционно—стабилизирующий ранспедикулярный остеосинтез при повреждениях позвоночника и спинного мозга
*Тогаев Ш.Б., Бердиев С.Х., Холлиев Ш.Б., Маматов М.М.*__*146*
Оптимизация хирургической тактики при закрытых травмах органов брюшной полости
*Тогаев Ш.Б., Норбаев О.И., Элмуродов Ш.М., Файзуллаев Ф.Р.*_____*146*
Выбор оптимального метода лечения для минимизации осложнений при травмах поджелудочной железы
*Тогаев Ш.Б., Наврузов М.Н., Пирматов Ш.Р.*_____*147*
Об эффективности передней декомпрессии позвоночного канала при компрессионно-осложненных и неосложненных переломах грудопоясничного отдела
*Тогаев Ш.Б., Бердиев С.Х., Боймурадов Х.Б., Холлиев Ш. Б.*_ *147*
Эффективность применения транспедикулярной системы фиксации при компрессионных переломах тел позвоночника тораколюмбарной локализации
*Тогаев Ш.Б., Бердиев С. Х. , Боймурадов Х. Б., Маматов М. М.*_____ *148*
Компартмент-синдром после операции больших и гигантских послеоперационных грыж
*Тогаев Ш.Б., Инаков А.Г., Норбоев О.И., Шомуродов О.О., Эшов Д.Х., Рахмонов Х.Г.*_____ *148*
Алгоритм профилактики тромбоэмболических осложнений у больных с травмами таза и нижних конечностей
*Тогаев Ш.Б., Туляков Р.П., Махадов Ж., Лапасов Ш.Л., Шомуродов О.О.*_____ *149*
Результаты хирургического лечения больных с повреждениями поджелудочной железы
*Тожибоев М.С., Даминов Б.Н., Субханкулов Р.И.*_____ *149*
Реинфузия крови при повреждениях селезенки
*Тургунов Ш.Ш., Ходжиматов Г.М.*_____*150*
Профилактика ДВС-синдрома при ожоговом шоке с сочетанными и комбинированными травмами
*Убайдуллаев З.Ш., Фаязов А.Д., Абдуллаев У.Х.*_____*150*
Комплекс стандартных мероприятий пострадавшим с тяжёлыми сочетанными повреждениями
*Умаров О.М., Дехканов К.М.*_____*151*
Современные методы диагностики и лечения ранения и травмы грудной клетки
*Умбаров Б.С., Мадартов К.М., Худойкулов Б.К., Девонов Х.Р.*_____*152*
Участие цитокинов в развитии острой печеночной недостаточности в эксперименте
*Уразметова М.Д., Хаджибаев А.М., Мадаминов А.А., Ахмедова Р.К.*_____*152*
Эффективность трансплантации различных видов фетальных гепатоцитов в лечении острой печеночной недостаточности у крыс
*Уразметова М.Д., Хаджибаев А.М., Мадаминов А.А, Ахмедова Р.К.*_____*153*
Лечение туннельного синдрома верхних конечностей
*Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Махмудов Н.И.*_____ *154*
Принципы организации неотложной помощи и клинико-диагностическая тактика при ожоговой травме
*Фаязов А.Д., Ажиниязов Р.С.*_____*155*
Изменения показателей иммунитета при трансплантации культивированных аллофибробластов у тяжелообожженных с комбинированными и сочетанными поражениями
*Фаязов А.Д., Уразметова М.Д., Камилов У.Р., Ахмедова Р.К.*_____*156*
Хирургическое лечение сочетанных повреждений магистральных артерий конечностей
Хаджибаев А.М., Ахмедов Р.А., Хамидов Б.П., Ким Д.Л. ___ *157*
Страховочная видеолапароскопия при сочетанной травме живота
*Хаджибаев А.М., Гулямов Б.Т., Шукуров Б.И., Хакимов А.Т.*__*158*
Программированная фибролапароскопия в диагностике и лечении послеоперационных внутрибрюшных осложнений
*Хаджибаев А.М., Асомов Х.Х., Рискиев У.Р.*_____*158*

