

Генеральные партнеры



Партнеры



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. МОСКВЫ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО ДЗ г. МОСКВЫ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

2-й СЪЕЗД ВРАЧЕЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ



МОСКВА-2013

OFDI

Оптическое Частотное Доменное Изображение

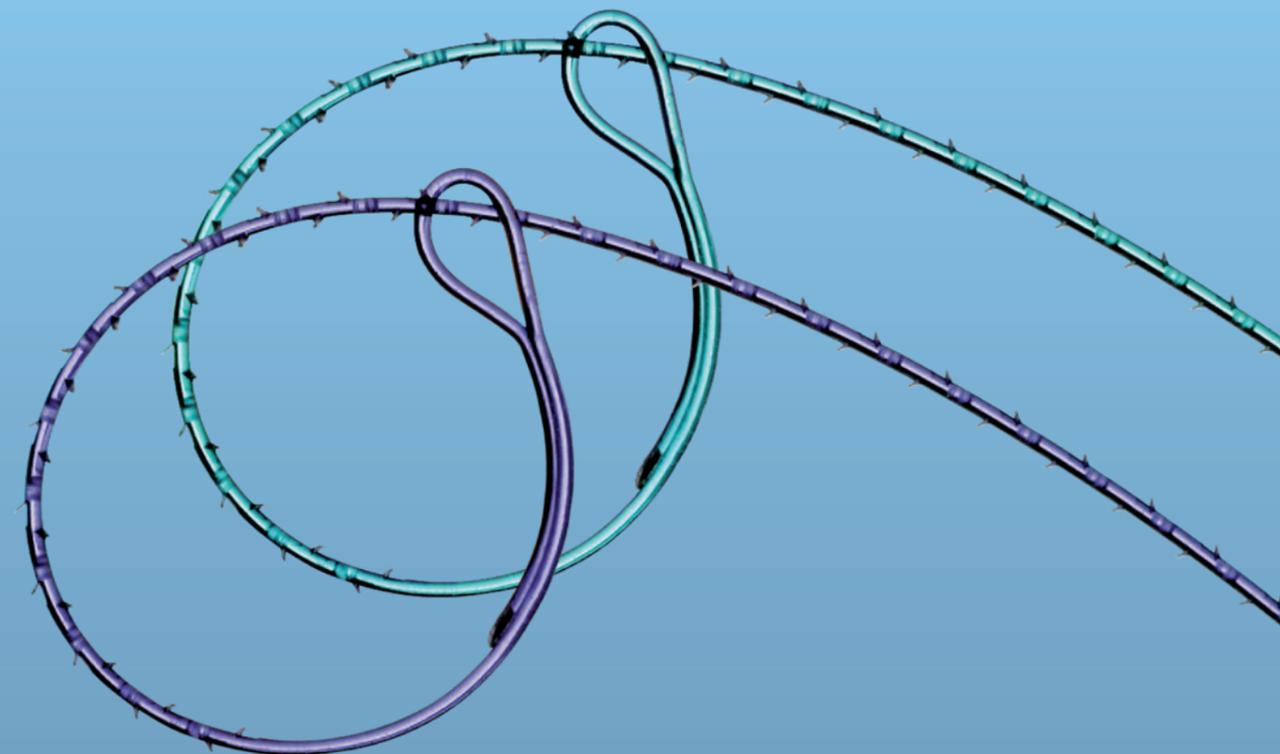
Открывая новые горизонты



LUNAWAVE™

- Скорость съемки: 158 кадров в секунду
- Скорости протяжки 0, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 40 мм / с
- Длина протяжки 150 мм
- Автоматическая функция слежения
- 10-ти кратное увеличение
- Расширенное подключение к сети
- 2.6 Fr низкопрофильный катетер с гидрофильным покрытием
- Нет необходимости промывать катетер FastView™

 **TERUMO®**



НАДЕЖНО. БЫСТРО. ЭФФЕКТИВНО.

V-Loc™ Инструмент Ушивания Раны

Устройство V-Loc™ это революционная технология наложения надёжного безузлового шва, которая обеспечивает оптимальный результат для пациента.

- Распределяет натяжение по всему шву
- Позволяет ушить рану на 50% быстрее
- Снижает риск осложнений, ассоциированных с узлами

**Это всё меняет.
И вам не нужно ничего менять.**

Изучите вкладыш в упаковке для получения инструкций, показаний и противопоказаний.

COVIDIEN, COVIDIEN с логотипом и "positive results for life" являются зарегистрированными торговыми марками Covidien AG или аффилированных структур. © 2009 Covidien. Все права защищены.

Официальный представитель Корпорации «Ковидиен» в России
ООО «Ковидиен Евразия»
115054 Москва, ул. Дубининская, дом 53, стр. 5
Телефон: (495) 933-6469 Факс: (495) 933-6468
E-mail: rus@covidien.com
www.covidien.com

 **COVIDIEN**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. МОСКВЫ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО ДЗ г. МОСКВЫ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

2-й СЪЕЗД ВРАЧЕЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

МАТЕРИАЛЫ СЪЕЗДА

**2-й СЪЕЗД ВРАЧЕЙ
НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ**

2-й СЪЕЗД ВРАЧЕЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ: Материалы съезда. —
М.: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, 2013. — 135 с.

Редакционная коллегия:
член-корр. РАМН профессор **М.Ш. Хубутия**, профессор д.м.н. **М.М. Абакумов**,
д.м.н. **С.А. Кабанова**, профессор д.м.н. **Ю.С. Гольдфарб**,
д.м.н. **В.Н. Александровский**, **Е.В. Ефремова**

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА И ТАЗА
М.М. Абакумов, П.А. Иванов, А.Н. Смоляр, Н.Н. Заднепровский, А.М. Файн
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Проведен анализ лечения 150 пострадавших с закрытой травмой живота и нестабильным переломом костей таза, пролеченных в период 2010–2012 гг. Пациентов в стабильном состоянии по классификации *Pape-Krettek* было 25, в пограничном – 32, в нестабильном – 78, в крайне тяжелом – 15. Приоритетной была операция по поводу поврежденных органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Экстренную стабилизацию таза выполняли при повреждении тазового кольца по типу «открытая книга», переломах лонных и седалищных костей в комбинации с разрывом задних комплексов и при переломах боковых масс крестца. Наложение стержневого аппарата наружной фиксации или С-рамы для стабилизации таза в этой ситуации рассматривали в качестве одного из звеньев противошоковых мероприятий. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение было показанием к экстренной лапаротомии у 38 больных (25,3%). Источником кровотечения в 19 наблюдениях был разрыв селезенки. У 14 пострадавших во время операции обнаружена травма печени, у 3 – сочетание разрыва селезенки и печени, у 2 – разрывы брыжейки тонкой кишки. Разрыв мочевого пузыря отмечен у 12 пациентов, отрыв уретры – у 18. Операциями выбора явились спленэктомия и наложение швов на разрывы печени и брыжейки. При разрыве мочевого пузыря и отрыве уретры накладывали эпицистостому. После лапаротомии накладывали стержневые аппараты наружной фиксации для стабилизации тазового кольца. У 82 пострадавших (74,7%) в связи с малым гемоперитонеумом, отсутствием продолжающегося внутрибрюшного кровотечения, а также травмой почки I–IV степени показаний к лапаротомии не было. После выведения больного из шока и стабилизации состояния производили демонтаж наружного аппарата и погрузили остеоинтез переломов костей таза и разрывов крестцово-подвздошных сочленений.

Хорошие функциональные результаты получены у 78% пациентов. У 8% больных с множественными переломами таза в дальнейшем развились коксартроз и асептический некроз головки бедренной кости, потребовавшие повторных операций. Умерли 12 пациентов. Причинами смерти были шок и кровопотеря (8), гнойная интоксикация, сепсис, двусторонняя пневмония (3), тромбозомболия легочной артерии (1). У выживших больных гнойной трахеобронхит и пневмония развились в 26,9% случаев, цистит – в 17%, тромбоз вен нижних конечностей – в 21,3%. Воспалительные явления в области введения внутрикостных элементов аппаратов наружной фиксации диагностированы в 40% наблюдений, пролежни – в 11%.

Таким образом, в лечении пострадавших с политравмой приоритетными являются экстренные операции, направленные на коррекцию внутрибрюшных повреждений с одновременной стабилизацией таза. Раннее оперативное лечение нестабильных переломов таза позволяет добиться хороших функциональных результатов.

ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА И КАРДИИ В ТРУДАХ С.С. ЮДИНА И А.Г. САВИНЫХ
М.М. Абакумов, П.М. Богопольский, С.А. Кабанова
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Свои первые попытки оперативного лечения больных раком пищевода и кардии С.С. Юдин предпринял еще в период работы в Серпухове (1922–1927), а в 1928 г., став главным хирургом Института им. Н.В. Склифосовского, он приступил к разработке проблемы пластики пищевода при послеожоговых стриктурах.

К 1938 г. в Институте им. Н.В. Склифосовского был накоплен опыт 42 пластик пищевода тонкой кишкой, а в 1941 г. С.С. Юдин смог опубликовать результаты 80 эзофагопластик – такого большого опыта не было ни у кого в мире. Большим достижением С.С. Юдина стало то, что он не только значительно усовершенствовал пластику пищевода по Ру–Герцену, но и прочно внедрил эту операцию в клиническую практику, сделав ее почти массовой.

Но, несмотря на крупные успехи в разработке эзофагопластики, все попытки хирургического лечения рака пищевода и кардии в Институте им. Н.В. Склифосовского в 30-х гг., по словам С.С. Юдина (1954), заканчивались неудачей. Проблема сдвинулась с места после того, как А.Г. Савиных в январе 1939 г. по приглашению С.С. Юдина успешно произвел в Институте больному Х-ву показательную гастректомию с резекцией нижней трети пищевода по поводу рака кардии по своему методу. Как отмечал А.Г. Савиных (1948), после этого обмен научными мыслями и клиническим опытом между Томской госпитальной хирургической клиникой и Институтом им. Н.В. Склифосовского постоянно усиливался. Так, один из ближайших помощников С.С. Юдина Б.С. Розанов успешно овладел методикой трансдиафрагмальной резекции пищевода по А.Г. Савиных и с 1941 по 1956 г. осуществил в Институте им. Н.В. Склифосовского 346 радикальных операций при раке кардии с летальностью 17,6% (из них абдоминальным доступом – 278 операций). Также за 12 лет (1945–1956 гг.) Б.С. Розанов выполнил 88 радикальных операций по поводу рака грудного отдела пищевода. По свидетельству Б.А. Петрова, к 1956 г. в разработке проблемы хирургического лечения рака пищевода и кардии участвовали уже 10 сотрудников Института им. Н.В. Склифосовского.

Научная школа хирургии пищевода А.Г. Савиных так же, как и школа С.С. Юдина, стала формироваться в конце 30-х гг. XX в. С 1928 г. А.Г. Савиных стал разрабатывать оригинальный чрезбрюшинный доступ к кардии и пищеводу, впоследствии ставший известным как «сигитальная диафрагмотомия по А.Г. Савиных». В 1936 г. А.Г. Савиных сделал первые успешные операции резекции кардии и гастректомии с резекцией нижней трети пищевода по поводу рака по своему методу. В 1938 г. А.Г. Савиных сообщил уже о 75 подобных операциях, из них было 36 радикальных операций с 20 хорошими исходами – в то время это был очень большой успех. Логическим продолжением работы А.Г. Савиных стала трансхиатальная резекция грудного отдела пищевода по А.Г. Савиных с одномоментной заднемедиастинальной пластикой тонкой кишкой. Такую операцию А.Г. Савиных впервые выполнил в 1943 г.

В свою очередь А.Г. Савиных, восприняв опыт Института им. Н.В. Склифосовского, в 1937 г. приступил к изучению тонкокишечной эзофаго-пластики по Ру–Герцену–Юдину и впоследствии внес ряд усовершенствований в методику и технику этой операции.

А.Г. Савиных и ученые его школы (К.Н. Зиверт, ф.ф. Сакс, Е.М. Масокова, В.С. Рогачева) продолжали накапливать опыт хирургического лечения рака пищевода и кардии, и в 1956 г. на VI пленуме правления Всесоюзного общества хирургов А.Г. Савиных доложил о том, что за 10 лет (1947–1956) в госпитальной хирургической клинике Томского университета радикальные операции были выполнены у 255 больных с летальностью 5,8%.

Таким образом, в 40–50-х гг. XX в. корифеи отечественной хирургии пищевода С.С. Юдин и А.Г. Савиных тесно сотрудничали между собой и успешно обменивались опытом хирургического лечения рака пищевода и кардии, послеожоговых рубцовых стриктур пищевода, накопленного в Институте им. Н.В. Склифосовского и Томском университете.

С.С. ЮДИН И Б.В. ПЕТРОВСКИЙ. ВСТРЕЧИ НА ЖИЗНЕННОМ ПУТИ
М.М. Абакумов, С.А. Кабанова, П.М. Богопольский
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

В мемуарных книгах Б.В. Петровского (1989, 1995, 2001) важное место занимают главы, посвященные встречам с известными историческими личностями – учеными, государственными деятелями, военачальниками.

В 1937 г. на защите кандидатской диссертации младшего научного сотрудника Центрального онкологического института НКЗ СССР Б.В. Петровского по теме «Длительные внутривенные вливания жидкостей и длительное переливание крови в онкологической практике» в качестве научных оппонентов выступали одни из самых главных специалистов в этой области – С.С. Юдин и М.Г. Скундина. На защите возникла дискуссия по одному из выводов диссертации – о целесообразности и перспективах использования капельного переливания крови в военно-полевой хирургии. Жизнь показала правоту Б.В. Петровского – во время Великой Отечественной войны метод переливания крови и кровезаменителей получил широкое распространение во фронтовых условиях, с его помощью были спасены жизни тысяч раненых.

В 1942 г. эвакогоспиталь № 2068 в Туле, в котором Б.В. Петровский служил главным хирургом, неоднократно посещал старший консультант-инспектор ГВСУ РККА полковник М/С С.С. Юдин. При обсуждении методики и техники хирургической обработки огнестрельных ран и переломов конечностей выявились различные точки зрения С.С. Юдина и Б.В. Петровского. С.С. Юдин был сторонником суперрадикального метода в сочетании с глухим гипсованием, в то время как Б.В. Петровский отстаивал щадящий органосохраняющий способ, воспринятый им в научной школе П.А. Герцена и получивший наибольшее распространение во время Великой Отечественной войны. Вместе с тем применявшаяся С.С. Юдиным глухая гипсовая повязка, накладываемая непосредственно на обработанную рану, очень хорошо себя зарекомендовала и использовалась во всех медсанбатах и госпиталях.

Б.В. Петровский еще несколько раз встречался с С.С. Юдиным на различных научных конференциях, а после войны жизнь очень близко свела его с этим замечательным человеком. С октября 1945 г. Б.В. Петровский работал заместителем директора вновь организованного Института экспериментальной и клинической хирургии АМН СССР на базе Боткинской больницы. В марте 1948 г. после смерти директора института проф. М.Н. Ахутина на этот пост был назначен С.С. Юдин, хотя он не желал уходить из Института им. Н.В. Склифосовского и, вопреки мнению Президиума АМН СССР, именно здесь планировал создать новый институт хирургии. В результате весь груз административной работы был возложен на Б.В. Петровского, который каждые 2–3 дня приезжал к С.С. Юдину с различными документами для их утверждения. Б.В. Петровский с большой теплотой вспоминал об этих встречах с С.С. Юдиным, высоко ценя его образованность, доброжелательность, искренность, стремление всегда и во всем помочь. Сергей Сергеевич с увлечением рассказывал Б.В. Петровскому о своих планах создания международного института хирургии, о сделанных им операциях. Вскоре С.С. Юдин окончательно отказался от должности директора, и в течение полугода Б.В. Петровскому пришлось исполнять обязанности руководителя Института экспериментальной и клинической хирургии. В самом конце 1948 г. С.С. Юдин был незаконно репрессирован и после трехлетнего тюремного заключения в 1952 г. был отправлен в ссылку в г. Бердск Новосибирской области.

Летом 1953 г. Б.В. Петровский получил от С.С. Юдина письмо с просьбой помочь ему вернуться к активной научной работе в Москве с прежним коллективом. С ходатайством об освобождении и реабилитации С.С. Юдина Б.В. Петровский обратился к Председателю Совета Министров СССР Н.А. Булганину. К счастью, в сентябре 1953 г. несправедливое обвинение было снято, и С.С. Юдин возвратился в Москву на прежнее место работы.

Последняя встреча Б.В. Петровского с С.С. Юдиным произошла в 1954 г. в Киеве на VIII съезде украинских хирургов незадолго до скоростной смерти С.С. Юдина.

КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППЫ РИСКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ У ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА
М.М. Абакумов, А.П. Вильк
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Цель исследования. Обоснование консервативной лечебной тактики при повреждении селезенки в результате закрытой травмы живота (ЗТЖ).

Материал и методы. Изучены результаты консервативного лечения 52 пострадавших с повреждением селезенки при (ЗТЖ). Критериями первичного отбора больных служили: стабильная гемодинамика, отсутствие кровотока в гематоме (стабильная гематома селезенки), минимальное количество свободной жидкости в брюшной полости (<500 мл, по данным УЗИ и РКТ).

Средний возраст пострадавших составил 38,16±13,35 года. Среди пострадавших мужчин было 39 человек (75%), женщин – 13 (25%). Средний показатель ISS составил 22,3±1,0 балла, индекс *RTS* – 6,7±0,0 балла, *TRISS* – 9±0,2%.

При поступлении у больных с успешно проведенным консервативным лечением (42 пациента) при УЗИ были выявлены очаговые изменения селезенки. Подкапсульная гематома по диафрагмальной и висцеральной поверхностям селезенки выявлена в 16 наблюдениях (38%). Повреждения паренхимы органа в области верхнего и нижнего полюса – в 14 наблюдениях (33,3%). Наличие одновременно подкапсульных и внутриорганных изменений имело место в 12 наблюдениях (26,6%).

У 15 пациентов (35,7%) наряду с повреждением селезенки выявлено минимальное количество жидкости в брюшной полости. Следует отметить, что в группе с успешным консервативным лечением 9 пациентов (17,3%) были старше 59 лет, несмотря на то, что по мнению многих авторов, проведение консервативного лечения в таком возрасте не оправдано и может привести к развитию осложнений.

Из 52 пациентов с назначенным консервативным лечением 10 (19,2%) потребовалось проведение отсроченного оперативного вмешательства. Возраст этих больных колебался от 24 до 45 лет. У 6 из этих пострадавших на протяжении ближайших часов отмечено увеличение размеров гематомы селезенки, которая в 5 наблюдениях располагалась подкапсульно, в одном наблюдении интрапаренхиматозно. 4 пациента оперированы в связи с нарастанием свободной жидкости в брюшной полости, по данным УЗИ.

Кроме этого, у 5 пациентов в связи с наличием кровотока в гематоме выполнена эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии с хорошим эффектом.

Таким образом, критериями группы риска при повреждениях селезенки у пострадавших с ЗТЖ являются увеличение размеров гематомы селезенки, наличие в ней кровотока, подкапсульная локализация гематомы и нарастание свободной жидкости в брюшной полости. Возраст пациента противопоказанием к консервативному лечению повреждений селезенки не является.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

У.У. Абдуллаев, Ф.Н. Нишанов, У.Д. Усмонов, А.З. Отакузиев, М.Ф. Нишанов
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Республика Узбекистан

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения острого калькулезного холецистита на основе оптимизации доступа и лечебной тактики.

Материал и методы. За период с 2006 по 2010 гг. в клинике кафедры хирургических болезней Андижанского государственного медицинского института по поводу острого калькулезного холецистита (ОКХ) оперированы 697 больных, поступивших в стационар в экстренном порядке в различные сроки от момента заболевания. Основной контингент больных составили лица в возрасте 20–59 лет (67,7 и 71,6% соответственно) и наиболее часто у лиц женского пола.

Результаты. В ходе лечения у 547 больных использовали косую мини-лапаротомию с сохранением правой прямой мышцы живота. Косой разрез в правом подреберье по Федорову использован у 47, из них у 12 больных – при наличии перитонита для санации брюшной полости. Верхнесрединная – у 73 больных и среднесрединная лапаротомия выполнена у 16 пациентов при наличии разлитого перитонита или при сочетанных хирургических заболеваниях. У 4 пациенток сначала произведена холецистэктомия из косого мини-лапаротомного доступа, а затем нижнесрединная лапаротомия для ампутации матки. В 10 наблюдениях мини-лапаротомный доступ расширен вниз до 4–5 см (остановка кровотечения – у 4, манипуляция на холедохе – 6 наблюдений). У 6 больных холецистэктомия дополнена холедохолитотомией. Для декомпрессии желудка и 12-перстной кишки введен назогастродуоденальный зонд на 2–3 суток. Осложнения не наблюдали. Холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха выполнена у 9 пациентов, ХДА на «каркасном дренаже» – у 7 больных.

Во всех случаях подпеченочное пространство дренировано через отдельный разрез в правой боковой поверхности живота, при деструктивных холециститах с явлениями местного перитонита подпеченочное пространство дренировали двумя дренажными трубками.

В послеоперационном периоде наряду с применением анальгетиков (50% Анальгин, Баралгин, Трамал), спазмолитиков (Но-шпа, Атропин) и симпатомиметического лечения проводят антибактериальную терапию и лазеротерапию.

Заключение. Анализ проведенных исследований показал, что для выбора доступа важны особенности телосложения, имеющиеся осложнения заболевания и тяжесть состояния больных. Применяемый косой мини-лапаротомный доступ при ОКХ приводит к ранней активизации больных и имеет важное значение в снижении осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

МЕТОД МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА В ХИРУРГИИ КИШЕЧНИКА

Б.Р. Абдуллажонов, Ф.Н. Нишанов, М.Ф. Нишанов, А.З. Отакузиев, Х.Р. Акбаров
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Республика Узбекистан

Цель: обосновать целесообразность формирования межкишечного инвагинационного анастомоза при резекции толстой кишки.

Материал и методы. На базе кафедры хирургических болезней клиники АндГосМИ за последние 10 лет по поводу опухолей толстой кишки были оперированы 68 больных. Все больные разделены на 3 группы. Первую группу составили 18 больных (26,5%), которым после резекции толстой кишки были наложены первичные межкишечные анастомозы традиционным способом с применением двухрядных швов. Вторую группу составили 18 больных (26,5%), которым были наложены первичные межкишечные анастомозы инвагинационным способом с применением однорядных швов. Третью группу составили 32 больных (47%), которым по показаниям была сформирована колостома.

В первой группе пациентов показанием к резекции кишки явились: из 18 больных рак правой половины – 12 (66,7%), рак поперечно-ободочной кишки – 1 (5,6%), рак левой половины – 5 (27,7%). Во второй группе: из 18 больных рак правой половины толстой кишки – 12 (66,7%), рак поперечно-ободочной кишки – 2 (11,1%), рак левой половины толстой кишки – 4 (22,2%). В третьей группе больных показанием к резекции кишки явились: из 32 больных рак правой половины толстой кишки – 4 (12,5%), рак поперечно-ободочной кишки – 9 (28,2%), рак левой половины – 19 (59,3%). Производится срединная лапаротомия, верификация диагноза, ревизия на операбельность, затем определяют подлежащий к удалению измененный участок толстой кишки и производят ее резекцию. Далее культя дистального отрезка кишки ушивается наглухо. Конец приводящего отрезка кишки длиной 3–4 см мобилизуется так, чтобы было сохранено его питание, а основание погружаемого отрезка кишки удерживают дистально за нити-держалки и накладывают задний ряд серозномускулярных подслизистых швов в один ряд. Первыми накладываются крайние швы, после этого мобилизованный конец приводящей кишечной трубки легко погружают в просвет дистальной. Затем накладывают один ряд узловых швов, формирующих переднюю стенку соустья.

Результаты. Анализ ближайших и отдаленных результатов показал, что осложнения местного характера наблюдались в основном в первой группе больных: несостоятельность – 2, анастомозит – 2, нагноение раны – 1; во второй группе: кровотечение – 1, нагноение раны – 1. Все 32 больных третьей группы при возможности выполнили оперативное вмешательство подвергаясь повторной реконструктивно-восстановительной операции.

Заключение. Анализ результатов показал, что инвагинационные анастомозы, применяемые в хирургии толстого кишечника как метод восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта, достаточно герметичны, хорошо функционируют, просты в техническом исполнении, значительно сокращают время наложения анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЭТАПА УСТАНОВКИ ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА У БОЛЬНЫХ С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

Х.К. Абулламитов, М.А. Тлбекова, О.В. Левченко
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Цель исследования: оценка результатов видеолaparоскопического этапа вентрикулоперитонеального шунтирования (ВПШ) у больных с гидроцефалией.

Материал и методы. За период с 01.01.2002 по 01.06.2013 гг. в нейрохирургических отделениях НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ВПШ под контролем видеолaparоскопии было выполнено 147 больным. Мужчин было 76 (51,7%), женщин – 71 (48,3%). Средний возраст составил 55,4±11,4 года.

Больным с гидроцефалией применяли шунты низкого давления «Medtronic» или «Codman». Для установки перитонеального конца шунта использовали видеоскопический комплекс аппаратуры и инструментарий «Karl Storz». Операции выполняли под общим обезболиванием с ИВЛ. В параумбиликальной области вводили 10-миллиметровый 30° лапароскоп. В правом подреберье устанавливали 6-миллиметровый троакар для инструментов, в эпигастриальной области – для проведения шунта в брюшную полость с последующей установкой его на диафрагмальную поверхность печени. После установки шунта контролировали его функцию.

Результаты. Удовлетворительный результат в послеоперационном периоде был получен у 133 пациентов (90,5%). Интраоперационные осложнения, не повлиявшие на результаты операции, наблюдались у 2 больных (1,3%): ранение брюшечки тонкой кишки иглой Вереша – у 1; поверхностное ранение печени – у 1. Неудовлетворительные результаты после операции отмечены в 14 случаях (9,5%). Из них у 11 пациентов осложнения возникли в среднем на 18,4±9,6 сут после операции, а у 3 – после выписки из стационара и в последующем потребовали повторной госпитализации. Нарушение функции шунтирующей системы было диагностировано у 11 больных (11,4%) и потребовало релапароскопии, при которой у 4 пациентов была выявлена дисфункция шунта, связанная со спаечным процессом в брюшной полости; в 2 случаях – с миграцией шунта в подкожно-жировую клетчатку передней брюшной стенки; в 5 наблюдениях дисфункция шунта возникла на уровне краниального отдела шунтирующей системы. Этим больным было выполнено повторное ВПШ. Гнойные осложнения развились у 3 пациентов (2,1%): нагноение в области помпы – у 1, нагноение по ходу подкожного тоннеля шеи и грудной стенки – у 2. Следует отметить, что гнойные осложнения не явились следствием лапароскопического этапа ВПШ.

Таким образом, видеолaparоскопия позволяет не только прицельно установить шунт в брюшную полость и проконтролировать его функцию, но и в случае ее нарушения устранить причину или выполнить повторное шунтирование. Удовлетворительные результаты при ВПШ с применением видеолaparоскопии были получены в 90,5% случаев.

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Б.Р. Абдуллажонов, Ф.Н. Нишанов, А.З. Отакузиев, М.Ф. Нишанов, Х.Р. Акбаров
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Республика Узбекистан

Цель исследования. Пути снижения таких осложнений операций, как: отек, анастомозит, непроходимость и особенно несостоятельности швов культи кишечника и межкишечного анастомоза путем декомпрессии кишечника.

Материал и методы. За период с 2004 по 2012 гг. на базе кафедры хирургических болезней клиники АндГМИ по поводу острой кишечной непроходимости были оперированы 376 больных. Из них 334 больным (88,8%) были произведены рассечение спаек, ликвидация заворота кишечника и т.п., а 42 больным (11,2%) было произведена резекция гангренозно-измененных участков кишечника с наложением различных видов межкишечных анастомозов («бок в бок» – 23, «конец в бок» методом инвагинации – 13, «конец в конец» – 6). Из них у 20 больных операция заканчивалась декомпрессией кишечника.

Методика декомпрессии кишечника. Для этой цели мы использовали хлорвиниловую 2% трубку диаметром до 1 см, микроиригатор длиной 1,5–2 м и боковые микроперфоративные отверстия. После сшивания задней губы межкишечного анастомоза декомпрессионный зонд с проксимального конца вводят в просвет кишечника через задний проход. Зонд проводят через анастомоз в приводящую петлю кишечника на 10–12 см и фиксируют на заднюю губу анастомоза кетгуттом. После этого накладывают переднюю губу анастомоза. Дистальный конец декомпрессионного зонда выводят наружу и фиксируют в виде суспензория.

Во время операции и послеоперационном периоде через микроиригатор вводили раствор фурацилина и промывали просвет проксимального и дистального отдела толстой кишки (лаваж). Это способствовала механическому очищению от микробов и снижению внутрипросветного давления (декомпрессия).

Применение данной методики декомпрессии кишечника при наложении различных видов анастомоза позволило нам значительно снизить частоту несостоятельности швов межкишечных анастомозов.

Заключение. Анализ результатов оперированных больных конкретно и четко показал, что промывания и декомпрессия межкишечных анастомозов при соблюдении техники наложения кишечного шва являются одним из существенных факторов в профилактике несостоятельности швов межкишечного анастомоза.

ПИОНЕРЫ СОСУДИСТОЙ БРИГАДЫ г. ЯРОСЛАВЛЯ**И.Ю. Абусова****Ярославская государственная медицинская академия
Ярославль, Р Ф**

Неотложная медицина, в частности хирургическая помощь пострадавшим, продолжает занимать ведущее место в деятельности хирургов Ярославля. Экстренные операции по поводу ранений сосудов и тяжелых повреждений конечностей прочно вошли в практику работы не только городских, но и региональных хирургических отделений. В настоящее время большинство экстренных операций требует вмешательства не только одного хирурга, а целой бригады специалистов, владеющих различными манипуляциями, в том числе по первичному шву сосудов при травмах.

В Ярославле специализированную помощь пациентам с повреждениями магистральных сосудов начали оказывать с 1962 г. Под руководством начинающего, но уже известного в городе хирурга (ныне доктора медицинских наук, академика РАМН) Ю.В. Новикова на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии Ярославского медицинского института начали проводить успешные эксперименты на собаках по временному протезированию бедренной артерии силиконовыми трубками из фторопласта. Одновременно велись эксперименты по реплантации конечности с восстановлением кровообращения по временным протезам и совершенствовалась методика восстановления поврежденных магистральных сосудов, мышц и нервов.

В 1964 г. совместно с коллегами (Ю.А. Давыдов, И.П. Хмелик, Т.Ф. Терпигорьева, Ю.В. Рябов и др.) Ю.В. Новиков на общественных началах создал в Ярославле одну из первых в стране выездную специализированную сосудистую бригаду для оказания экстренной помощи больным с повреждениями и острой патологией магистральных сосудов конечностей, владеющую техникой выполнения сосудистого шва, «которая выезжала не только в городские больницы, но и в районы». (ГАЯО. Ф. Р-2228. Оп. 7. Д. 11. Л.16.)

Спустя 10 лет в 1974 г. при поддержке заведующего областного филиала (И.В. Шаткина, А.Д. Тюляндина, В.П. Рубана) и ректора ЯГМИ профессора Г.В. Стовичика бригада получила статус межобластной (Ярославль – Кострома – Вологда). В ее состав вошли сотрудники хирургических кафедр ЯГМИ и практические врачи-хирурги (Ю.А. Давыдов, Н.В. Камкин, И.П. Хмелик, В.А. Борисов, В.К. Миначенко, Н.Н. Проценко, В.В. Голубев, В.И. Кружилина и др.). Вместе с ними в бригаду были включены квалифицированные анестезиологи и травматологи.

Используя самые различные средства передвижения – машины скорой помощи, вертолеты санитарной авиации, поезда – врачи экстренно направляли медсанчасть нефтеперерабатывающего завода или в сосудистое отделение Ярославской городской больницы им. Н.В. Соловьева для последующего лечения.

Материалы государственного архива Ярославской области за 1966 г. свидетельствуют, что пациентам с травматическими повреждениями производили пластические операции на сухожилиях, сосудах, нервах и коже. При тяжелых повреждениях конечностей отдавалось предпочтение сохраняющим операциям, а не ампутациям. (ГАЯО. Ф.Р. 2228. Оп. 7. Д. 212. Л.19.)

Благодаря своевременной диагностике различных травм и повреждений конечностей, связанных с ними разрывов мышц, нервов и сосудов и своевременной доставке пострадавших в больницы, качество лечения больных серьезно улучшилось. Сегодня данный вид медицинской помощи продолжает реализовываться в иных формах в хирургических и сосудистых отделениях, а также в сосудистых центрах многих лечебных учреждений Ярославля.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА**А.Х. Аапарян, Р.С. Гончаров, Д.Д. Устьянцев****Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров
Ленинск-Кузнецкий, Р Ф**

Целью работы явилась оценка эффективности хирургического лечения повреждений толстой кишки с использованием ретроспективного анализа демографических данных, типа и характера травмы, гемодинамического состояния, хирургических воздействий, осложнений и летальности.