Хирургическое лечение интраоперационных повреждений внепеченочных желчевыводящих путей
*Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Рахимов О.У.*_____*159*
Роль ретроградной панкреатохолангиографии в лечении больных с механической желтухой доброкачественного генеза
*Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О.*_____ *159*
Структура и причины осложнений ретроградной панкреатохолангиографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии
*Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А.*_____*160*
Результаты дифференцированного лечения больных с травматическими повреждениями лобных долей головного мозга
*Хазраткулов Р.Б., Мирзабаев М.Д.*_____*161*
Возможности видеолапароскопической санации брюшной полости при распространённом перитоните
*Хаитбаев С.*_____*162*
Хирургическая тактика при тупых травмах живота
*Хакимов М.Ш., Сахибоев Д.П., Беркинов У.Б., Холматов Ш.Т., Адылходжаев А.А.*_____*162*
Выбор хирургической тактики при травмах двенадцатиперстной кишки
*Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Холматов Ш.Т., Маткулиев У.И., Адылходжаев А.А.*_____*163*
Выбор метода лечения травм поджелудочной железы
*Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Холматов Ш.Т., Маткулиев У.И., Имамов А.А.*_____*164*
Коррекция полиорганной недостаточности при ожоговом шоке у тяжелообожженных
*Хакимов Э.А., Аминов У.Х., Шакиров Б.М., Корабоев Ж.Ш., Шаханов Ш.С.*_____*165*
Применение антикоагулянтов при интенсивной терапии острого тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей
*Хамдамов У.Р., Саломов Н.И.*_____*165*
Профилактика осложнении после операций по поводу ущемлённых грыж у больных пожилого и старческого возраста
Хамдамов Х.Х., Ходжиматов Г.М., Тен Д.О., Тургунов Ш.Ш._ 166
Оказание экстренной помощи при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста
*Хамдамов Х.Х., Ходжиматов Г.М., Тен Д.О., Тургунов Ш.Ш.*_____ *167*
Профилактика и ранняя диагностика осложнений лапароскопической холецистэктомии
*Хамидов Ш.С., Абдуллаев Ш.М., Тожибоев М.П.*_____ *168*
Экспертная оценка диагностики повреждений вертлужной впадины
*Хикматуллаев Р.З., Кулдашев Д.Р.*_____ *168*
Особенности экспертизы повреждений костей таза, сочетающихся с травмами других частей скелета и повреждением внутренних органов
*Хикматуллаев Р.З., Кулдашев Д.Р.*_____ *169*
Анализ ошибок и летальных исходов при перитоните
*Ходжиматов Г.М., Пахмурин И.Р., Тургунов Ш.Ш., Хамдамов Х.Х.*_____ *170*
Реинфузия в ургентной хирургии
*Ходжиматов Г.М., Тен Д.О., Тургунов Ш.Ш., Хамдамов Х.Х.*_____ *171*
Анализ причин послеоперационных внутрибрюшинных кровотечений, опасности и особенности их распознавания
*Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Хамдамов Х.Х.*____ *171*
Анализ результатов лечения гангренозного аппендицита с разлитым перитонитом
*Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Тен Д.О., Тургунов Ш.Ш.*_____ *172*
Ошибки в диагностике и лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки
*Ходжиматов Г.М., Ботиров А.К., Тургунов Ш.Ш.*_____ *173*
Морфологические предпосылки к развитию недостаточности межкишечных анастомозов
*Ходжимухамедова Н.А., Убайдуллаева В.У.*_____*173*
Применение периферического обезболивания у больных с сочетанными травмами
*Хожибоев А.М., Матьякубов Р.Р., Гаибназаров К. М., Хасанов У.Р., Аззамов А.А.*_____ *174*
Сенил остеопороз натижасида сон суягининг проксимал қисмининг синишларини даволаш усуллари
*Хожибоев А.М., Махмуров А.А.*_____*175*
Эндоскопические вмешательства при резидуальном и рецидивном холедохолитиазе
*Хожибоев А.М., Бойназаров И.Х., Тулаганов О.У., Болтаев Х.А., Хашимов М.А.*_____*175*
Коррекция нарушений ликвороциркуляции при опухолях головного мозга
*Холиков Н. Х., Кариев Г. М.*_____*176*
Эффективный способ хирургического лечения поясничного спондилолистеза с острым болевым синдромом
*Холматов А.А., Юлдашев В.Б., Нурматов И.Р., Исмоилов О.О.*_____ *176*
Эволюция костного трансплантата при переднем спондилодезе посттравмавтического поясничного спондилолистеза
*Холматов А.А., Джаббаров С.К., Юлдашев В.Б.*_____ *177*
Диагностика и тактика хирургического лечения разрывов селезенки
*Холмурзаев Б.Ф., Нахалбоев Р.Т., Гофуров А.Н.*_____ *177*
Тактика лечения ятрогенных повреждениий магистральных сосудов при операциях на органах брюшной полости и забрюшинного пространства
*Хомиджонов И.Б., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.*_____ *178*
Лечение спонтанных внутримозговых кровоизлияний у детей
*Хошимов У.У., Алтыбаев У.У., Асадуллаев У.М., Бабаханов Б.Х., Саидов Б.А., Матмусаев М.М.*_____*179*
Применение плазмафереза в экстренной абдоминальной хирургии
Хусанов А.М., Солиев Б.Э., Темиров Р.А., Мавлянов Б._ 179
Применение препарата селемин у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой
*Хушбаков Н.З., Давлатов М.Х.*_____*180*
Летальность при ожоговой болезни и пути её снижения
*Шакиров Б.М., Аминов У.Х., Хакимов Э.А., Тагаев К.Р., Шаханов Ш.С.*_____*180*
Профилактика инфекционных осложнений, связанных с внутривенным катетером, у больных с термическими поражениями
*Шакиров Б.М.*_____*181*
Совершенствование лечебной тактики у пострадавших с позвоночно-спинномозговой травмой, осложненной воспалением в мочевыводящих путях
*Шарифбаев С.А., Исмаилов А.И., Жиянов И.А., Хайдаров У.А., Эгамбердиев Р.Х.*_____ *181*
Клинические перспективы использования терлипрессина у больных с синдромом портальной гипертензии и высоким риском кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода
*Шах Б.Н., Теплов В.М.*_____ *182*
Возможности профилактики реперфузионного синдрома у пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами, сопровождающимися шоком
*Шах Б.Н., Теплов В.М., Смирнов Д.Б., Комедев С.С.*____*183*
Лечение больных с термическими повреждениями, находящихся в состоянии алкогольного отравления
*Шахзадаев Н.Ш., Аралов З.Х., Хамрокулов Б.Ж.*_____*184*
Роль перкутанной нефростомии при окклюзиях мочевых путей