Настоящая работа основана на анализе лечения 113 больных с травмами живота, находившихся на лечении в ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» в отделении хирургии № 2 в период с 2008 г. по 2012 гг. Наиболее частыми причинами травм явились колото-резаные ранения (61%), закрытая травма живота (35%), огнестрельные ранения и другие причины в 3% и 1% случаев соответственно. Летальность при сочетанных травмах живота составила 6,8% больных. У 113 больных (77% мужчин и 23% женщин) выявлена травма толстой кишки, причинами которой явились закрытая травма живота (n=41), колото-резаные ранения (n=65), огнестрельные ранения (n=4), ятрогении (n=3). Закрытая травма живота наиболее часто сочеталась с травмами опорно-двигательной системы у 38% пострадавших и черепно-мозговой травмой в 29,2% случаев.

Всем пострадавшим были проведены неотложные мероприятия по жизненным показаниям в первые сутки от момента поступления в стационар. Диагноз травматического повреждения толстой кишки ставили на основании клинического и инструментального обследования. Схема лечения больных включала диагностические и хирургические мероприятия.

На основании нашего опыта предложены хирургические мероприятия этапного ведения больных с закрытой травмой живота с учетом характера и размеров повреждения толстой кишки. Первоначально проведение рентгенологических и ультразвуковых исследований позволяло получить общее представление о наличии патологии брюшной полости. Хирургическая тактика включала выполнение лапароскопии с целью уточнения и дополнения предварительного диагноза, удаление жидкой крови и сгустков из брюшной полости, установки дренажей в брюшную полость, а также проведение лапаротомии. Лапаротомии были выполнены у 99% пострадавших, которые сопровождалась ушиванием раны у 66,4% (n=75), ушиванием раны с выведением под кожу у 18,6% (n=21), выведением колостомы – у 15% (n=16).

Сформулированы критерии, определяющие необходимость проведения лапароскопии, лапаротомии, видов хирургических операций, преимущество выполнения которых определялось объемом и тяжестью хирургической патологии. Так, у одной пациентки с травмой толстой кишки удалось успешно выполнить видеолапароскопическое ушивание раны ректосигмоидного перехода размерами до 1/3 диаметра.

Наибольшее число осложнений при травме толстой кишки было выявлено в виде количества случаев пневмоний (19,3%), нагноения ран (14,2%), перитонита (13,3%), тогда как количество зарегистрированных абсцессов и несостоятельности швов отмечали в 1,8% и 2,6% соответственно.

Таким образом, использование лечебно-диагностических мероприятий при травмах толстой кишки с учетом характера и размеров повреждений, тяжести состояния пострадавших позволяло осуществить раннюю и объективную диагностику, своевременно провести комплекс хирургического лечения, и тем самым, достигнуть снижения осложнений и летальности. Необходимо дальнейшее развитие и внедрение видеолапароскопических операций при травмах живота.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА**Т.М. Абрамова, К.Б. Белькова, Е.В. Белозерцева****Станция скорой медицинской помощи Новосибирск
Новосибирск, Р Ф**

Судорожный синдром — это одна из универсальных реакций организма на различные вредные воздействия и может встречаться при различных заболеваниях, поэтому на догоспитальном этапе для его дифференциальной диагностики первостепенное значение принадлежит тщательному изучению анамнеза, обстоятельств возникновения и клинической характеристики.

Рассмотрим некоторые из причин судорожного синдрома.

Для эпилепсии характерно: внезапность развития, независимо от предшествовавших событий, времени суток; возникновение во время сна; стремительный темп падения пациента и травматизация; нередко появление очаговой неврологической симптоматики во время приступа или после него; последовательно возникающие тонические и клонические судороги; возникновение постприступного угнетения сознания; амнезия припадка и событий, предшествовавших ему.

Для инсульта любого генеза характерно наличие очаговой и общемозговой симптоматики различной степени выраженности. Судороги при ОНМК могут быть признаком значительного повреждения головного мозга, нередко бывают первым симптомом, чаще протекают по типу парциальных приступов, реже – генерализованных.

При ЧМТ наблюдается повреждение кожных покровов, характерны общемозговые и очаговые симптомы, нарушение целостности костей черепа, ликворо- и гемоторрея. При субдуральных гематомах почти всегда выявляется анизокория.

Судорожный синдром при столбняке начинается остро с тризма жевательных мышц, распространяется на мышцы шеи, туловища и конечностей, иногда на мышцы гортани и глотки, дыхательную мускулатуру. Судороги отличаются резкой болезненностью, сопровождаются гипергидрозом, тахикардией, бронхопневмонией, сознание всегда сохранено.

Судороги при хроническом алкоголизме возникают в период абстиненции; припадок развивается на адренергическом фоне: повышение артериального давления, тахикардия, потливость, тремор. Преобладают генерализованные судороги.

При эклампсии, которая возникает на фоне нефропатии, вначале возникает мелкие фибриллярные сокращения мышц лица, затем тонические судороги на 10–20 секунд, большая часть сознания, развиваются клонические судороги.

Судорожный синдром при истерии характеризуется двигательной активностью при приступе, носит беспорядочный характер, нередко сопровождается криками. Сознание утрачивается полностью, сухожильные и кожные рефлексы сохраняются, патологических рефлексов и нарушений функционирования сфинктеров нет. Амнезии, припадка нет. Состояние больных после припадка удовлетворительно, больные обычно быстро приходят в себя.

При тетании понижение уровня кальция в крови вызывает повышение нервной и мышечной возбудимости. Характерны парциальные судороги, сознание при припадке сохранено.

Судороги при нарушении ритма сердца носят эпилептиформный характер, сопровождаются изменением пульса и АД. При фибрилляции желудочков над мечевидным отростком грудной клетки может выслушиваться своеобразное жужжание – симптом Геринга. Как и при эпилепсии для данного вида приступов характерна ретроградная амнезия.

Таким образом, тактика врача на догоспитальном этапе при судорожном синдроме определяется настроенностью в отношении широкого круга нозологий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СТРУКТУРЫ ОЖОГОВОГО ТРАВМАТИЗМА**Р.С. Ажиниязов, А.Д. Фаязов, У.Р. Камиллов****Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан**

Ожоги продолжают оставаться одним из наиболее частых и тяжелых видов бытовой и производственной травмы, требующих экстренной медицинской помощи. Актуальность и жизненная необходимость профилактики ожогов и борьба с ними определяются прежде всего высокой летальностью при тяжелых поражениях, длительностью и тяжестью лечения ожоговой болезни, долговременной, а иногда стойкой утратой трудоспособности.

Целью работы явилось изучение структуры и частоты ожогового травматизма с учетом сроков поступления и объема оказанной догоспитальной медицинской помощи тяжелообожженным.

В отделение комбустиологии РНЦЭМП МЗ РУз за период с 2002 по 2011 гг. были госпитализированы 12 525 больных с ожогами различной площади и глубины поражения, из них 3 633 (29,0%) – с явлениями ожоговой болезни, 8 892 (71,0%) – без клиники ожоговой болезни, так как ожоги были ограниченными. Среди всех тяжелообожженных детей и подростков было 2 369 (65,2%), пациентов в возрасте 18–60 лет – 1 126 (31,0%), пожилого и старческого возраста – 138 (3,8%). Из всех поступивших с тяжелыми ожогами у 412 больных (11,3%) имели место комбинированные и сочетанные поражения, а у 826 (22,7%) – различные сопутствующие заболевания.

Более половины из всех тяжелообожженных 1 962 (54,0%) поступили по линии скорой помощи с места происшествия или с направлениями поликлиник, травматологических пунктов. В 963 случаев (26,5%) пострадавшие поступили из мест происшествия самостоимом. По направлениям из других стационаров поступили 708 больных (19,5%).

Как известно, для эффективности и результативности медицинской помощи (наряду с площадью и глубиной ожоговой раны, возрастом пострадавшего, сопутствующей патологией) имеет определенное значение интервал времени между травмой и поступлением в стационар. Из общего числа тяжелообожженных 2 681 (73,8%) поступил в первые 6 часов после получения травмы, в 414 случаях (11,4%) – от 7 до 24 часов. В сроки от 1-х до 3-х суток госпитализированы 258 пострадавших (7,1%), в более поздние сроки – 280 (7,7%). Причинами позднего поступления явились: недооценка тяжести состояния пострадавших врачами поликлиник и травматологических пунктов; нежелание больного госпитализироваться; самостоятельное лечение. Это явилось причиной осложненного течения ожоговой болезни, увеличения частоты неблагоприятных исходов.

Таким образом, изучение структуры больных с тяжелыми ожогами показывает, что вопрос ожогового травматизма в Республике остается серьезной медицинской и социальной проблемой – 29,0% случаев в Узбекистане составляют пострадавшие с обширными и глубокими ожогами. Основной контингент тяжелообожженных составляют лица детского и трудоспособного возраста. Позднее поступление тяжелообожженных в специализированные учреждения обуславливает осложненное течение ожоговой болезни, ухудшает результаты лечения этого контингента пострадавших, что требует проведения работ, позволяющих улучшить медицинскую помощь на догоспитальном этапе.

**ОСТРЫЕ ХИМИЧЕСКИЕ ОТРАВЛЕНИЯ
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ**

Р.Н. Акалаев, А.А. Стопницкий, С.Э. Хайдарова

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ташкент, Республика Узбекистан

В Республике Узбекистан клиническая токсикология свое настоящее развитие получила, когда в результате глубокой структурной перестройки здравоохранения была создана система экстренной медицинской помощи, основу которой составил Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи в Ташкенте и в его 13 областных филиалах.

Свидетельством динамического развития токсикологической службы в стране являются организация с 2001 г. специализированных отделений острых отравлений химической этиологии, а также токсикологических коев в составе реанимационных отделений в РНЦЭМП и его филиалах, создание специализированных курсов и ординатуры по клинической токсикологии на базе кафедры экстренной медицинской помощи Ташкентского института усовершенствования врачей. Всего с 2001 по 2012 г. были подготовлены 26 врачей-токсикологов. В настоящее время по системе функционируют 144 токсикологические койки.

Согласно статистическим данным научно-клинического отдела токсикологии РНЦЭМП, в 2001–2012 гг. с острыми отравлениями химической этиологии госпитализированы 91 054 больных, в том числе дети (0–14 лет) – 17 843 (19,6%). Умерли в стационаре 2185, в том числе дети – 124. Летальность: общая составила 2,4%, детская – 0,7%. К сожалению, приходится констатировать значительный рост острых отравлений – с 6670 пациентов в 2002 г. до 12 134 в 2012 г., т.е. прирост составил свыше 81%.

По данным токсикологического мониторинга, в Ташкенте в 2001–2012 гг. среди населения отравления лекарственными средствами составили от 42,4% в 2001 г. до 55,2% в 2012 г., этиловым алкоголем – 20,2% и 26,7% соответственно, прижигающими ядами – 11,4% и 11,6%, биологическими ядами (укусы змей, насекомых) – 3,6% и 7,8%, угарным газом – 9,1% и 4,8%. Средний койко-день снизился с 3,1 в 2001 г. до 2,1 в 2012 г.

В качестве основных причин смерти выступили отравления: этиловым алкоголем и его суррогатами – 29,6% в 2001 г. и 41,3% в 2012 г.; уксусной кислотой – 34,2% и 18,6% соответственно; медикаментами – 22,7% и 6,4%; угарным газом – 7,1% и 3,2%; наркотиками – 1,2% и 2,1%. Среди умерших соотношение по полу (мужчины/женщины) составляет 1,6/1,1.

Общая летальность от острых отравлений за анализируемый период снизилась с 3,6% в 2001 г. до 2,3% в 2012 г.

Сокращению общей летальности и смертности по ряду нозологий, таких как отравления медикаментами, уксусной кислотой, угарным газом, а также снижению койко-дней способствовало внедрение современных методов детоксикации: гемодиализ, плазмаферез, гипербарическая оксигенация, энтеросорбция, кишечный лаваж и стандартизация интенсивной терапии. Всего в составе отделений токсикологии РНЦЭМП функционируют 32 аппарата гемодиализа и 15 аппаратов плазмафереза. В составе отдела токсикологии организован кабинет суицидологии.

Активно используются современные методы диагностики, такие как специализированная лабораторная диагностика острых отравлений, эндоскопическая диагностика химических ожогов желудочно-кишечного тракта, компьютерная томография, ультразвуковая диагностика и др.

В случае поступления пациентов с острым отравлением в стационары не входящие в систему экстренной медицины, налажена четкая консультативная помощь специалистами-токсикологами по линии санитарной авиации. Ежегодно выполняют до 120 консультаций.

В перспективе развития токсикологической службы мы предусматриваем создание химико-токсикологической лаборатории, информационно-консультативного токсикологического центра, а также совершенствование оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе путем организации специализированных токсикологических бригад скорой помощи.

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОМ КОЛОСТАЗЕ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ**

Х.А. Акилов, Ф.Х. Саидов

Ташкентский институт усовершенствования врачей,

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования: результаты ультразвукового исследования органов брюшной полости в диагностике морфофункциональных изменений у детей с хроническим колостазом, поступивших с клиникой «острого живота».

Материал и методы. В отделении неотложной хирургии детского возраста Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (г. Ташкент) с 2006 г. и по настоящее время на лечении находились 75 детей с различной патологией толстой кишки, страдающих хроническими запорами, из них 45 мальчиков (60%) и 30 девочек (40%) в возрасте от 3 месяцев до 14 лет.

Все пациенты поступили с клиникой «острого живота»: острой кишечной непроходимостью, заворотом толстой кишки, острым аппендицитом.

В ходе динамического наблюдения острая хирургическая патология была исключена, после купирования болевого синдрома дети были обследованы. У 14 детей (18,7%) диагностированы долихоколон и долихомегаколон, у 14 (18,7%) – болезнь Гиршпрунга, у 35 (46,7%) – долихоsigmoid, у 1 (1,3%) – синдром Пайра, у 1 (1,3%) – врожденное сужение анального канала, у 10 (13,3%) – функциональные запоры.

Проводили ультразвуковое исследование на аппарате «Hitachi-EUB 500» с целью выявления морфофункциональных изменений внутренних органов. Подробно были изучены поджелудочная железа, печень, желчный пузырь, толстая и прямая кишка, почки.

Результаты. У 35 пациентов (46,7%) была диагностирована полиорганная патология, в том числе: повышение эхогенности поджелудочной железы – у 17 (22,7%); различные нарушения формы, диаметра, сжатие прямой кишки – у 15 (20%); изменение формы, плотности стенки желчного пузыря с признаками хронического холецистита – у 9 (12%); увеличение печени от 1,0 до 3,5 см от края реберной дуги, уплотнение паренхимы печени – у 28 (37,3%).

Трансабдоминальный ультразвуковой метод с заполнением просвета толстой кишки 0,9% раствором натрия хлорида позволил выявить анатоми-топографическое расположение толстой кишки в брюшной полости, структурные изменения стенки ободочной кишки, ее тонус и характер перистальтики.

Характерные эхографические признаки дегенеративных нарушений имели место у 45 детей (60%): неравномерность гаустрации, неравномерное утолщение кишечной стенки, потеря ее слоистости с изменением эхоструктуры и эхогенности. Наблюдали воспалительные изменения в толстой кишке, утолщение ее стенки более 5 мм, неровность внутренних и внешних контуров, расширение просвета толстой кишки, снижение перистальтики. У 5 пациентов (6,7%) отмечали воспалительные изменения почек, признаки гидронефроза.

Выводы. Таким образом, у детей с хроническим колостазом, поступивших в экстренном порядке, УЗИ органов брюшной полости позволяет своевременно диагностировать полиорганную патологию и предпринять необходимые меры.

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ЯНТАРНОЙ
КИСЛОТЫ НА РАННЕМ ЭТАПЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ**

Р.Н. Акалаев, А.А. Стопницкий

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ташкент, Республика Узбекистан

В патогенезе отравлений уксусной кислотой большая роль отводится развитию гипоксии тканей, активации процессов липопероксидации. Целесообразным является включение в комплекс лечебных мероприятий препаратов, обладающих антиоксидантными, антигипоксантными и мембранопротекторными свойствами.

Цель исследования: изучить эффективность применения метаболитического препарата на основе янтарной кислоты на раннем этапе острых отравлений уксусной кислотой тяжелой степени.