Шодиев А.Ю., Хайдаров С.Э., Аслонов О.Г._____184
Применение сукцинасола в интенсивной терапии тяжелых форм острых отравлений угарным газом
Шодиев А.С., Сафаров Х.О., Чулиев М.С._____185
Особенности течения и лечения эпилептичекого статуса при опухолях головного мозга
Эгамбердиев Р.Х., Шарифбаев С.А., ЖияновИ.А., Исмаилов А.И., Хайдаров У.А., Каримбаев Ш.Т._____185
Роль и влияние факторов риска на исходы ампутаций при терминальной стадии ишемии нижних конечностей
Эркабоев А.К., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т._____186
Эндобилиарные вмешательства при ущемленном камне большого дуоденального сосочка
Эрметов А.Т., Мамаджанов А.А., Солиев Б.Э., Тожибоев А.Х., Рузиматов А.Э._____ 186
Эндобилиарное стентирование в лечении больных с механической желтухой опухолевой этиологии
Эрметов А.Т., Мамаджанов А.А., Солиев Б.Э., Рузматов А.Э., Тожибаев А.Х._____ 187
Возможности энтеросорбции в лечении распространенного перитонита
Эрметов А.Т., Темиров Р.И., Солиев Б.Э., Кенжабаев Ш.__188
Проблема хирургической коррекции гиганских миелорадикулоцеле пояснично-крестцовой области
Югай И.А._____188
Результаты хирургического лечения больных с врожденными спинномозговыми грыжами больших размеров
Югай И.А._____189
Опыт лечения открытых переломов трубчатых костей
Юлдашев Р.С., Каяев А.Х._____ 189
Выбор тактики хирургического лечения ущемленных вентральных грыж
Юлдашев М.Х., Тожибоев М.П., Хамидов Ш.С._____190
Стабилизация позвоночного сегмента при осложненных повреждениях шейных позвонков
Юлдашев Ш.С., Агзамов М.К., Рахматов Х.Р., Джалолов Р.М._____ 190
Результаты усовершенственного способа хирургического лечения повреждений спинного мозга
Юлдашев Ш.С., Агзамов М.К., Бахромов А.А., Махмудов С.Ф._____191
Минимально-инвазивные методы удаления эпидуральных гематом малого объема
Юнусов Р. С., Махкамов К. Э._____ 192

III. РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В ЭКСТРЕННОЙ ТЕРАПИИ И НЕВРОЛОГИИ

Применение стрептокиназы при остром инфаркте миокарда
Абибуллаев С.Н., Карпина Л.С._____193
Влияние сахарного диабета на прогноз пациентов с Q инфарктом миокарда
Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Борисова Е.М., Маджитов Х.Х., Алимов Д.А._____193
The effectiveness of amiodarone in spontaneous conversion of atrial fibrillation and maintenance of sinus rhythm in patients with heart failure
Akhmadaliev B., Raimjanov A._____ 194
Частота сердечных сокращений как фактор риска при остром коронарном синдроме
Ахмедов Л.А., Бобоева М.М., Хасанова Н.Н._____ 194
Изучение работы главной медсестры в частных медицинских учреждениях здравоохранения
Абдупаттаева К.О., Расулова Н.Ф._____195
Применение розувастатина больным с ишемической болезнью сердца после проведения электрической кардиоверсии
Ахмедов Л.А., Сафаров Н.Ш., Абдуллаева Н.З., Хусенов М.Х._____195
Комплексное лечение острых ишемических инсультов с применением препарата тиоцетам
Ахмедов О.Т., Холмирзаев П.Х., Султанов Б.Р., Анваров А.А., Казаков А.А., Тураханов М.М._____ 196
Терапия препаратом митека острого обструктивного бронхита в клинико-морфологическом сравнительном исследовании со стандартными рекомендациями в условиях экстренной педиатрии
Ахмедова Р.Т., Ким К.А., Эшонова А.А._____ 197
Применение β-блокаторов при нарушениях ритма у больных с диффузно-токсическим зобом в условиях отделения экстренной кардиологии
Бахронов Р.Р., Курбонов М.А., Нурхонов А.Р._____ 197
Антиаритмическая эффективность комбинированного применения аллапинина и кордарона при сложных нарушениях ритма сердца
Бахронов Р.Р., Азимов Б.К., Эргашев К.Т._____ 198
Совершенствование методов организации и управления повышения качества профессионального обучения медицинских сестер в первичном медицинском звене
Галяутдинова И.Р., Абдурахимов З.А., Мамедова Г.Б.__ 198
Клинические особенности течения артериовенозных мальформаций и вопросы их коррекции
Гафуров Б.Г., Максудова Л.Б._____199
Лечебная бронхоскопия в интенсивной терапии взрослых
Гафуров З.К., Пахмурин И.Р., Гафуров Б.З., Назаров Н.Н., Абдужаббаров А.А., Бакиров Г.З., Усманов А.К., Меликузиев Э., Бойматов И., Касымов Ф._____ 200
Коррекция микрореологических нарушений средствами инфузионной терапии
Герасимов Л.В., Исакова А.А., Марченков Ю.В., Мороз В.В.__201
Сравнительная оценка параметров функционального состояния и сократительной функции миокарда в зависимости от тактики лечения в остром периоде инфаркта миокарда
Борисова Е.М., Давлатова Л.Ш., Рахимова Р.А._____ 202
Связь факторов риска с поражением коронарных артерий у больных с острым коронарным синдромом
Жалилов А.О., Абдуллаев А.Х._____202
Эффективность имплантации кардиостимулятора при атриовентрикулярных блокадах у больных с острым инфарктом миокарда
Жалилов А.О., Абдуллаев А.Х._____203
Прогностическая значимость объема поражения коронарного русла по данным коронароангиографии у пациентов с острым коронарным синдромом
Жалилов А.О., Неъматуллаев А.А., Абдуллаев А.Х._____ 203
Применение препарата нейрокс в остром периоде ишемического инсульта
Жураев С.Г., Хушвактов А.И., Тураев Б.Г., Алиев А._____ 204
Применения урапидила (эбрантил) в лечении пациентов с гипертоническим кризом, осложненным острой левожелудочковой недостаточностью
Зайниев Б.М._____ 204
Клиническое значение энтропии сердечного ритма у больных с ишемической болезнью сердца
Закиева М.В., Исаметдинова З.С., Назарова З.Ш., Рофеев М.Ш._____ 205
Протезирование дыхательных путей при острой дыхательной недостаточности у больных с мозговым инсультом
Захидов А.Я., Сатаров Х.И., Саломов У.С., Шохасанов У.Х._ 205
Дифференцированный подход к тромболитической терапии ишемического инсульта