Материал и методы. Объектом исследования послужили 126 больных с острым отравлением уксусной кислотой тяжелой степени, находившихся на лечении в отделении токсикологической реанимации РНЦЭМП в 2010–2012 гг., возраст больных – от 17 до 54 лет, сроки поступления в стационар – от 1 до 3 часов с момента отравления. Все больные были разделены на 2 клинические группы в зависимости от проводимого лечения.

I группа – 72 больных, поступивших в 2011–2012 гг., комплекс традиционных мероприятий у которых дополняли инфузией цитофлавина – субстратного метаболитического препарата на основе янтарной кислоты. Препарат вводили парентерально по 20,0 мл в/в капельно на 5% глюкозе 2 раза в сутки начиная с момента поступления на 1–10-е сутки лечения.

II группа – 54 больных, поступивших в 2010 г., которым проводили традиционную комплексную медикаментозную терапию.

У больных определяли уровень мочевины, креатинина, билирубина, АлТ, АсТ и диастазы в сыворотке крови (после купирования гемолиза), а также маркеры эндотоксикоза – средние молекулы (СМ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), индекс сдвига нейтрофилов (ИСН) на 3, 5, 9–10-е сутки. Также изучали частоту развития пневмонии, острой почечной недостаточности.

Результаты и их обсуждение. Детоксикационный и цитопротекторный эффект цитофлавина в I группе подтвержден динамикой показателей внутриклеточных ферментов печени – снижением уровня АлТ в 1,6, АсТ – в 1,5 раза, билирубина – в 1,4 раза, мочевины – в 1,3 и креатинина – в 1,4 раза к 9–10-м суткам по сравнению с исходными показателями. Во II группе динамика снижения биохимических показателей значительно отставала от I, и на 9–10-е сутки сохранялся высокий уровень мочевины, креатинина, диастазы, АлТ и АсТ.

У пациентов I группы уже на 3-и сутки уровень СМ в крови (фракция E254) был в 1,3 раза ниже, чем у больных II группы. На 5-е сутки в I группе данный показатель почти приблизился к норме (до 0,284±0,48), снизившись в 2,2 раза. Во II группе на 5-е и 9–10-е сутки динамика снижения данного показателя значительно отставала от I – в 2,2 и 2,3 раза.

Что касается гематологических показателей интоксикации, то на фоне применения субстратного метаболита у пострадавших I группы, на 3, 5 и 9–10-е сутки показатель ЛИИ был в 1,2–1,4–1,7 раза, а ИСН в 0,9–1,3–1,4 раза соответственно ниже, чем во II группе.

Анализ прямых критериев эффективности цитофлавина показал, что частота развития пневмонии в I группе оказалась 14%, а в группе сравнения пневмония развилась у 54% пациентов. Острая почечная недостаточность у пациентов I группы развилась в 9,5%, во II группе данный показатель составил 26,4%, что в 2,7 раза выше, чем в I группе.

Вывод. Препарат цитофлавин значительно повышает эффективность лечения больных с острыми отравлениями уксусной кислотой за счет антиоксидантных и гепатопротекторных свойств препарата.

**СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СКАНИРУЮЩЕЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ
МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ**

Х.А. Акилов, Ж.Б. Бекназаров, Э.Б. Хаккулов

Ташкентский институт усовершенствования врачей,

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Сравнительных исследований структуры различных отделов мочеточников при рефлюксирующем и обструктивном уретерогидронефрозе с использованием сканирующей электронной микроскопии (СЭМ) не проводили. Указанное обусловило проведение сравнительных исследований различных отделов мочеточника у пациентов с рефлюксирующим и обструктивным уретерогидронефрозом с помощью СЭМ.

Методы исследования. Для СЭМ образцы ткани из проксимальной и дистальной частей мочеточников при рефлюксирующем и обструктивном уретерогидронефрозе, полученные во время оперативного вмешательства, фиксировали 2,5% раствором глутарового альдегида на фосфатном или какодилатном буфере, дофиксировали 1% раствором четырехоксида осмия, после обезжиривания в спирте – ацетоне, затем высушивали методом критической точки в аппарате HCP-2 и напыляли золотом в аппарате IB-2.

Результаты. При СЭМ-исследованиях дистальных отделов мочеточников у пациентов с рефлюксирующей формой уретерогидронефроза в толще стенки дистальной части мочеточника определяются крупные лакуны. Они представляют собой зоны скопления экссудата. Просветы этой части мочеточников сужены. На просветной поверхности отмечены скопления клеток крови с доминированием эритроцитов, имеют место эрозированные участки эпителиальной выстилки. Многочисленные клетки крови и мигрирующие клетки соединительной ткани располагаются в более глубоких слоях стенки мочеточников, включая внутренний продольный и наружный циркулярный слои мышечной оболочки. При этом во внутреннем слое располагаются многочисленные лакуны и прослойки соединительнотканых волокон. В проксимальной части мочеточника при рефлюксной форме уретерогидронефроза при СЭМ-исследованиях определяют расширение просветов мочеточников с более или менее ровной поверхностью, без эрозий и участков десквамации эпителия. На поверхности адвентиции располагается слой мезотелиоцитов с плохо различимыми межклеточными границами и характерными выбуханиями в области перикариона.

При обструктивном уретерогидронефрозе СЭМ-исследования в области обтурации выявляют разрастания соединительной ткани, представленной, главным образом, волокнистыми компонентами. Проксимальные участки мочеточников довольно тонкостенные с хорошо различимыми оболочками – слизистой, мышечной, с двумя слоями – внутренним продольным, наружным циркулярным и адвентициальным.

Вывод. Выявленные изменения необходимо учитывать при выборе метода оперативного лечения пациентов с уретерогидронефрозом.

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ
Х.А. Акилов, Д.А. Исмаилов, У.С. Аминов
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан

К осложнениям пневмонии относят: легочные (метаневмонические плевриты, легочную деструкцию, абсцесс, пневмоторакс и пиопневмоторакс) и внелегочные (инфекционно-токсический шок, ДВС-синдром, сердечно-сосудистую недостаточность, респираторный дистресс-синдром).

Цель исследования: оценка возможности мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) при различных формах осложнений пневмонии у детей. Изучение частоты встречаемости гнойной деструкции легких у детей с осложненными пневмониями.

Материал и методы. Под наблюдением находились 150 больных с осложненной пневмонией в возрасте от 1 мес. до 6 лет, находившихся в 2010–2012 гг. в отделениях экстренной педиатрии, детской хирургии и реанимации интенсивной терапии РНЦЭМП. Среди наблюдавшихся девочки составили 36% пациентов, мальчики – 64%.

По возрастам: дети до 1 года составили 58%, от 1 года до 3 лет – 39%, с 3 до 6 лет – 3% больных. Из других стационаров в связи с ухудшением состояния на 5–10-е сутки болезни поступили 14% пациентов. Давность заболевания у 32% больных составляла до 3 суток, с 3 до 10 суток – 48%, свыше 10 суток – у 20 % больных.

Результаты и обсуждение. Детям в возрасте до 4 лет МСКТ выполняли в состоянии медикаментозного сна, пациентам старшего возраста МСКТ осуществляли без медикаментозного сна. Больного ребенка укладывали на компьютерно-томографический стол в горизонтальном положении на спине и выполняли поперечные срезы грудной клетки.

КТ-исследование проводили в первые дни заболевания и в процессе лечения в среднем через 2 недели. МСКТ выполняли после рентгенологического исследования в тот же день или через небольшой интервал времени (от 48 часов до 4 суток). В 32% случаев, когда давность заболевания составляла до 3 суток, в плевральной полости гнойный экссудат был плотностью 10–25 ед.Н. После пролитывания экссудата фибробластами начинается образование фиброзных швартов в плевральной полости.

У 48% больных давность заболевания составляла менее 10 суток, выявлены различные патологические изменения в плевральной полости: в большинстве случаев экссудат неоднородно повышенной плотности от 5–35 ед.Н располагался в задне-латеральных отделах плевральной полости. У 20% больных давность заболевания составляла более 10 суток, на МСКТ ткань легкого практически не просматривается, в плевральной полости фиброзные наложения плотностью до 50 ед.Н.

Вывод. МСКТ позволила диагностировать наличие плевральных осложнений в более ранние сроки, чем обычная рентгенография, представила возможность оценивать форму, истинные размеры и протяженность гнойной полости, состояние легочной паренхимы и экстраплевральных тканей. Выявление и оценка протяженности плевральных наслоений явились важным для выбора объема и оптимального доступа оперативного вмешательства, определяли травматичность пневмолитиза. КТ позволила точно оценить распространенность плевральных наслоений в продольном и поперечном направлении, определить их размеры и плотность. С помощью данного вида исследования были выявлены плевральные наслоения, не диагностированные с помощью рентгенографии грудной клетки.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ
Х.А. Акилов, Ф.Х. Саидов, Ж.У. Хусанходжаев
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан

Одной из причин госпитализации детей по экстренным показаниям являются различные патологии толстой кишки, которые не всегда диагностируются.

Цель исследования: применение мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в диагностике патологии толстой кишки у детей, поступивших с клиникой «острого живота».

Материал и методы. В отделении неотложной хирургии детского возраста Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (Ташкент) с 2006 г. по настоящее время обследованы 75 детей с различной патологией толстой кишки, страдающих хроническими запорами, из них 45 мальчиков (60%) и 30 девочек (40%) в возрасте от 3 мес до 14 лет. Все пациенты поступили с клиникой «острого живота»: острого аппендицита, острой кишечной непроходимости, с заворотом толстой кишки, кишечной коликой.

В ходе динамического наблюдения после исключения острой хирургической патологии больным проводили инфузионную, спазмолитическую и симптоматическую терапию. После купирования болевого синдрома дети были обследованы с целью уточнения причин частых приступов болей в животе.

МСКТ-исследование проводили на 40-срезовом компьютерном томографе *Brilliance* фирмы *Philips* при следующих параметрах: 50–140 мАс, 80 кВ, толщина среза – 1,5 мм. Сканирование осуществляли в положении ребенка на спине после предварительного введения с помощью клизмы 1,5 л воды с добавлением 20 мл 76% контрастного вещества тразографа.

Результаты и обсуждение. По результатам МСКТ-контрастирования, у 7 детей (23,3%) были диагностированы долихоколон и долихомегаколон, у 4 (13,4%) – цекоилеальный рефлюкс, у 3 (10%) – синдром мальротации, у 13 (43,3%) – долихоsigmoid, у 3 (10%) – болезнь Гишпрунга.

С помощью двухмерных многоплоскостных реконструкций и 3D-реконструкции определяли форму кишки, ее расположение, контуры, гаустрацию, ширину просвета на всем протяжении, наличие деформаций контура, стенозов, удлиненных отделов или добавочных петель толстой кишки. Трехмерный сплоск просвета толстой кишки позволял выявить цекоилеальный рефлюкс, аномалии развития (долихоsigmoid, долихоколон, мегаколон, болезнь Гишпрунга).

Долихомегаколон выявляли на основании удлинения и расширения толстой кишки на всем ее протяжении, цекоилеальный рефлюкс – на основании заполнения тонкой кишки контрастом в результате ее заброса из толстой кишки. Критериями диагностики долихоsigmoid, по данным МСКТ, явились удлинение сигмовидной кишки, формирование 2 петель и более, расположение удлиненных петель сигмовидной кишки в правых отделах брюшной полости.

Вывод: таким образом, с помощью МСКТ толстой кишки возможно выявить причину хронического колостазы, при котором дети с клиникой «острого живота» поступают в отделение экстренной медицинской помощи.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПИОПНЕВМОТОРАКСЕ У ДЕТЕЙ
Х.А. Акилов, У.С. Аминов, Ф.Ш. Примов
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Пиопневмоторакс фактически является осложнением других заболеваний. Почти у 60% больных пиопневмоторакс возникает в связи с воспалительными процессами в легких (на фоне острой пневмонии 7%, абсцесса легкого 9–12%).

Целью данного исследования является обобщение и анализ опыта лечения больных с пиопневмотораксом различной этиологии.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 48 больных детей с различным течением пиопневмоторакса с 2005 по 2012 г. Заболевание с одинаковой частотой встречалось у мальчиков 25 (52%) и у девочек 23 (47,9%). Двухстороннее поражение у 9 детей (18,7%). Основными клиническими признаками явились кашель с выделением мокроты, одышка, повышение температуры тела, а также признаки интоксикации организма.

У 22 больных (45,83%) выявлен пиопневмоторакс и у 26 (54,1%) – пиоторакс, из них у 5 (19,2%) – пристеночная эмпиема плевры. В 19 случаях (39,5%) диагностировано сочетание с легочной формой БДЛ, из них в 7 (36,8%) – абсцесс легких и гангрена, вскрывшаяся в плевральную полость с наличием свища.

В 35 наблюдениях (72,9%) наложен торакоцентез с дренированием плевральной полости. Из них у 9 (25,7%) в связи со спайчным процессом, наличием шварт и плотным каркасом на поверхности спавшего легкого произведена торакоскопия.

В 13 наблюдениях (27%) из-за наличия осумкованного процесса и формирования пиопневофиброторакса операция начата торакоскопически с последующим переходом в торакотомию с декортацией легкого, частичной плеврэктомией, санацией и дренированием плевральной полости.

Во всех случаях назначена антибактериальная (по чувствительности), бронхолитическая, противовоспалительная терапия, дыхательная гимнастика. У оперированных больных заживление операционной раны первичное. Все пациенты в удовлетворительном состоянии выписаны домой.

Таким образом, анализ заболевания позволяет прийти к выводу, что прогресс в этом сложном разделе педиатрии и хирургии должен быть связан, прежде всего, со своевременным предупреждением легочных нагноений, внедрением в клиническую практику достижений последнего десятилетия в лечении эмпиемы плевры.

ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ
И.В. Александрова, С.И. Рей, В.В. Киселев, М.Е. Ильинский, Г.А. Бердников, Л.В. Марченкова
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Введение и цель исследования. Острое почечное повреждение (ОПП) – частое и грозное осложнение у больных в критическом состоянии, сопровождается значительной летальностью, увеличением длительности нахождения больных в отделениях реанимации. Целью нашей работы являлась оценка клинической характеристики и выявление факторов риска неблагоприятного исхода у больных с ОПП, исходя из сроков развития ОПП.

Методы. Обследованы 206 пациентов, находившихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с декабря 2011 по июнь 2012 г., у которых течение основного заболевания осложнилось развитием ОПП. Диагностику ОПП проводили с использованием критериев *KDIGO*. Больные ретроспективно были разделены на две группы в зависимости от времени развития ОПП. В группу раннего развития ОПП вошли 140 больных (68%), у которых почечное повреждение развилось в течение 48 ч от момента поступления в реанимационное отделение. 66 больных (32%), у которых почечное повреждение развилось после 48 ч, медиана 216 (интерквартильный размах 96–384) ч, составили группу позднего ОПП.

Результаты. При проведении сравнительной характеристики групп установлено, что больные с поздним развитием ОПП были достоверно старше (таблица), имели более высокий уровень сывороточной концентрации мочевины. У данной группы больных сепсис являлся причиной развития почечной дисфункции в два раза чаще, чем в группе раннего развития ОПП. В то же время в группе раннего ОПП достоверно чаще применяли методы заместительной почечной терапии. Позднее развитие ОПП являлось достоверным фактором риска неблагоприятного исхода с использованием регрессионной модели Кокса, относительный риск составил 2,2 (95% доверительный интервал 1,5:3,2). Больные с поздним ОПП имели достоверно худшую выживаемость, что подтверждалось использованием метода Каплан-Мейера ($\log\text{-rank } p = 0,000$).

Таблица
Клиническая характеристика групп на момент диагностики острого почечного повреждения

Показатели*	Группа раннего развития ОПП	Группа позднего развития ОПП	p
Пол (м/ж)	98/42	39/27	0,08
Возраст (годы)	49,9 (17,6)	62,9 (16,1)	<0,001
Хирургическое вмешательство (%)	82 (58,6)	45 (68,2)	0,186
Сывороточный креатинин (мкмоль/л)	220,0 (143,0–341,3)	196,5 (151,0–264,0)	0,309
Сывороточная мочевина (моль/л)	14,0 (10,0–21,0)	21,0 (16,0–27,1)	0,0001
Сепсис (%)	31 (22,1)	29 (43,9)	0,0052
Заместительная почечная терапия (%)	100 (71,4)	26 (39,4)	<0,001
Летальность (%)	70 (50)	50 (75,8)	0,018

* Данные представлены – медиана (интерквартильный размах).

Заключение. Таким образом, наше исследование показывает, что группа с ОПП у больных реанимационного профиля далеко не однородна, сроки развития ОПП играют важную прогностическую ценность, поскольку позднее развитие почечного повреждения является независимым фактором риска смертельного исхода.

ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Х.П. Алимова, Э.А. Сатвалдиева, М.Б. Алибекова

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ташкент, Республика Узбекистан

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.

Целью исследования явилось лечение поражения миокарда с развитием острой сердечной недостаточности у детей на фоне пневмонии.

Материал и методы исследования. В исследование включен 31 ребенок в возрасте от 5 месяцев до 4 лет с пневмонией, осложненной острой сердечной недостаточностью, находившихся в отделении реанимации (ОАРИТ) и в педиатрических отделениях РНЦЭМП за период 2012–2013 гг.

Девочек было 10, мальчиков – 21. Из них с полисегментарной пневмонией 26 детей (84%), с очаговой – 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 1–2 ст. Отмечалась бледность кожных покровов, акроцианоз. При аускультации у всех пациентов тоны сердца приглушены, у 30% детей выслушивался систолический шум. Увеличение размеров печени наблюдалось у 45% детей.

На рентгенограмме грудной клетки отмечались у 5 детей (16%) – двусторонняя полисегментарная, у 16 (52%) – правосторонняя, у 5 (16%) – левосторонняя полисегментарная, у 5 (16%) – двусторонняя очаговая пневмония, также у 10 (32%) отмечалась гипертрофия левого желудочка.

На ЭКГ выявлялись различные виды обменно-дистрофических нарушений в миокарде, которые возникали в результате гипоксических, токсических и воспалительных влияний на миокард.

Медикаментозная терапия была направлена на лечение основного заболевания (антибактериальная терапия), восстановление сердечной недостаточности, гемодинамики, дыхания, неотложную коррекцию метаболических нарушений, профилактику возможных осложнений. Антибактериальная терапия проводилась эмпирически – цефалоспорины 3-го поколения – цефтриаксон по 75–100 мг/кг/сут в комбинации с аминогликозидами – амикацин 12 мг/кг/сут, 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 комбинации с диуретиками и другими препаратами. При преобладании перегрузки в малом круге кровообращения применяли допамин 4–6 мг/кг/мин, лазикс 2–4 мг/кг.

Выводы. Таким образом, осложнение острой сердечной недостаточности у детей раннего возраста отмечалось в основном при полисегментарных пневмониях. Лечение пораженного миокарда у больных с осложненной формой пневмонии должно быть ранним и дифференцированным. При снижении сократительной способности миокарда целесообразно применение сердечных гликозидов.

КТ И МРТ В ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А.В. Араблинский, Ю.В. Сидорова, А.В. Шабунин, Д.В. Шиков, С.С. Лебедев

Городская клиническая больница им. С.П. Боткина,

Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова

Москва, РФ

Цель. Проверка эффективности разработанной методики диагностики, динамического наблюдения и определения лечебной тактики больных острым панкреатитом.

Материал и методы. В нашей клинике была разработана диагностическая методика наблюдения больных острым панкреатитом. Она заключается в последовательном применении лучевых методов диагностики (УЗИ, КТ и МРТ) для определения степени распространенности панкреатических и парапанкреатических воспалительных изменений при остром панкреатите. Метод позволяет определить оптимальную хирургическую тактику, спланировать этапы операции, если это требуется, и определить оптимальный доступ для чрескожного дренирования и оперативных вмешательств в зависимости от локализации и объема изменений.

Данный диагностический алгоритм применяли у 68 пациентов с острым панкреатитом в период с ноября 2011 по октябрь 2012 г., результаты лечения сравнивали с контрольной группой, состоявшей из 70 пациентов, у которых применяли стандартную диагностическую и лечебную тактику, принятую в нашей клинике.

Результаты. В первой группе были значительно ниже послеоперационная летальность и количество поздних септических осложнений. Также применение нового диагностического подхода позволило уменьшить количество послеоперационных местных осложнений, таких как вентральные грыжи и наружные и внутренние свищи и уменьшить сроки госпитализации пациентов.

Заключение. Новый диагностический подход с применением УЗИ, КТ и МРТ позволяет планировать оперативную тактику лечения больных острым панкреатитом, что улучшает результаты лечения и снижает риск послеоперационных осложнений и смертность.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТОКСИКО-ГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НА АПОПТОЗ ЛИМФОЦИТОВ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ

Ю.В. Андреев, А.В. Бадалян, М.В. Сторожева, Н.В. Боровкова,

Ю.С. Гольдфарб, К.К. Ильяшенко

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Увеличение сроков лечения больных с острыми отравлениями нейротоксикантами (Н) часто обусловлено развитием токсико-гипоксической энцефалопатии (ТГЭ), в патогенезе которой большую роль играет эндотоксикоз (Э). В последнее время при разных патологических состояниях выявлена зависимость уровня апоптоза лимфоцитов периферической крови от степени тяжести Э. Однако в клинической токсикологии указанные исследования не проводили.

Цель исследования – изучение апоптоза лимфоцитов венозной крови и влияния на него разных комбинаций лечения в реабилитационном периоде острых отравлений Н, осложненных ТГЭ.

Материал и методы. Обследованы 26 пациентов в возрасте 18–60 лет с острыми отравлениями Н, осложненными ТГЭ. Из реанимации больные переведены в отделение реабилитации на 10–12-е сут после окончания детоксикационных и реанимационных мероприятий.

В зависимости от комбинации методов лечения, проводимого в период реабилитации, было сформировано четыре группы пациентов. 1-я группа – 5 пациентов, которым проводили внутривенные капельные инфузии раствора мексидола (М). Во 2-й группе (5 пациентов) – введение М сочетали с сеансами гипербарической оксигенации (ГБО), проводимой ежедневно при давлении 0,4–0,6 избыточных атмосфер в течение 40 мин курсами по 10 сеансов. В 3-й группе (8 пациентов), наряду с введением М, применяли метод мезодизенцефальной модуляции (МДМ). В 4-й группе (8 пациентов) использовали комбинацию процедур МДМ, ГБО и введение М.

Исследование апоптоза с помощью *Annexin V/TAAD Kit*, определение концентрации погибших лейкоцитов проводили при поступлении пациентов в реабилитационное отделение и перед выпиской, контрольную группу составили доноры крови.

Результаты исследования. Отмечено, что при переводе в реабилитационное отделение у больных сохранялись признаки эндотоксикоза средней степени тяжести: умеренный лейкоцитоз, повышенное содержание погибших лейкоцитов, отмечен усиленный апоптоз лимфоцитов, что связано с активацией иммунной системы.

При включении в комплекс лечебных мероприятий М содержание погибших лейкоцитов нормализовалось ($0,084 \pm 0,014 \cdot 10^9/\text{л}$), увеличилось количество лимфоцитов, вступающих в апоптоз, что связано с необходимостью элиминации клеток эфр факторов после реализации своих защитных функций. Во 2-й и 3-й группах отмечена тенденция к нормализации содержания в крови лейкоцитов ($7,8 \pm 0,7 \cdot 10^9/\text{л}$ и $7,4 \pm 0,6 \cdot 10^9/\text{л}$), при этом сохранялась умеренно повышенная концентрация погибших лейкоцитов, соответствующая эндотоксикозу средней степени тяжести. В 4-й группе при комбинации процедур ГБО, МДМ и введения М сохранялись признаки эндотоксикоза средней степени тяжести, отмечалась тенденция к увеличению концентрации апоптотических лимфоцитов.

Таким образом, в реабилитационном периоде у больных с отравлениями Н, осложненных ТГЭ отмечен усиленный апоптоз лимфоцитов в результате активации иммунной системы, зарегистрирован эндотоксикоз средней степени тяжести. Снижение степени эндогенной интоксикации у пациентов в этот период обусловлено преимущественно применением мексидола. Влияние ГБО и МДМ на апоптоз лимфоцитов требует дальнейшего изучения.

К ВОПРОСУ О ПРЕПОДАВАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

А.В. Арутюнов, С.Н. Линченко, А.А. Сухинин, Д.И. Ушмаров, А.А. Колодкин

Кубанский государственный медицинский университет МЗ России

Краснодар, РФ

Актуальность оказания первой помощи не нуждается в представлении ввиду постоянного увеличения роли технического фактора в социуме, а как следствие имеет место рост дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и травматизма. Первую помощь на месте ДТП получают лишь 5,7% пострадавших (Н.П. Пахомова и соавт., 1995), хотя неотложные мероприятия требуются не менее чем 65% участникам ДТП.

Подготовку студентов медицинского вуза в области неотложных состояний, как, например, сердечно-легочная реанимация, проводят на 3-м и 6-м курсах в рамках преподавания общей хирургии и в цикле анестезиологии и реаниматологии. А вот оказанию первой помощи на месте происшествия подручными средствами и в минимально-достаточном объеме практически не уделяется внимания.

С введением нового Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования (ФГОС ВПО-3) студенты медицинского вуза приходят на практику по основам ухода уже на 1-м курсе обучения, причем подготовка оказанию первой помощи не входит в базовую часть профессионального цикла.

Кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф при участии Центра практических навыков ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России разработаны рабочая программа и учебно-методический комплекс вариативного курса «Основы оказания первой помощи пострадавшим и ухода» объемом 72 часа в рамках профессионального цикла дисциплин по специальности «Лечебное дело».

Программа составлена с учетом рекомендованной Минздравсоцразвития РФ (Протокол заседания Координационного совета по медицинскому и фармацевтическому образованию от 23.03.2012 г. № 7; Письмо зам. министра Минздравсоцразвития РФ В.И. Скворцовой органам исполнительной власти субъектов РФ от 06.04.2012 г. № 16-3/162-3361) примерной программы дополнительного образования «Оказание первой помощи детям при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, угрожающих жизни и здоровью». Она предусматривает освоение ряда профессиональных компетенций (ПК-5, 7, 14, 21, 25) согласно ФГОС ВПО-3.

По окончании курса студенты могут самостоятельно оценить состояние больного или пострадавшего, выявить жизнеопасные нарушения, своевременно оказать первую помощь для спасения его жизни, предупредить угрожающие жизни осложнения при бытовых или производственных травмах, ДТП, отравлениях и иных несчастных случаях, организовать уход за пострадавшим.

Элементы программы успешно отработаны при обучении членов Студенческого спасательного отряда ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава РФ и в подготовке волонтеров Волонтерских центров Кубани.

ЭФФЕРЕНТНАЯ ПОДДЕРЖКА РАННЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ НЕПРЕРЫВНОЙ КОРРЕКЦИИ ГОМЕОСТАЗА С ЦИТРАТНОЙ АНТИКОАГУЛЯЦИЕЙ

Е.Н. Архипов, А.Н. Ашарин, Ю.И. Тюрников

Городская клиническая больница № 36

Москва, РФ

В нашей стране среди травм мирного времени ожоги занимают 4-е место, составляя 400 000–450 000 пострадавших в год, из которых на стационарном лечении находятся до 100 000 человек (А.А. Алексеев, 2009). В структуре их распределения по тяжести травмы больные с ожогами более 40% поверхности тела составляют до 9% от общего числа госпитализированных пациентов в ожоговые стационары (А.А. Алексеев, Ю.И. Тюрников, 2010). При этом общая летальность у взрослых пациентов, по разным данным, составляет от 4,1 до 6,5%, а при обширных ожогах достигает 30% и более.

Современные методы хирургического лечения и интенсивной терапии пациентов с критическими и субкритическими ожогами не всегда достаточно эффективны. Эта проблема становится особенно острой при чрезвычайных ситуациях – техногенных катастрофах, военных конфликтах, террористических актах, сопровождающихся массовым поступлением пострадавших. Поэтому полноценная интенсивная терапия на фоне раннего хирургического лечения с применением экстракорпоральных методов детоксикации и непрерывной коррекции гомеостаза является одной из важнейших проблем в лечении больных с обширными ожогами.

В ожоговом центре ГКБ № 36 с 2005 г. используются методы экстракорпоральной коррекции гомеостаза с применением системы «PRISMA», а с 2008 г. – «PRISMA FLEX», позволяющие осуществлять экстракорпоральную детоксикацию, регулирование водно-электролитного баланса, почечно-заместительные и плазмообменные процедуры. Данные методики широко распространены, используются при различной патологии и имеют много положительных сторон, однако при критических термических травмах, всегда сопровождающихся эрозивно-язвенным поражением желудочно-кишечного тракта, часто с сопутствующим кровотечением, имеют множество ограничений вследствие системного действия гепарина.

Применение «PRISMA FLEX» с использованием цитратной антикоагуляции, на наш взгляд, позволяет решить эту проблему. Цитрат, вводимый до фильтра, предотвращает свертывание крови, образуя соединения с ионизированным кальцием, и вызывает выраженную гипокальциемию в фильтре. Часть комплексов лимонно-кислого кальция выводится с ультрафильтратом, а другая часть попадает в системный кровоток, где растворяется в венозной крови. В системном кровотоке уровень ионизированного кальция вновь увеличивается за счет разбавления экстракорпорального объема крови, внутривенного введения кальция и освобождения кальция из комплекса кальций-цитрат при метаболизме цитрата. В результате системного действия на свертывающую систему не наблюдается. Цитрат метаболизируется в цикле лимонной кислоты (цикле Кребса) в печени, скелетных мышцах и корковом веществе почек, образуя бикарбонат и энергию, или он метаболизируется в глюкозу (глюконогенез).

Установка «PRISMA FLEX» нами применяется с 2008 г. На ней проведено более 100 сеансов продолжительной вено-венозной гемодифльтрации, в 25 из которых в качестве антикоагулянта использован «Prismocitrat 10/2». Сеансы почечно-заместительной терапии с цитратной антикоагуляцией проводили 16 больным в крайне тяжелом состоянии, обусловленном тяжелым термическим и термоингаляционным поражением, полиорганной недостаточностью. Искусственную вентиляцию легких выполняли всем пациентам, интубационную поддержку – 12 больным, состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение – у 8 пациентов, а 5 больным в это время на фоне эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта проводили этапное хирургическое лечение ожоговых ран. Длительность сеансов составляла от 16 до 48 ч. Возраст больных – от 24 до 56 лет; площадь ожогового поражения – от 35 до 65%.

Таким образом, использование антикоагуляции раствором «Prismocitrat 10/2» на установке «PRISMA FLEX» дает возможность проведения экстракорпоральной непрерывной коррекции гомеостаза пациентам с высоким риском геморрагических осложнений, а также на фоне коагулопатии или состоявшегося кровотечения. Таким образом, цитратная антикоагуляция наиболее перспективна при выполнении заместительной почечной терапии у больных с критическими и субкритическими термическими поражениями.

ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ ПРИ ТРАКТОВКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ ФИБРИНОЛИЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИИ

В.С. Афончиков, В.М. Теплов, А.Ю. Касьяков, Е.А. Побережнюк

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе

Санкт-Петербург, РФ

Диагностика гиперфибринолиза (ГФ) у больных, находящихся в критическом состоянии, до настоящего времени остается актуальной проблемой. Одним из способов оценки степени активности фибринолиза является тромбозластография (ТЭГ) – методика, получающая все большее распространение.

При ГФ кривая ТЭГ может в относительно короткие сроки вернуться к изоплинии, что (в соответствии с идеологией методики) свидетельствует об утрате густоты крови своих механических свойств (о полном лизисе сгустка). При этом графическое отображение ТЭГ приобретает характерную веретенообразную форму, что традиционно трактуется как лабораторный признак развития ДВС-синдрома.

В НИИ СП им. И.И. Джanelидзе используют методику ТЭГ для диагностики коагулопатий у больных и пострадавших различного профиля; помимо этого, в период 2011–2012 гг. нами (в интересах НИР) было проведено обследование 30 здоровых доноров-добровольцев. В 16 случаях у пострадавших с сочетанной шокогенной травмой (ISS 25–32 балла) при выполнении ТЭГ был выявлен ГФ с показателями лизиса сгустка в течение 60 мин более 50%; у 7 пациентов отмечена веретенообразная форма кривой при отсутствии иных лабораторных и клинических признаков ДВС-синдрома, аналогичные изменения (лизис за 60 мин более 50%) были отмечены и у 2 здоровых доноров-добровольцев.

Во всех случаях выявления ТЭГ-признаков ГФ одновременно проводили оценку спонтанного фибринолиза за 2 ч (по методике Е.П. Иванова). Спонтанный фибринолиз ни в одном из исследований не превышал 20%, составляя в среднем для пострадавших 14,2±2,9%, а для здоровых добровольцев – 11,6±2,1% (норма – 10–20%).

При визуальном осмотре проб крови пациентов после завершения ТЭГ наблюдался густок крови, плотно фиксированный на якорю кюветы.