*Захидов А.Я., Мубараков Ш.Р.*_____ *206*
Поэтапная респираторная поддержка при острой дыхательной недостаточности при мозговом инсульте
*Захидов А.Я., Сатаров Х.И., Шохасанов У.Х., Саломов У.С.*_ *207*
Эффективность различных методов реперфузионной терапии в остром периоде ишемического инсульта
*Захидов А.Я.*_____*208*
Современные аспекты терапии бронхообструктивного синдрома у детей с острыми респираторными инфекциями
*Зияев О.Х., Баратова Д.Т., Мансуров Н.Н., Юлдашев С.У.*__*209*
Оказание неотложной помощи больным с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе
*Ибрагимов И.С., Хайдарова А.Ю., Карпина Л.С.*_____*210*
Новые принципы совершенствования организации экстренной медицинской помощи при критических состояниях в неотложной неврологии
*Изюмов Д.П., Гафуров Б.Г., Изюмова Г.А., Сиддиков Ш.С., Ярашев Р.С.*_____ *210*
Изменения коронарного русла при критических состояниях у больных острым ишемическим инсультом с обратимым и необратимым неврологическим дефицитом у лиц молодого возраста в экстренной неврологии
*Изюмова Г.А., Ибадуллаев З.Р., Изюмов Д.П., Ярашев Р.С.*__ *211*
Особенности мнестического дефекта у больных с полушарным ишемическим инсультом и пути его коррекции в экстренной неврологии
*Изюмова Г.Ю., Ибадуллаев З.Р., Изюмов Д.П., Сиддиков Ш.С., Ярашев Р.С.*_____ *211*
Экстренная психоневрологическая помощь при критических состояниях у больных с острым мозговым инсультом
*Изюмова Г.А., Ибадуллаев З.Р., Изюмов Д.П., Сиддиков Ш.С., Ярашев Р.С.*_____ *212*
Социально- клинический прогноз при острых мозговых инсультах у лиц молодого возраста с психическими нарушениями в экстренной неврологии
*Изюмова Г.А., Ибадуллаев З.Р., Изюмов Д.П., Ярашев Р.С., Абдуллаев Х.К.*_____*213*
Организация эффективных медико-санитарных мероприятий в борьбе с алкоголизмом и наркоманией
*Камалова Д.А., Искандарова Ш.Т.*_____*213*
Применение левомака в комплексном лечении внебольничной пневмонии
*Карабаев У.М.*_____ *215*
Острые коронарные синдромы у женщин и мужчин: клинические проявления, особенности лечения и исходов в экстренном стационаре
*Каримов У.Б., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н., Усманов Б.У.*_____*215*
Выявляемость острых коронарных синдромов по данным отделений неотложной помощи (возрастные характеристики)
*Каримов У.Б., Мамасалиев Н.С., Усманов Б.У., Рахматов Б.У.*_____ *216*
Транзиторная ишемическая атака — предвестник ишемического инсульта
*Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ирназаров А.А., Ганиев Д.А., Асраров У.А., Юлбарисов А.А., Муминов Р.Т., Ахматов О.А.*_____*216*
Quercetin prevents the development of irreversible myocardial dysfunction in acute coronary syndrome
*Kenjaev S.R., Alavi A.L., Borisova E.M., Kenjaev M.L, Mamurov O.I.*_____ *217*
Тест с шестиминутной ходьбой — безопасный метод оценки толерантности к физической нагрузке у больных с острым инфарктом миокарда
*Кенжаев М.Л., Борисова Е.М., Турсунов Х.М., Мухамедова Б.Ф.*_____*218*
Влияние предынфарктной стенокардии на выраженность желудочковых аритмий у больных с острым коронарным синдромом
*Кенжаев М.Л., Джамалдинова Р.К., Хаитов С.Ш., Турсунов Х.М., Кенжаев С.Р., Аминов А.И.*_____ *219*
Взаимосвязь эхокардиографических показателей левого желудочка и коронароангиографических изменений у больных с острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST
*Маджитов Х.Х., Кенжаев М.Л., Алимов Д.А., Абдижалилова С.И., Ганиев У.Ш., Холов Г.А.*_____*219*
Эндотелиальная дисфункция у больных с гипертонической болезнью и методы ее фармакотерапии
*Кенжаев М.Л.,Ганиев У.Ш., Абдижалилова С.И., Холов Г.А.*__*220*
Профилактика диастолической дисфункции левого желудочка при остром коронарном синдроме с элевацией сегмента ST
*Кенжаев С.Р., Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Борисова Е.М., Ахмедова Д.А., Рахимова Р.А.*_____ *220*
Этиологическая структура и факторы риска внутрибольничной инфекции у больных с острым нарушением мозгового кровообращения
*Мавланова Г.Ж., Рахматов Н.К., Йулжураев А.А., Исаков А.С.*_____*221*
Пути улучшения интенсивной терапии нестабильной стенокардии в экстренной медицине
*Мамасалиев Н.С., Ниязов З.М., Каримов У.Б., Усманов Б.У.*__*221*
Показатели «айсберга заболеваемости» Острого коронарного синдрома и этнические особенности их выявляемости на различных этапах интенсивного наблюдения в экстренных стационарах
*Мамасалиев Н.С., Каримов У.Б., Абдуллаева Г.А., Сайитжанов Л.С.*_____ *222*
Наш опыт лечения больных с ботулизмом
*Маликов Б.Х., Очилдиев Ф.Ш., Камолов Б.Т.*_____ *222*
Повышение качества трудовой жизни среднего медицинского персонала
*Махаматова З.Х., Камилова Д.Н.*_____ *223*
Внедрение сестринского процесса в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи
*Махаматова З.Х, Шукуров Б.И.*_____*224*
Перспективы развития обязательного медицинского страхования в Республике Узбекистан
*Махкамов Ф.Р., Мухамедова Н.С.*_____ *226*
Лимфотропная терапия в лечении головной боли
*Махмудов О.О., Рузиматов Ш.Н., Мамажонов Х.Т., Ташланов М.М.*_____ *228*
Экспресс-тест дискорадикулярного синдрома
*Махмудов О.О., Рузиматов Ш.Н., Ташланов М.М., Игамназаров Ж.Ж., Набиев Ф.*_____*228*
Риск развития мерцательной аритмии у больных с ИБС и артериальной гипертензией
*Машарипов М.С., Адамбоева З., Худайназаров И.А., Жуманиёзов Д.К.*_____*229*
Оценка эффективности тромболитической терапии стрептокиназой в зависимости от локализации инфаркта миокарда
*Мирсайдуллаев М.М. (млад.), Мирсайдуллаев М.М., Кучкаров А., Муминов М., Соткинов Т.Х.*_____*229*
Стратификация риска и интенсивная терапия больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в клинической практике
*Мирсайдуллаев М.М. (млад.), Муминов М., Саттаров Р., Расулов А.А.*_____*229*
Проблемы и факторы, влияющие на репродуктивное здоровье подростков
*Мирсоидова Х.М., Джалилова Г.А.*_____ *230*
Опыт применения зинацефа в комплексной терапии

внутрибольничных пневмоний
Мухаммаджонов Б.М., Худойназаров Ч .Н., Муродов С.Н., Элсариева М.Ш. 231

Изменение кислотно-щелочного состояния при инфаркте миокарда
Назарова З.Ш., Рофеев М.Ш., Исаметдинова М.В., Закиева М.В. 231

Изучение условий труда медицинских кадров среднего звена в учреждениях ПМСП
Расулова Д.Д., Махмудова Н.М. 232

Оценка влияния терапии кораксаном на клинико-функциональные показатели у больных с кардиоваскулярной патологией и хронической обструктивной болезнью легких
Рахимов Э.З., Норова Г.Ш., Акрамова Ш.Р. 233

Экстренное лечение нейролейкоза, сопровождающегося сильными головными болями, у больных острым лимфобластным лейкозом
Солиев Д.К., Солиев К.К., Ахмедова Х.Ю., Солиева М.О., Абдурахмонова М.А., Тошбоев А.Б. 233

Неотложная помощь при массивном кровотечении у больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой
Солиев К.К., Абдувахобова Н.Р., Солиев Д.К., Ахмедова Х.Ю. 234

Неотложная помощь больным с хроническим миелолейкозом в терминальной стадии гемоцитопеническим синдромом
Солиев К.К., Солиева М.О., Мирзаахмедова И.З., Солиев Д. К., Юлдашева Н.Э., Каримов М.К. 234

Спленэктомия у больных с наследственными бета-талассемиями, осложнёнными инфарктом селезёнки
Солиев К.К., Солиев Д.К., Ахмедова Х.Ю., Тошбоев А.Б., Абдурахмонова М.А., Юлдашева Н.Э. 235

Частота встречаемости поликистоза почек и гематурической формы острого гломерулонефрита
Таджибаев А.Т., Юлдашев Ф.А., Шоабсаров А.А., Турсунбаев О.Ф. 235

Коррекция терапии при острой почечной недостаточности на фоне эндотоксемии
Таджибаев А.Т., Шоабсаров А.А., Жалилов З.Н., Рашидов Д.Б. 236

Нарушение фосфорно-кальциевого обмена у больных с острой почечной недостаточностью
Таджибаев А.Т., Юлдашев Ф.А., Шоабсаров А.А., Турсунбаев О.Ф. 236

Сравнительный анализ больных с синдромом Лайелла в ФФРНЦЭМП за 2011—2012 гг.
Таджибаева Г.М., Сайдахмедов И.О., Орифжонов К.О. 237

Особенности клинического течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с сердечно-сосудистой патологией
Ташкенбаева Э. Н., Кадыров Р.Н., Бердиева З.Р., Рофеев М.Ш., Муранов Б.А. 237

Применение методов коррекции эндотелиальной дисфункции и пуринового обмена у больных с ишемической болезнью сердца
Ташкенбаева Э.Н., Тогаев Д.Х., Кадырова Ф.Ш., Юсупов Ш.Ш., Муранов Б.А. 238