Уменьшение амплитуды кривой ТЭГ является показателем, интегрально оценивающим как фибринолиз, так и ретракцию сгустка. В процессе ретракции значительно уменьшаются линейные размеры сгустка. In vivo это приводит к подтягиванию эластических стенок тромбовидного сосуда и уменьшению площади его просвета. При свертывании крови в пластиковой кювете ее стенки не могут быть подтянуты, вместо этого происходит обрыв волокон фибрина вплоть до полного отрыва сгустка. Полный отрыв тромба от стенок кюветы сопровождается возвращением кривой ТЭГ к изоплинии, что может быть ошибочно расценено как признак ДВС-синдрома. Косвенным признаком повышенной ретракции сгустка на ТЭГ может быть зубчато-ступенчатый характер кривой, при истинном фибринолизе кривая имеет ровный характер.

Выводы: 1. Веретенообразная форма кривой ТЭГ цельной крови не должна рассматриваться как лабораторный признак ДВС-синдрома. 2. Активность фибринолиза, оцененная методом ТЭГ, должна быть подтверждена дополнительными исследованиями.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ МЕТОДЫ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

В.Л. Астахов, Е.Н. Солонцова

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко

Москва, РФ

Цель исследования: сравнить эффективность резекции печени высокотехнологичным методом и обычным классическим способом.

В абдоминальном отделении и отделении хирургии печени и поджелудочной железы ГВК им. Н.Н. Бурденко в период с 2008 по 2012 гг. выполнены 59 резекций печени, из них 34 (57,6%) – по поводу объемных образований печени. В 25 наблюдениях (42,3%) хирургическое вмешательство проводили в связи с метастазами в печень колоректального рака.

Среди оперированных пациентов мужчин было 33 (63,4%), женщин – 19 (36,5%). Возраст больных варьировал от 28 до 80 лет, средний возраст составил 59 лет.

Правосторонняя гемигепатэктомия была выполнена у 2 пациентов (3,3%), расширенная левосторонняя гемигепатэктомия – у 2 (3,3%), расширенная правосторонняя гемигепатэктомия – у 4 (6,7%), би-, трисегментэктомии – у 30 (50,8%), атипичные резекции сегмента – у 21 (35,5%). Из них 28 оперативных вмешательств (47%) были проведены высокотехнологичным методом с помощью системы *PlasmaJet*, в которой используют электрически нейтральный пучок чистой аргоновой плазмы, а 31 (53%) – классическим методом резекции печени.

Средняя интраоперационная кровопотеря составила: в группе, где операции выполняли с помощью системы *PlasmaJet*, – 660 мл; в группе, где операции проводили классическими методами, – 3072 мл. Средняя длительность пребывания в стационаре равнялась 53 и 54 сут соответственно.

Клиническое осложнение в послеоперационном периоде было по 9 и 16 соответственно. В группе больных, где операции выполняли с помощью системы *PlasmaJet*, гнойные осложнения составили 5 (55%), прочие – 3 (44%), в группе, где операции проводили классическими методами, гнойные осложнения – 11 (69%), прочие – 5 (31%).

Летальные исходы наблюдали только в группе пациентов, оперированных классическими методами по поводу метастазов колоректального рака. Они были обусловлены развитием прогрессирующей полиорганной недостаточности на фоне терминальной стадии ракового заболевания в одном случае и развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности и ДВС-синдрома на фоне кровопотери крайне тяжелой степени.

Таким образом, применение высокотехнологичных методов снижает объем интраоперационной кровопотери, уровень гнойных осложнений и летальности.

НОВЫЙ СПОСОБ ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

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

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе

Санкт-Петербург, РФ

Существующая сегодня система оценки гемокоагуляции, основанная на выполнении «рутинных» исследований, не позволяет комплексно оценить гемокоагуляционный потенциал больных, находящихся в критическом состоянии.

К недостаткам «рутинных» тестов следует отнести невозможность оценки функциональной активности тромбоцитарного звена гомеостаза, отсутствие информации о посткоагуляционной стадии свертывания крови (ретракция, фибринолиз), о механических свойствах образовавшегося сгустка.

Методика тромбозластографии (ТЭГ) позволяет быстро и эффективно оценить состояние системы гемокоагуляции, в особенности – в посткоагуляционной фазе свертывания крови. При этом сама методика не лишена ряда серьезных недостатков:

– оценивая интегрально процесс свертывания крови, ТЭГ не позволяет разделить состояние клеточного и гуморального звеньев системы гемокоагуляции; – оценка посткоагуляционной фазы свертывания крови также основывается на интегральной оценке процессов фибринолиза и ретракции сгустка.

Нами было предложена новая, усовершенствованная методика экспресс-оценки состояния гемокоагуляции.

В основе новой методики лежит одновременное выполнение ТЭГ проб цельной крови и обедненной тромбоцитами плазмы, забранных одновременно у обследуемого пациента. При этом в 2 пробах определяются такие показатели, как R , угол α , MA , G и $LY30$, оценивая как абсолютные величины в каждой из проб, так и разницу между ними.

Для выявления разницы показателей, являющейся вариантом нормы, были обследованы 30 здоровых доноров-добровольцев.

Величина R , находящаяся в пределах нормы, а ΔR более 9 мин позволяет предполагать дефицит гуморальных факторов свертывания крови или избыточную активность антитромбина III, повышение показателя R , и ΔR менее 9 мин может указывать на недостаточность тромбоцитарного звена коагуляции; при повышении Δ более 32° также можно предполагать дефицит факторов I и II; при увеличении показателей ΔMA и ΔG выше 26 мм и 6 КДин/см² (соответственно) диагностируют дефицит фибриногена или нарушение процессов его полимеризации и гидратации, при увеличении показателя $LY30$, более 8% одновременно с увеличением показателя $LY30$ диагностируют активацию плазмин-зависимого фибринолиза, а увеличение показателя $LY30$, более 8% при нормальных показателях $LY30$, позволяет оценить данные показатели как результат усиленной ретракции сгустка.

Использование предложенной методики для оценки состояния системы гемокоагуляции в течение последних 2 лет продемонстрировало ее высокую эффективность и способность выявлять состояние коагулопатии у больных в тех случаях, когда «рутинные» методики оценки гемостаза оказывались малоинформативными.

**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
КОСТНО-СУСТАВНОГО АППАРАТА У ОБОЖЖЕННЫХ**
Л.А. Ахророва, Б.М. Шакиров, А. Ахроров, Ш.Н. Кулмурад
Российского научного центра экстренной медицинской помощи,
Государственный медицинский институт
Самарканд, Республика Узбекистан

По данным клиники термических поражений, остеонекрозы при ожогах составляют 2–3% наблюдений. Причиной остеонекроза может явиться как непосредственное воздействие термического агента на кость, так и вторичное поражение костей вследствие гибели окружающих мягких тканей и надкостницы.

Сообщение основано на клинко-рентгенологическом анализе патологических изменений у больных, находившихся на лечении в комбустиологическом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП.

Материал и методы. В отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП проходили лечение 349 больных с ожоговой болезнью в возрасте от 2 до 67 лет. Глубокие ожоги с некрозом костей наблюдались у 42 больных.

Результаты. Клинические поражения кости были выявлены по мере отторжения ожогового струпа не раньше, чем через 3–4 недели. Некротизировались преимущественно кости и их отделы, покрытые тонким слоем мягких тканей. Омертвевшие участки были выявлены рентгенологически не ранее 4-й недели после ожога.

Они имели вид пластинок с заостренными концами, состоящими из компактного вещества или из компактного и субкортикальных участков губчатого вещества в костях с тонким кортикальным слоем. Омертвевшие участки сохраняли плотность и структуру здоровой кости. Глубину некроза кости определяли по демаркационной линии, появляющейся в виде полосы просветления, а протяженность его – по узору, возникавшему на границах омертвевшей и жизнеспособной кости. Наружный контур омертвевшего участка был всегда резким.

У больных с ожогами III и IV степени, захватывающими только мягкие ткани, обнаруживались в костях и суставах изменения трофического и воспалительного характера. Проявлением у 90% больных был остеопороз. Рентгенологически он обнаруживался у больных на 3–4-й неделе после ожога. Можно было выделить равномерный, пятнистый остеопороз. Лентоидный остеопороз отмечен у подростков в метафизах вблизи ростковой зоны, в дальнейшем он также превращался в равномерный. Степень остеопороза не всегда соответствовала степени ожога. Однако остеопороз был всегда наиболее выражен на уровне и дистальнее ожога, реже и в меньшей степени он распространялся проксимальнее области поражения, на смежную конечность и более отдаленные части тела.

Другим проявлением трофических расстройств было нарушение остеогенеза. У детей преждевременно появлялись ядра окостенения и наступал синозис эпифизов, развивалась атрофия костей, которую можно было отметить через 4–6 месяцев после ожога. У взрослых развивались дегенеративно-дистрофические поражения суставов.

У 18 больных наблюдались остеолиз, который обычно начинался с ногтей фаланг кистей и стоп. Рассасывающиеся кости фаланг принимали вид конуса или пластинки. Остеолиз обнаруживался на 3-м месяце после ожога, то есть после появления остеопороза.

Вывод. Оперативное лечение ожоговых ран приводит к определенным положительным сдвигам в костях. Однако этот процесс длительный и протекает различно в зависимости от качества проведенного лечения.

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО
ЛЕЧЕНИЯ ИБС У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 80 ЛЕТ**

А.М. Бабунашвили, Д.С. Карташов, А.А. Базарнова
Центр эндоваскулярной и литотрипсии
Москва, РФ

Цель работы. Пациенты в возрастной группе более 80 лет составляют риск-группу для реваскуляризации миокарда с точки зрения клинического статуса (сопутствующие виды патологии) и значительных атеросклеротических изменений коронарных артерий. Цель работы – анализ результатов коронарного стентирования у этой категории пациентов.

Материал. Анализ были подвергнуты результаты коронарного стентирования (КС) 141 пациента 80 лет и старше, проведенного в период 2005–2011 гг. (4,8% от общего количества КС). Мужчин было – 83 (58,9%), с сопутствующим диабетом – 7 (5%), атеросклерозом периферической артериальной системы – 102 (72,5%), ФИ <0,5 – 41 (29,1%), стенокардия III–IV – 88 (62,4%), НС и ОИМ – 11 (7,8%), ранее выполненные операции реваскуляризации (АКШ или КС) – 22 (15,6%). Из ангиографических данных: одностороннее поражение – 17 (12,1%), выраженный кальциноз – 125 (88,6%), ХОКА – 88 (62,4%), бифуркации – 74 (52,5%). Стенотические поражения, подвергнутые КС, локализовались: ствол ЛКА – 7 (5%), ПМЖА – 118 (83,7%), ПКА – 86 (61%), ОА – 78 (55,3%). В качестве артерии доступа использовали: радиальную – 138 (98%), бедренную – 2 (1,4%), другие – 1 (0,7%). В качестве специального инструментария и техник КС были применены: ротор – 3, режущий баллон – 5, «якорная» техника – 23, техника «катетер-в-катетере» – 3, «содружественный» проводник – 18, «сезам» техника – 7, интрааортальная контрпульсация – 18 (12,8%). Всего имплантировано стентов – 254, из них 215 лекарственных стентов (84,6%) у 126 пациентов (89,4%).

Результаты исследования. Непосредственный ангиографический успех КС составил 97,1%. Большие коронарные осложнения (БКО, летальность, ОИМ) – 5,4%, инсульт – 1,9%, перфорация коронарной артерии – 1,4%, значимые кровотечения – 1,4%. Отдаленные результаты прослежены у пациентов в сроки от 9 мес до 38 мес. 2-годичная выживаемость составила 87,5%, повторные реваскуляризации – 35,6%, рестеноз – 20,4%, БКО – 8,9%. Регрессионный монофакторный логистический анализ показал зависимость отдаленных результатов от локализации стеноза, диабета, исходного состояния ЛЖ (ФИ<0,5), длины леченного атеросклеротического поражения и типа имплантированного стента. Кальциноз являлся лишь предиктором непосредственной технической неудачи, но не влиял на отдаленные результаты вмешательства.

Заключение. Методику коронарного стентирования можно применить у пациентов старше 80 лет с высокой непосредственной и отдаленной эффективностью. При определении показаний к стентированию следует принимать во внимание как исходный клинический статус (НС, ОИМ, диабет), так и локализацию и длину поражения в коронарном русле. Лекарственный стент показывает лучшие отдаленные результаты в сравнении со стентами без лекарственного покрытия.

**МЕТОДИКА СУБИНТИМАЛЬНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ И «РИЕНТРИ» ПРИ
РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ:
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ**

А.М. Бабунашвили, И.Б. Бондарева
Центр эндоваскулярной и литотрипсии
Москва, РФ

Введение. Реканализация хронических окклюзий коронарных артерий (ХОКА) все еще остается актуальной проблемой интервенционной кардиологии из-за низкой частоты успеха процедуры (65–80%), увеличения затрат и ресурсов, доз рентгеновского облучения и количества израсходованного контрастного вещества (риск развития контраст-индуцированной нефропатии).

Методика. После пенетрации проксимальной капсулы ХОКА проводником кончик ОТИ баллонного катетера внедряли на 2–3 мм внутри ХОКА и выполняли «интра-окклюзионную ангиографию» – введение 5–10 мл контрастного вещества автоматическим инжектором или манометром со скоростью 1–3 мл/с. При контрастировании субинтимального пространства использовали различные проводники (С жесткостью кончика от 0,8 до 12 Г) с различной конфигурацией кончика для проведения «риентри» в истинный просвет артерии.

Клинический материал и результаты. Методика субинтимальной реканализации была применена у 36 пациентов (средний возраст 58±12 лет) с ХОКА передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) в 7 случаях,гибающей артерии (ОА) – в 6 и правой коронарной артерии (ПКА) – в 23 случаях. Из 36 пациентов у 12 ранее была предпринята попытка неудачной реканализации ХОКА. Средняя длина окклюзии составила 23,6±3,45 мм (18–56 мм), давность окклюзии менее 6 мес отмечали у 15 (41,7%) и более 12 мес – у 21 пациента (58,3%). Отсутствие направляющей культи наблюдали в 19 случаях (52,8%), кальциноз >50% объема ХОКА – в 14 (38,9%).

Успех процедур субинтимальной реканализации был достигнут у 26 пациентов (72,3%), еще в 3 случаях (8,3%) удалось включить в антеградный кровоток по крайней мере одну крупную дистальную ветвь реканализированной артерии. Перфорация стенки артерии отмечена у 2 пациентов (5,6%) без гемоперикардиума (II степень по Ellis). Не наблюдали интраоперационные случаи нестабильности гемодинамики или опасных нарушений ритма сердца. Клинический успех был достигнут у 21 пациента (58,3%), ОИМ без зубца Q (увеличение уровня тропонина I на 2–е–3–и сут после процедуры) отметили у 8 пациентов (22,3%), а из группы пациентов с удачной реканализацией – у 6 пациентов (23,1%). Во всех случаях были имплантированы лекарственные стенты (всего 98 стентов, средний расход 3,4 на одного пациента). Среднее время флюороскопии (45±12 мин) и количество контрастного вещества (330±125 мл) не отличались от показателей при выполнении других техник реканализации ХОКА.

Заключение. Субинтимальная реканализация и «риентри» – еще одна методика для увеличения частоты успешных случаев реканализации ХОКА. Частота успеха процедуры достаточно высока (>70%) и не уступает другим методикам при реканализации сложных ХОКА. Однако большой расход инструментария (стентов, проводников), а также повышенный риск интраоперационных повреждений миокарда (высокая частота ОИМ без Q) из-за окклюзии боковых ветвей позволяет считать метод «резервным», когда предыдущие попытки реканализации ХОКА с помощью других методик были неудачными.

**РОЛЬ И МЕСТО МЕТОДИКИ РЕТРОГРАДНОГО ДОСТУПА
В ПРОГРАММЕ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ КОРОНАРНЫХ
АРТЕРИЙ В КАТЕТЕРИЗАЦИОННОЙ ЛАБОРАТОРИИ**

А.М. Бабунашвили
Центр эндоваскулярной и литотрипсии
Москва, РФ

Введение. Результаты лечения хронических окклюзий коронарных артерий (ХОКА) были значительно улучшены с накоплением опыта, с внедрением нового инструментария и методов реканализации.

Целью работы был анализ роли ретроградной реканализации в общих результатах лечения пациентов с ХОКА.

Материал. В клинике ЦЭЛТ первую ретроградную реканализацию (РЕРОКА) ХОКА выполнили в 2006 г. Анализ были подвергнуты результаты лечения ХОКА у 351 пациента (антеградная реканализация – у 289 пациентов, 82,3% и РЕРОКА – у 62 пациентов, 17,7%) в период с 2006 по 2009 гг. (в среднем 88 процедур в год). Данные проспективно вносили в специализированную базу данных ХОКА.