Неотложная помощь при кровотечениях у больных гемофилией
Тошбоев А.Б., Солиев Д.К., Абдувахобова Н.Р., Солиев К.К., Низомова С.Г., Ахмедова Х.Ю., Мирзаахмедова И.З. 239

Неотложная помощь при болевых приступах у больных с остром инфарктом миокарда на догоспитальном этапе
Туйчиев А.Х., Нишонов У.А., Ниматов Ш.М. 239

Роль круглосуточного введения гепарина в интенсивной терапии у больных с острым коронарным синдромом
Турдыева И.Б., Кошжанов Р.З. 240

Сахарный диабет 1-го типа у детей в системе экстренной медицинской помощи
Турсунов Ф.О., Шакаров Ф.Р., Гарифулина Л.М., Ахмедова Д.Ю. 240

Что скрывается за «острым коронарным синдромом» (по данным аутопсий)
Убайдуллаева В.У., Вервекина Т.А., Магрупов Б.А. 241

Частота встречаемости артериальной гипертензии и нарушений липидного обмена у больных с инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией в экстренных отделениях
Умурзаков О.Т., Каримов У.Б., Мамасалиев Н.С., Курбанова Р.Р. 242

Характеристика и оценка результатов реального лечения острых коронарных синдромов в практике неотложных стационаров
Усманов Б.У., Каримов У.Б., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н. 243

Особенности развития неблагоприятных исходов у больных с острыми коронарными синдромами в условиях экстренной клинической практики
Усманов Б.У., Каримов У.Б., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н. 243

Ведущие факторы риска, ассоцированные с развитием острых коронарных синдромов в экстренных стационарах
Усманов Б.У., Каримов У.Б., Мамасалиев Н.С., Джумабаева М.А. 244

Миелоидли лейкоз олиб келадиган жаррохлик асоратлар
Ўраков Н.А. 244

Частота аритмических осложнений у больных с сахарным диабетом при остром инфаркте миокарда
Хайдарова А.Ю., Ибрагимов И.С., Жураев Ш.Ф. 245

Небулайзерная терапия в профилактике и лечении бронхообструктивного синдрома у детей
Хакимова Н.Х., Холмурзаева М.Ф. 246

Ишемический инсульт и применение глиатилина
Ходжаева Н.А. 246

Применение максимальных суточных доз пероральных нитратов в комплексной терапии у больных с левожелудочковой недостаточностью
Хожибоев А.М., Сулейманов А.П., Муяссарова Ш.Х. 247

Қоринчалар экстрасистолиясида кордарон ва аллапинин таъсирини ўрганиш
Худайназаров И.А., Маткаримов С.О., Машарипов М.С. 247

Внедрение эффективных методов в раннюю диагностику хронического панкреатита
Шамсутдинова М.И. 248

Роль компьютерной томографии при выявлении гематом мозжечка
Шарифбаев С.А., Ашуров У.А. 248

Эффективность тромболитической терапии у больных с острым коронарным синдромом
Эгамова Н.Т., Бахронов У.Ш., Батырбаев Э.А., Тошев О.Б. 249

Оғир холатидаги беморларда ўпка асоратларини олдини олишда ва даволашда регионал лимфатик терапиянинг ахамияти
Юлдашев А.Х., Махмудов Н.И., Акбарова М.А. 249

IV. КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В ПЕДИАТРИИ, ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Совершенствование эндоскопической хирургии при инородных телах пищевода у детей
Абдихаликов Ж.А., Анарбаев А.А., Кутбаев С.К. 250

Послеоперационное обезболивание промедолом после абдоминальных операций у детей
Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Маматкулов И.А. 250

Риск удлинения интенсивной терапии при ранней активизации детей после кардиохирургических операций
Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К., Тохиров Ш.М., Файзиев О.Я., Абдурахманов А.А. 251

Санационно-диагностическая бронхоскопия у детей
Акбаров Д.А., Шевкетова Л.Ш., Усманов У., Буваева Г., Аллаев М.Я. 252

Динамика основных статистических показателей осложнений при болезнях органов дыхания у детей
Акилов Х.А., Аминов У.С., Исмаилов Д.А. 252

Перспективы и успехи в диагностике и хирургической тактике при закрытых травмах паренхиматозных органов у детей
Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урмонов Н.Т. 253

Экстренная помощь при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной ровотечением, у детей
Акилов Х.А., Урмонов Н.Т., Примов Ф.Ш. 253

Хирургическое лечение уретерогидронефроза у детей
Акилов Х.А., Бекназаров Ж.Б., Хаккулов Э.Б., Пайзиев Х.М. 254

Особенности течения и лечения пневмонии, осложненной острой сердечной недостаточностью, у детей раннего возраста
Алибекова М.Б., Сатвалдиева Э.А., Бабаджанова З.О., Рахимова С.Р., Нуралиева Г.С. 254

Интенсивная терапия при инвагинационной кишечной непроходимости у детей
Аллаев М.Я., Косимов З.Н., Рахимов Б.С., Рахмонов А.А., Аллаев Б.М., Рустамов И. 255

Опыт применения n-ацетилцистеина при отравлениях парацетамолом у детей
Амонов Р.Х., Казимова М.К., Гайбуллаев Ж.Ш. 256

Операционные геморрагии в хирургии пороков развития позвоночника и спинного мозга у детей
Ахмедиев М.М., Ваккасов Н.Й., Ахмедиев Т.М. 256

Острая непроходимость кишечника у детей раннего возраста
Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Маматов С.О., Турсунов С.Э., Олимов Ф.Ф., Шавкатова Г.Ш. 257

Интенсивная терапия энцефалической реакции у детей раннего возраста
Баратова Д.Т., Зияев О.Х., Юлдашев С.У., Мансуров Н.Н. 258

Оптимизация неотложной помощи при острой сердечной недостаточности у детей с пневмонией
Баходирова А.Н., Алимова Х.П., Сатвалдиева Э.А. 258

Течение ДВС-синдрома у детей раннего возраста с преморбидным фоном
Бегалиев С.М., Косыбаева Т. К., Торениязова Т.Ж., Фазылбекова Б.А. 259

Судорожный синдром у детей
Бегалиев С.М., Косыбаева Т.К., Нурабуллаева Л.Ж., Мамбеткаримова Г.М. 260

Клиническая картина и результаты лечения тяжелой черепно-мозговой травмы у детей
Бобоев Ж.И., Усмонов Л.А., Кариев Ш.М. 260

Сравнительная оценка результатов лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей
Джаббаров Д.Д., Тожибоев Б.А. 261

Этиопатогенетическая региональная лимфатическая антибиотикотерапия ожоговых ран у детей в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии
Джумабаев Э.С., Шевкетова Л.Ш. 262

Частота встречаемости врожденных пороков сердца среди детей в Кашкадарьинском регионе
Зайниев Б.М. 263

Взаимосвязь нарушения кишечной микробиоты и эндотоксемии у детей раннего возраста при осложненной пневмонии
Закирова Б.И., Турсунова Б.А., Улугова Х.Т. 263

Ҳозирги давр болаларида ўткир респиратор касалликларининг асоратларини стационар даволаниш давригача бўлган ҳато ва асоратларини камайтириш тадбирлари
Искандаров Э.Р., Бердиев Ў.Р., Бобомуродова О.Т. 264

Оптимизация ранней диагностики и определение тактики ведения детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта
Касимов З.Н., Шевкетова Л.Ш., Рахмонов А.О., Рахимов Б.С., Аллаев М.Я. 264

Адекватность применения парацетамола в экстренной педиатрии
Ким К.А., Холматов Х.Х., Ибрагимова Д.Р. 265

Клинико-лабораторный мониторинг комбинированной патологии острого обструктивного бронхита и острой диареи у пациентов до одного года в условиях экстренной педиатрии
Ким К.А., Рахмонов Р.Я., Турдибоев А. 266

Оптимизация терапии поздних тяжелых осложнений при ожоговой болезни в условиях экстренной педиатрии
Ким К.А., Орипов Д.У., Ахмедова Р.Т. 266

Вторичные послеожоговые пневмонии у детей
Корабоев Ж.Ш. 267

Клинические алгоритмы комплексного интенсивного лечения гнойных перитонитов у детей
Косимов З.Н., Рахимов Б.С., Аллаев М.Я., Абдувалиева Ч.М., Рахмонов А.А., Косимов О.З. 267

Вирусные диареи как одна из причин судорожных состояний у детей
Кураматов Ш.Ю., Ким К.А., Юлчиев Х.М. 269

Тактика лечения острой токсической энцефалопатии у детей
Кураматов Ш.Ю., Норузаков Т.Т., Ахмедова Р.Т. 270

Диагностические критерии внутричерепных кровоизлияний при поздней форме геморрагической болезни новорожденных
Лим В.И., Шавази М.Н., Лим М.В., Амонов Р.Х. 270

Патофизиология периоперационного синдрома ишемии-реперфузии головного мозга при тотальной внутривенной анестезии у детей
Лобов М.А., Овезов А.М., Князев А.В., Пантелеева М.В., Борисова М.Н., Луговой А.В. 271

Особенности анестезиологического обеспечения при чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости у детей
Машарипов Ф.А., Мусаев Т.С., Хайрутдинова М.Х., Наврузов С.Ю., Толипов Н.Н. 272

Корреляционные связи параметров гемодинамики с тяжестью пневмонии у детей в возрасте 1-3 лет
Мирзаева А.Д.,Мухитдинова Х.Н., Ходжаева М.Х., Мирзаева Н.Р. 273

Критерии эффективности неинвазивной вентиляции легких у недоношенных новорожденных
Миткинов О.Э. 274