Результаты исследования. Непосредственный успех был достигнут в 82,6% случаев, *МАСЕ* – 2,6%. Технический успех и частота *МАСЕ* были 86,9 и 1,4% в группе антеградной реканализации и 62,9 и 6,5% в группе РЕРОКА соответственно ($p<0,0012$). У 31 пациента с предварительной неудачей антеградной реканализации РЕРОКА была эффективна в 12 случаях (38,7%). Если исключим пациентов с первичными показаниями к РЕРОКА (31 пациент, 50%), то роль РЕРОКА в успешном исходе после технической неудачи антеградной реканализации (31 пациент) составила лишь 12 успешных антеградных вмешательств из 251 (4,8%). У 21 пациента из 23 неудача РЕРОКА была обусловлена из-за морфологии коллатеральных каналов (стенность коллатералей СС0-1, угол соединения >90°, невидимое соединение «реципиентных» и «донорских» коллатеральных каналов) и лишь в 2 случаях из-за строения окклюзии (кальциноз, извитость артерии). С другой стороны, у 38 пациентов с неудачной антеградной реканализацией имели место и предикторы для неудачной РЕРОКА: 16 – коллатерали СС0, 2 – чрезмерная извитость коллатерального канала, 10 – эпикардальные коллатерали СС2, 3 – угол соединения >90°. Частота применения РЕРОКА возросла значительно (в 7 раз) с 2006 (3,9%) по 2009 (27,8%) г.; однако общая роль «эффективного помощника» при неудачной антеградной реканализации остается незначительной. Кроме того, при РЕРОКА увеличивается расход контрастного вещества (489±148,8 мл и 427,7±171 мл соответственно, $p<0,0024$) и время операции (104,1±25,8 мин и 87,8±10,2 мин соответственно, $p<0,0001$).

Заключение. Поскольку первичные показания для РЕРОКА остаются неясными, роль РЕРОКА как «эффективного помощника» при неудачной антеградной реканализации остается неясной и незначительной из-за высокой частоты *МАСЕ* и низкого процента успеха. В дополнении, РЕРОКА существенно не меняет общую картину результатов лечения ХОКА в отдельно взятом клиническом центре с активностью реканализации ХОКА в среднем >80 случаев в год. Кроме того, РЕРОКА достоверно увеличивает расход контрастного вещества (риск контрастной нефропатии) и время операции (дозу облучения пациента и врача). Показания к РЕРОКА должны ставиться с осторожностью в каждом конкретном случае с учетом баланса риск-польза.

ВЫБОР АРТЕРИАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

А.М. Бабунашвили, Д.С. Карташов
Центр эндоваскулярной и литотрипсии
Москва, РФ

Цель работы: провести сравнительную оценку лучевого (радиального) и других артериальных доступов при выполнении коронарной ангиопластики и стентирования (КАС) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ процедур КАС у 344 пациентов с ОКС, выполненных в период с 1999 по 2003 гг. (154 пациента) и с 2009 по 2011 гг. (190 пациентов). В первом периоде времени применяли в основном бедренный (149 пациентов, 96,8%) и плечевой (5 пациентов, 3,2%) доступы, тогда как во втором периоде времени лучевой доступ использовали у 179 пациентов (94,2%), а бедренный и плечевой – у 11 (5,8%) (8 и 3 пациента соответственно). Клиническими точками оценок были: кровотечение (гемоглобин >20 г/л и гематокрит <35), образование большой подкожной гематомы (>10 см). Вторичными точками оценки были: время госпитализации (количество койко-дней), летальность и повторный инфаркт миокарда (ИМ) в ближайшем (1–3 мес) и отдаленном (> 1 года) послеоперационных периодах.

В группе пациентов 298 были мужчины (86,6%); у 168 (48,8%) имелась картина острого ИМ (ОИМ) с подъемом сегмента ST, у 26 (7,6%) – ОИМ без подъема ST и у 108 (31,4%) – клиническая картина нестабильной стенокардии. Функция левого желудочка (ЛЖ) была снижена (ФИ<0,45) у 34 пациентов (9,9%), нестабильность центральной гемодинамики отмечена у 22 (6,4%), сахарный диабет, нарушение функции почек (креатинин >130 мкмоль/л), возраст >75 лет наблюдались у 68 (19,8%), 35 (10,2%) и 54 (15,7%) пациентов соответственно.

Результаты. Кровотечение было отмечено у 1,1% и 9,1% пациентов соответственно в группах с лучевым (1-я группа) и бедренным и плечевым (2-я группа) доступами ($p<0,000124$). Большая подкожная гематома выявлена у 6,7% и 20,6% пациентов соответственно в 1-й и во 2-й группах ($p<0,001$). В 1-й группе время госпитализации также было значительно ниже, чем во 2-й (в среднем 2,1±1,1 и 4,3±2,8 сут соответственно; $p=0,00248$). В госпитальном периоде летальность составила 1,7% и 4,2% соответственно в 1-й и 2-й группах ($p<0,002$). В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов не наблюдалось, повторная госпитализация по поводу ОКС была у 2 (1-я группа) и 9 (2-я группа) пациентов ($p=0,68$). Двухлетняя выживаемость без сердечно-сосудистых происшествий составила 94,5% (1-я группа) и 89,9% (2-я группа) ($p=0,067$). Кроме того, во 2-й группе были отмечены такие сосудистые осложнения, как ложная аневризма стенки сосуда (12 пациентов, 7,3%), артериовенозная фистула (2 пациента, 1,2%) и ретроперитонеальное кровоизлияние (2 пациента, 1,2%). В 1-й группе лишь у 2 пациентов (1,1%) было образование небольшой ложной аневризмы, которую удалось легко устранить путем повторной давящей повязки.

Заключение. Лучевой доступ является методом выбора при эндоваскулярном лечении пациентов с ОКС, учитывая сопутствующее интенсивное антикоагулянтное и антиагрегантное лечение. Этот доступ статистически значимо уменьшает частоту сосудистых осложнений, сокращает время госпитализации и уменьшает риск опасных кровотечений по сравнению с другими традиционными артериальными доступами.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ТРАНСПОРТИРОВОК БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.В. Балабушевич, В.Ю. Самарина, И.А. Большакова
Станция скорой медицинской помощи
Новосибирск, РФ

Перевозка пациентов (транспортировка) – один из видов скорой медицинской помощи (СМП), – которая осуществляется в виде доставки пострадавшего или больного после оказания ему медицинской помощи на этапе СМП на следующий этап, где ему может быть оказана специализированная медицинская помощь.

Успешность и безопасность транспортировки во многом зависят от конкретных условий (медицинского и немедицинского характера), в которых она будет проводиться, а также от соблюдения медицинским персоналом системы правил, имеющих принципиальное значение.

Возможность и целесообразность транспортировки определяются такими понятиями, как «транспортируемость» и «нетранспортируемость» больного или пострадавшего.

Нетранспортируемость – это прогностическое неблагоприятное состояние, при котором во время транспортировки у больного или пострадавшего могут развиться (или усугубиться) жизнеопасные осложнения, вплоть до наступления летального исхода. В настоящее время в связи с развитием специализированной службы СМП, улучшением оснащения санитарных спецмашиной современной медицинской аппаратурой и медикаментами понятие о «нетранспортируемости» для специализированных бригад пересмотрено. **Показания к транспортировке расширились и практически не зависят от тяжести состояния больных.** При транспортировке бригадами СМП абсолютной нетранспортируемости пациентов не существует. Однако для всех бригад прогностическая оценка тяжести состояния больного или пострадавшего и подготовка к транспортировке с предварительным проведением корригирующей терапии являются обязательными!

Критерии транспортируемости должны оцениваться врачом или фельдшером СМП не «в целом», а применительно к конкретному врачу/фельдшеру (свои знания и умения) и оснащению его машины. Окончательное решение о возможности транспортировки должен принять врач или фельдшер СМП, так как во время транспортировки ответственность за пациента будет нести именно он.

Риск транспортировки – это риск возникновения осложнений во время и в 1-е сут после транспортировки.

Существует понятие «нецелесообразность транспортировки». К этой категории относятся пациенты, находящиеся в профильных отделениях стационаров в случае, если риск превышает возможный положительный эффект от перевода в другой стационар, больные с множественными пороками развития (не менее 4), не подлежащими хирургической коррекции, а также новорожденные в коме 3-й степени без положительной неврологической динамики в течение 72 ч.

Таким образом, транспортировка пациента является наиболее сложным видом СМП и требует от медицинского персонала целого ряда специальных навыков:

- знание принципов и навыков поддержания витальных функций;
- знание неблагоприятных факторов при транспортировке;
- определение степени транспортируемости пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

А.В. Бадалян, Е.А. Лужников, Ю.С. Гольфарб, А.Н. Ельков, С.Б. Матвеев, А.И. Баженов, Е.Е. Биткова
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Нами установлено, что в реабилитационном периоде (РТ) существенное замедление процесса реабилитации и резкое увеличение сроков лечения чаще всего связано с осложнениями острых отравлений (ОО).

Цель – изучение особенностей диагностики и лечения осложнений на реабилитационном этапе.

Материал и методы. 78 больных, поступивших в реабилитационное отделение Центра лечения острых отравлений после окончания реанимационных и детоксикационных мероприятий, из них 35 – с отравлениями психофармакологическими средствами (опФС), 27 – прижигающими жидкостями (опЖ), 10 – наркотиками (опН), а 6 – этанолом (оЭ). Течение опФС осложнилось дыхательными нарушениями: пневмонией (22 случая), гиповентиляцией (7) и венозным застоем в легких (2), опЖ – постожоговыми язвами или рубцовыми деформациями пищевода (4 случая) и желудка (8). В 20 случаях ОО различными токсикантами (Н – 10, Э – 6, опФС – 4) развилась энцефалопатия (ТЭЭ). Для лечения использовали лазерную гемотерапию (ЛГТ) (4–6 сеансов с мощностью излучения 1,5 мВт и длительностью 60 мин) в комбинации с ежедневным внутривенным капельным введением мексидола – М, (4 мл/сут), мезодимцефальную модуляцию (МДМ-терапия) (4–5 сеансов ежедневно по 10 мин, сила тока – 0,1–6 мА) и гипербарическую оксигенацию (ГБО) (10 сеансов при АТИ 0,4–0,6 атм в течение 40 мин).

Результаты. Исходно у всех больных наблюдали синдром повышенной вязкости крови и умеренные проявления эндотоксикоза. Факторный анализ позволил уточнить синдромы, наиболее присущие изучаемой патологии – гемореологические нарушения при опФС, воспалительный процесс при опЖ и повышенный риск иммунных нарушений при развитии энцефалопатии. При опФС для лечения пневмонии наиболее эффективной была внутривенная ЛГТ в комбинации с консервативной терапией путем ежедневного внутривенного капельного введения мексидола, позволяющая добиться существенных положительных гемореологических сдвигов. При лечении энцефалопатии перспективной оказалась МДМ-терапия, сопровождавшаяся отчетливым положительным воздействием на психоэмоциональную сферу, заметным уменьшением уровня эндотоксикоза и повышением адаптационных возможностей организма по Гаркави. При опЖ на фоне лекарственной и местной эндоскопической лазерной терапии эффективность лечения заметно повышалась при сочетании инфузий мексидола и ГБО, что сопровождалось нормализацией агрегации эритроцитов и положительной динамикой показателей эндотоксикоза.

Заключение. Реабилитационный период – неотъемлемый этап течения ОО, на котором сохраняющиеся нарушения показателей гомеостаза для полноценного завершения лечения настоятельно требуют их тщательной диагностики и последующей целенаправленной коррекции. Указанные нарушения носят синхронный характер и сопоставимы выражены, что облегчает унификацию лечения. При опФС требуется первоочередная коррекция реологических нарушений, а при опЖ актуальной противовоспалительная терапия; при развитии энцефалопатии необходим контроль за изменениями иммунного статуса. Во всех случаях показана активная терапия эндотоксикоза, в большей степени при опЖ. Совершенствование лечебно-диагностического процесса на этапе реабилитации требует тщательного лабораторного контроля, направленного на выявление имеющихся нарушений и оценку эффективности лечебных мероприятий. Это позволяет существенно (в 1,3 раза) сократить сроки разрешения воспалительного процесса в легких и длительность пребывания больных в стационаре.

ПАНКРЕОНЕКРОЗ: К ИСТОРИИ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

А.С. Балалыкин¹, Э.А. Галлямов¹, О.Э. Луцевич², О.В. Осадча¹, Д.А. Балалыкин³, В.В. Гвоздик³, Х.С. Муцуров², И.С. Гостевских¹, А.А. Макушин², М.М. Рыжкова², А.Н. Вербовский¹
¹ Медицинский центр Управления делами мэра и Правительства Москвы, Клиническая больница № 3 (МСЧ № 47), ² Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, ³ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Москва, РФ

Цель: обозначить хронологию клинического внедрения эндоскопических методов и их роль в диагностике и лечении острого панкреатита (ОП) с учетом собственного клинического опыта.

Историческую роль эндоскопической хирургии при ОП считают необходимым рассматривать с нескольких позиций: 1) периодизация сроков внедрения эндоскопических методов в клиническую практику; 2) их роли в тактике лечения больных ОП; 3) значения эндоскопии с точки зрения метода лечения (патогенетическое, радикальное).

Клиническое применение эндоскопических и эндоскопических методов при ОП началось в клиниках Ю.Е. Березова, В.С. Манга, Ю.А. Нестеренко, Ю.М. Паньчирева, И.Д. Прудкова, В.В. Савельева, В.А. Козлова, В.И. Юстина и др.

Периодизация и этапы.
I период (1968–1980) – внедрение лапароскопии как метода неотложной диагностики и лечения ОП.
1-й этап (1968) – внедрение неотложной лапароскопии как метода диагностики и дифференциальной диагностики острых хирургических и гинекологических заболеваний, причин перитонита и определения рациональной тактики лечения больных (Л.И. Горохов, 1968; И.И. Заричий, 1968; Г.П. Мочалов, 1968; В.Н. Сотников, 1969).

2-й этап (1970–1972) – внедрение лапароскопических вмешательств с лечебными целями при ясном диагнозе ОП: лапароскопическое дренирование брюшной полости одним или несколькими дренажами с последующей инфузией и перфузией брюшной полости различными лекарственными средствами, дренирование круглой связки печени, эндоскопия сальниковой сумки и ее дренирование, лапароскопическая холецистостомия (В.С. Савельев и соавт., 1975; А.С. Балалыкин, 1977; П.Э. Ваняня, 1983), – которые обозначили «скрытый» метод лечения панкреонекроза.

II период (1977–1980) – внедрение в клиническую практику эндоскопических чреспериартериальных диагностических и лечебных вмешательств: ЭРПХТ, ЭПТ, назопанкреатическое дренирование и стентирование (М.Д. Семин, 1978; С.Г. Шаповалович, 1979; Ю.И. Галлингер, 1979; А.С. Балалыкин, 1980).

III период (1980) – комплексное применение эндоскопических методов с диагностическими и лечебными целями, завершивших применение опосредованных вмешательств патогенетического воздействия при ОП.
Эти периоды в истории эндоскопии ОП демонстрировали ведущие позиции в мире отечественной хирургической школы.

IV период (1992) – лапароскопическая хирургия с непосредственным воздействием на поджелудочную железу (ПЖ). Разработка новой эндоскопической техники (видеоэндоскопия) и инструментария в 90-е гг. XX в. (1992) способствовала открытию в панкреатологии равнозначных хирургическим лапароскопическим операциям: вскрытие и дренирование сальниковой сумки, абдоминализация ПЖ, некрэкзестомия, дренирование забрюшинного пространства (В.А. Козлов, 2003; О.И. Луцевич, Э.А. Галлямов, 2005).

Этот современный период лапароскопической хирургии ОП можно разделить на три этапа (О.Э. Луцевич, Э.А. Галлямов):

1-й этап – мануально-ассистированная (гибридная) лапароскопическая хирургия панкреонекроза с лямбодомией и дренированием забрюшинной клетчатки (Пенроуз–Милутич), этапные санации.

2-й этап – мануально-ассистированная (гибридная) лапароскопическая хирургия панкреонекроза без лямбодомии с дренированием забрюшинной клетчатки множественными дренажами.

3-й этап – лапароскопическая хирургия панкреонекроза, внебрюшинные этапные санации.