Лечение внутрисуставных переломов локтевого сустава у детей
*Мусаев Т.С., Машарипов Ф.А., Наврузов С.Ю., Толипов Н.Н.*_____274
Сравнительный анализ циркадных ритмов температуры тела у неоперированных детей с нетравматическим кровоизлиянием в мозг в зависимости от исхода
*Мухитдинова Х.Н., Сатвалдыева Э.А., Сабиров Д.С., Алауитдинова Г.Р., Мирзаева А.Д.*_____275
Выбор хирургического метода лечения при нетравматических внутричерепных гематомах у детей раннего возраста
*Насимов С.Т.*_____276
Обезболивание и интенсивная терапия при кишечной непроходимости у новорожденных
*Рахимов Б.С., Кодиров К.З., Абдувалиева Ч.М., Сотиволдиев З.С., Назиров Н.В.*_____277
Интенсивная терапия при гнойных перитонитах у детей
*Рахимов Б.С., Косимов З.Н., Косимов К.Л., Рахмонов А.А., Аккузиев И.К.*_____277
Коррекция гемодинамики у новорожденных при острой дыхательной недостаточности в послеоперационном периоде
*Рахимов Б.С., Акбаров Н.А., Аллаев М.Я., Абдулазизов Ж.Г., Абдужаббаров А.А.*_____ 278
Волемический статус при синдроме полиорганной недостаточности у детей
*Сатвалдиева Э.А., Мухитдинова Х.Н., Мамбетова Г.К., Холбаева Д.С.*_____279
Влияние критической дыхательной недостаточности на изменение циркадных ритмов гемодинамики при тяжелой пневмонии у детей первого года жизни
*Сатвалдыева Э.А., Мухитдинова Х.Н., Мустакимов А.А., Абдуллаев Р.Т., Хамраева Г.Ш.*_____279
Тактика рационального анестезиологического пособия у детей раннего возраста с критическими ожогами
*Суюнов Б.С., Алимов Ф.Х., Очилов И.О.*_____280
Ранняя некрэктомия с целью профилактики гнойно-септических осложнений у детей с тяжелыми термическими травмами
*Суюнов Б.С., Мухаммадиев И.*_____ 280
Анализ первичной диагностики мочевого синдрома
*Таджибаев А.Т.*_____ 281
Ранняя диагностика болезни Крона у детей в ургенной хирургии
Тогаев Ш.Б., Наврузов М.Н., Пирматов Ш.Р., Гелдиев Б.Д._281
Близнецы-паразиты в брюшной полости у 5-месячной девочки
*Тогаев Ш.Б., Наврузов М.Н., Пирматов Ш.Р.*_____282
Эхинококкоз сердца у детей
*Тогаев Ш.Б., Наврузов М.Н., Пирматов Ш.Р.*_____282
Интенсивное лечение и проявление геморрагической болезни новорожденных
*Тоирова У.Т., Косимов З.Н., Шевкетова Л.Ш., Мухитдинова М.К., Махмудов О.М.*_____283
Задачи экстренной анестезиологии в педиатрии
*Усманова Г.М., Нурмухамедов Х.К., Юсупалиева Г.А., Маматкулов И.Б., Ишонходжаев Н.А.*_____284
ДВС у детей с обструктивным пиелонефритом, мочекаменной болезнью. Корригирующие способы лечения
*Утегенов Н.У., Аметов С.Н.,Сабиров Р.Р., Сабирова А.Т., Уразов Г.Б.*_____ 285
Тактика лечения осложненных форм эхинококкоза у детей
*Файзиев А.Ш., Наврузов М.Н., Ачилов С.Э., Пирматов Ш.Р., Шаминов У.Э.*_____286
Современные взгляды на комплексное лечение обожженных детей с термоингаляционной травмой
*Фаязов А.Д., Сатвалдиева Э.А., Камилов У.Р., Убайдуллаева В.У.*_____287
Интенсивная терапия ожогового шока у детей
*Хакимов Э.А., Аминов У.Х., Шакиров Б.М., Тагаев К.Р., Корабоев Ж.Ш., Некбаев Х.С.*_____ 288
Особенности течения сердечной недостаточности на фоне пневмонии у детей раннего возраста
*Хакимова Н.Х., Холмурзаева М.Ф.*_____289
Состояние сердечной гемодинамики по данным эхокардиографического исследования у детей раннего возраста с пневмонией, осложненной инфекционно-токсическим шоком
*Шавази Н.М., Лим М.В., Каримова Г.М.*_____289
Алгоритм предоперационной подготовки и анестезии при экстренных операциях у новорожденных
*Шевкетова Л.Ш., Мамадалиев М.М., Касимов З.Н., Хаджиматов А.Э., Комилов С.Ф.*_____290
Применение небулайзерной терапии в сочетании с региональной лимфатической терапией при остром стенозирующем ларинготрахеите у детей
*Шевкетова Л.Ш., Юлдашев У.*_____291
Алгоритм предоперационной подготовки и анестезии при экстренных операциях у детей с ожогами
*Шевкетова Л.Ш., Умурзаков О.Т.*_____292
Клиническая оценка эффективности применения региональной лимфатической терапии в лечении прободных пилородуоденальных язв
*Шерматов А.Ш., Шевкетова Л.Ш.*_____292
Основные принципы интенсивной терапии при повреждении органов грудной и брюшной полости у детей
*Эминов Б. Ж., Эшонкулов А., Мамажонов Н. Н.*_____293
Процессы всасывания углеводов у детей с пищевой аллергией
Эшмуродов У.Н., Шодиев Б.М., Урокова Г.Р., Рузиев Ф.Т.__294
Гормонально-метаболические изменения в условиях различных методов анестезии при проведении хирургических вмешательств у детей
*Юсупов А.С.*_____ 295

V. КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

Реологические свойства крови и гемостаз после экстренной аденомэктомии настоем лагохилуса
*Курбонов Ш.Ж.*_____ 296
Пути совершенствования микрохирургической службы, на этапах развития экстренной медицинской помощи в условиях АФРНЦЭМП
*Маматкулов У.Э.*_____296
Применение лапароскопической холецистэктомии при деструктивных формах острого холецистита
*Нахалбоев Р.Т.*_____ 297
Диагностика и лечение осложненных форм хронического колостаза у детей в ургентной хирургии
*Саидов Ф.Х.*_____298
Диагностика и клиническое течение очаговых травм головного мозга у больных пожилого и старческого возраста
*Сойибов И.Э.*_____299
Применение эндоурологических методов в диагностике и лечении мочекаменной болезни в экстренных ситуациях
*Хамидов Ф.Г.*_____ 299
Способ гемостаза при экстренной аденомэктомии предстательной железы спиртовой настойкой лагохилуса
*Эшбеков М.А.*_____300