С расширением возможности осмотра ПЖ и окружающей ее клетчатки, пальпацией и вытекающих из нее характеристик ПЖ, и, наконец, прицельной биопсии на разную глубину ткани ПЖ, клиницисты все более приближаются к объективной оценке морфологических изменений в ПЖ и, естественно, к диагнозу. Еще большие перспективы открываются с возможностями лапароскопического эндо-УЗИ. На основании углубленной диагностики хирург может прибегнуть к более активной тактике лечения с применением лапароскопических вмешательств, исключая тем самым период активной интенсивной поддерживающей терапии, и ранними операциями предотвратить развитие тяжелых септических осложнений. Косвенным подтверждением правильности этого направления является отсутствие отягощения летальности при медикаментозной терапии, включая использование соматостатина и цефалоспоринов в стадии ферментной токсемии (В.С. Савельев).

Таким образом, эндоскопическая хирургия ОП в течение 40 лет прошла путь от опосредованного патогенетического лечения (дренирование и лаваж брюшной полости, деконпрессивные холецистостомы и ЭПТ с назопанкреатическим дренажем) до непосредственных лапароскопических вмешательств (абдоминализация, некрэктомия, дренирование и лаваж забрюшинного пространства) на ПЖ, определяя рациональное обоснованное и перспективное направление, способное улучшить результаты лечения этого тяжелейшего заболевания.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

А.С. Балалыкин, А.Н. Катрич, А.В. Оноприев, Х.С. Муцуоров, В.Д. Балалыкин, А.Н. Вербовский

1 Медицинский центр Управления делами мэра и Правительства Москвы, Клиническая больница № 3 (МСЧ № 47), Москва, РФ

Актуальность. На собственном опыте оценить возможность эндоскопического лечения новообразований большого дуоденального сосочка (БДС). В настоящее время число воспалительных и опухолевых заболеваний поджелудочной железы, желчного протока и БДС, вызывающих непроходимость внепеченочных желчных протоков, продолжает увеличиваться и удельный вес рака БДС среди опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны составляет 10,1–18,3% (В.И. Рукасов и соавт., 1986; D. Frosali et al., 1990).

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 39 пациентов с подозрением на злокачественные новообразования, диагностированные при обследовании 421 больных в 2004–2009 гг. в возрасте 35–77 лет.

Использован следующий инструментальный диагностический алгоритм: трансабдоминальное УЗИ, дуоденоскопия, эндо-УЗИ, ЭРХПГ, КТ.

Несомненным преимуществом среди всех методов исследования принадлежит эндо-УЗИ, которое позволяет не только поставить диагноз, но и определить возможность проведения эндоскопической операции и ее характер.

Увеличение БДС в размер более 1 см, выявление в просвете сосочка дополнительных образований, исходящих из его стенок, изменение эхографических характеристик многослойной структуры данного анатомического образования интерпретируется как патологическое изменение БДС (Ю.М. Паньшеров и соавт., 2002).

Результаты. После комплексного применения диагностических методик у 36 обследованных пациентов из 421 был установлен предварительный диагноз опухоли БДС, причем у 34 пациентов была заподозрена злокачественная природа процесса в стадии Т1 – у 7 (20,6%), Т2 – у 16 (47%), в стадии Т3 – у 11 пациентов (32,4%).

Нами была проанализирована диагностическая ценность инструментальных методов в диагностике опухолей БДС и установлено, что эндо-УЗИ имеет более высокую чувствительность и специфичность и диагностическую эффективность.

Показания к эндоскопическим методам лечения были выставлены у 7 пациентов. После применения комплекса диагностических методик по макроскопической картине выявленные неоплазии были разделены на экзофитную и эндофитную (инвертированную) форму опухоли БДС. Размеры выявленных образований колебались в пределах от 8 до 32 мм. Морфологическая характеристика опухолей распределялась следующим образом: высокодифференцированная аденокарцинома, аденома с дисплазией III ст., аденома с дисплазией II ст.

Возможность выполнения эндоскопической экзистимии опухолей БДС (А.С. Балалыкин и соавт., 2008; А.Н. Катрич и соавт., 2008) обосновывалась данными эндо-УЗИ (тип роста образования, наличие измененных лимфатических узлов, состояние мышечного слоя стенки 12-перстной кишки, терминальных отделов желчного и панкреатического протока). Всем пациентам был применен последовательный комплекс эндохирургических вмешательств, включающий атипичную «оплойную» ЭПТ с помощью торцевого папиллотомы, дополненную канюляционной ЭПТ у 6 больных, тепловую электрокоагуляцию опухоли, электро- или аргоноплазменную деструкцию, а также вмешательства, направленные на обеспечение адекватного пассажа желчи и панкреатического сока (стен, НБД). Всем пациентам в послеоперационном периоде выполняли желудочное и дуоденальное зондирование, проводили курс консервативной терапии. Контрольные обследования выполняли в сроки от 3 до 6 мес.

Успех и безопасность эндоскопического вмешательства определяется правильным набрасыванием петли и рациональным сочетанием режимов резанья и коагуляции, поэтому в зависимости от формы роста опухоли менялись технические аспекты выполнения данного этапа операции. В случае эндофитной формы роста опухоли после выполнения атипичной «оплойной» ЭПТ с помощью торцевого папиллотомы выполняли «опулуишь» окаймляющие разрезы слизистой оболочки в пределах здоровых тканей, в 3 случаях дополненные введением с помощью иньектора, раствора в подслизистый слой, для создания «подушки» под тканью опухоли. С нашей точки зрения эти приемы обеспечивают: 1) адекватное набрасывание эндоскопической петли на опухоль; 2) снижают риск «сползания» петли; 3) резекцию «in block». С целью профилактики кровотечения и повышения аблятивности операции выполнялась электро- или аргоноплазменная деструкция зоны новообразования БДС. Обеспечение свободного пассажа желчи и панкреатического сока достигалось за счет выполнения билиопанкреатического стентирования.

Осложнениями оперативных вмешательств являлись: интраоперационное кровотечение, остановленное эндоскопически, микроперфорация 12-перстной кишки, которая была излечена консервативно. В одном случае через 3 мес после выполнения операции при контрольном эндо-УЗИ был выявлен продолжающийся рост опухоли. Пациенту была выполнена панкреатодуоденальная резекция.

Выводы. 1. Методика эндоскопического ультразвукового исследования является наиболее эффективным методом диагностики заболеваний БДС, стадии злокачественного процесса и позволяет планировать объем и вид лечения больных.

2. Успех, радикальность и безопасность эндоскопической папиллэктомии определяется комплексностью эндоскопических методик и четким соблюдением этапности их выполнения. Включение в лечебный алгоритм стентирования протоков обеспечивает свободный пассаж желчи и панкреатического сока, и позволяет избежать послеоперационных осложнений.

БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ВАЖНЕЙШАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

И.Н. Банин, И.И. Воробьев, А.Р. Баткаев, А.В. Осыковский, С.А. Лопатина, С.И. Королева

Воронежский территориальный клинический центр медицины катастроф Воронеж, РФ

Бригады скорой медицинской помощи (СМП) являются важнейшей функциональной структурой службы медицины катастроф (СМК) Воронежской области и относятся к нештатной категории формирований службы. В 2012 г. в Воронежской области (ВО) работали 911 штатных бригад СМП (или 0,85 бригады на 10 000 населения), находящихся в режиме постоянной готовности. Из всех бригад только каждая четвертая – врачебная. Из всех бригад СМП ВО: общеврачебные – 169, БИТ – 32, педиатрических – 12, хирургически-травмотологических – 4, реанимационных – 16, психиатрических – 12, фельдшерских – 666.

Согласно отчетной форме Минздрава России № 56 к СМК ВО были отнесены 204 бригады СМП (или 22,3% от всех имеющихся). Специализированных бригад СМП в СМК ВО – 14 (реанимационные, травматологические, БИТ, психиатрические). ВТКЦМК делегировал в СМК ВО 8 бригад СМП (4 общеврачебные и 4 реанимационные).

В 2012 г. в ВО зарегистрированы 120 чрезвычайных ситуаций (ЧС) по классификации Минздрава России, из которых 90 – аварии на дорогах (или 75% от всех ЧС). Для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС на первом этапе медицинской эвакуации была задействована 161 бригада СМП, которая осуществила 225 выездов и оказала помощь 258 пострадавшим.

Все отделения СМП в центральных районных больницах (ЦРБ), станция СМП Воронежа, ВТКЦМК укомплектованы однопольной системой радиосвязи. Все автомобили СМП ВО радиочастотны. Используются 3 радиочастоты: для ВТКЦМК, ЦРБ и станции СМП Воронежа с возможностью обмена информацией на всех трех диапазонах. Все диспетчерские отделения и пункты СМП обеспечены возможностью записи телефонных переговоров диспетчера и пациента с использованием компьютерных технологий.

Среди 251 пострадавшего в ЧС, эвакуированного и госпитализированного бригадами СМП, на первом этапе медицинской эвакуации не было летальных исходов.

Важным направлением в совершенствовании знаний и навыков фельдшеров СМП является начатая в 2010 г. деятельность ВТКЦМК по повышению квалификации этой категории сотрудников службы СМП.

На базе учебно-методического отдела центра медицины катастроф организовано тематическое совершенствование для фельдшеров по теме: «Оказание СМП пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий». Всего за 3,5 года прошли совершенствование 1000 фельдшеров ЦРБ, из них 650 из бригад СМП.

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ АВИАМЕДИЦИНСКИХ БРИГАД

Н.Н. Баранова

Центр медицинской эвакуации и экстренной медицинской помощи, Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Москва, РФ

В 2009 г., в рамках реализации мероприятий Федеральной целевой программы «Безопасность дорожного движения в 2006–2012 гг.», на базе Центра медицинской эвакуации и экстренной медицинской помощи (ЦМЭ и ЭМП) создан учебный центр по подготовке персонала авиамедицинских бригад, разработана учебная программа «Экстренная медицинская помощь с использованием вертолетов пострадавшим при ДТП».

Особенностями учебного процесса являются:

– совместное обучение врачей и среднего медицинского персонала, правила поведения в команде;

– отработка тактических навыков работы авиамедицинской бригады на месте ДТП и при проведении медицинской эвакуации вертолетом;

– практические занятия на специально оборудованном полигоне с использованием многофункционального тренажера – вертолета, созданного на базе легкого многоцелевого вертолета МИ-2.

За 2009–2013 гг. такую подготовку в ЦМЭ и ЭМП ВЦМК «Защита» прошли 629 медицинских специалистов из 18 субъектов Российской Федерации. В 2012 г. проведен первый выездной учебный цикл, который прошел в г. Тверь, на базе областной клинической больницы с отработкой практических навыков на действующем медицинском вертолете КА-32. Обучение прошли 30 медицинских специалистов из числа врачей и фельдшеров ЛПУ, расположенных по трассе М-10.

В ближайшие годы предстоит обучить около 800 специалистов, для чего планируется организовать центры обучения на базе межрегиональных центров медицины катастроф.

В связи с применением малой самолетной авиации для проведения медицинских эвакуаций больных и пострадавших (в том числе при ДТП), специалистами учебного центра разработана новая учебная программа «Авиамедицинская эвакуация больных и пострадавших», где в дополнение к предыдущей программе внесены новые разделы, касающиеся организации медицинских эвакуаций всеми видами воздушного транспорта, особенностями ведения пациента при проведении длительных авиамедицинских эвакуаций, клинических аспектов медицинской эвакуации пациентов воздушными видами транспорта. Для материально-технического обеспечения учебного процесса полигон планируется дооборудовать современным макетом тренажера-самолета.

РОЛЬ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО МЕДИАСТИНИТА

Т.Г. Бармина, Ф.А. Шарифуллин, А.Н. Погодина

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

Проблема диагностики острого медиастинита была и остается актуальной в неотложной медицине, что обусловлено высокой летальностью, длительной нетрудоспособностью и значительной инвалидизацией этих больных.

Проанализированы результаты проведения рентгеновской компьютерной томографии у 178 пациентов с острым медиастинитом, находившихся на лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского.

Диффузная инфильтрация клетчатки средостения определялась у 16 пациентов в виде множественных очаговых и линейных участков со значениями плотности мягких тканей на фоне диффузного повышения плотности клетчатки до значений жидкости.

С ограниченной инфильтрацией (инфильтратом) средостения обследованы 36 пациентов. КТ-семиотика инфильтрата характеризовалась зоной неправильной формы, со значениями плотности мягких тканей, с нечеткими контурами, в 28% наблюдений отмечались включения контрастного вещества в центральных отделах, отображающих фиксацию сульфата бария в поврежденной слизистой пищевода (ссадина) после предшествующего рентгеновского исследования.

Флегмона средостения была выявлена у 97 пациентов в виде зоны неправильной формы, с нечеткими контурами, неоднородной структуры, со значениями плотности жидкости и мягких тканей, с включениями газа и сульфата бария.

Абсцесс средостения отмечен у 29 больных в виде жидкостного образования неправильной-округлой формы, с четкими контурами, неоднородной структуры за счет участков со значениями плотности мягких тканей по периферии, отображающих наличие капсулы, и включений газа.

Консервативное лечение было проведено 52 пациентам с инфильтративными изменениями клетчатки средостения, у 49 из них оно было успешным, что было подтверждено при спиральной компьютерной томографии (СКТ) в динамике в виде уменьшения размеров воспалительных изменений и появления четкости контуров органов средостения. У 3 больных с инфильтратом заднего средостения произошло его нагноение, что было выявлено при динамическом СКТ-исследовании в виде появления неоднородности структуры инфильтрата за счет участков со значениями плотности жидкости и газа. Пациенты были оперированы. Хирургическое лечение было проведено 126 больным гнойным медиастинитом. При исследовании в динамике в послеоперационном периоде у 122 пациентов отмечено уменьшение объема патологических изменений, у 4, несмотря на выполненное дренирование средостения, наблюдалось дальнейшее распространение гнойного процесса. Больные были повторно оперированы.

Таким образом, СКТ, в том числе в динамике, позволяет определить стадию, локализацию и распространенность воспалительных изменений в средостении, выбрать рациональную тактику лечения и своевременно внести коррективы в проводимые лечебные мероприятия.

КРИТЕРИИ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
И.М. Барсукова, А.Г. Мирошниченко
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» (далее – ПГГ) органы государственной власти субъектов РФ разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий (ТПГГ), включая территориальные программы обязательного медицинского страхования (ОМС). Неотъемлемой частью ТПГГ являются критерии доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики показателей. Для скорой медицинской помощи (СМП) такими показателями служат: 1) количество вызовов СМП в расчете на 1 жителя, число лиц, которым оказана СМП; 2) доля лиц, которым СМП оказана в течение 20 мин после вызова, в общем числе лиц, которым оказана СМП (%).

Первый показатель связан с ПГГ. Средние нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по ПГГ рассчитываются в единицах объема на 1 жителя в год, по базовой программе ОМС – на 1 застрахованное лицо. Они используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных ПГГ, определяют потребность в кадровых и материальных ресурсах и составляют для СМП вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2013–2015 г. 0,318 вызова на 1 жителя. Различные условия оказания СМП на территории РФ привели к включению в ТПГГ нормативов объема СМП, значительно отличающихся от ПГГ: 0,318–0,439 (+38% к показателю ПГГ).

Второй показатель связан с «Государственной программой развития здравоохранения РФ» (до 2020 г.), утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р, целями которой являются, в том числе, совершенствование оказания СМП в РФ, снижение времени ожидания СМП. При этом целевые показатели и ожидаемые результаты сводятся к увеличению доли выездов бригад СМП со временем доезда до больного менее 20 мин до 86,4% к 2015 г. и до 90% к 2020 г.

Различные условия оказания СМП на территории РФ привели к включению в ТПГГ показателей доли выездов бригад СМП со временем доезда до больного менее 20 мин, значительно различающихся как в пределах РФ, так и в границах федеральных округов (ФО). При рассмотрении этих данных по ФО колебания показателей составили: Дальневосточный ФО – 50,0–100% (максимальное значение показателя превосходит минимальное в 2 раза), Центральный ФО – 68,2–91,4% (в 1,3 раза), Сибирский ФО – 25,0–95,0% (в 3,8 раза), Северо-Западный ФО – 80,0–96,5% (в 1,2 раза), Приволжский ФО – 68,9–94,0% (в 1,4 раза), Южный ФО – 80,0–94,1% (в 1,2 раза), Уральский ФО – 50,1–96,0% (в 1,9 раза), Северо-Кавказский ФО – 41,0–91,5% (в 2,2 раза). Таким образом, колебания показателя по РФ в целом составили 25–100%, причем максимальное значение превосходит минимальное в 4 раза, что неизбежно поднимает вопросы доступности и качества СМП на всей территории страны в связи со значительными различиями в условиях ее предоставления и финансирования.

Выравнивание условий оказания СМП в Российской Федерации – одна из важнейших задач сегодняшнего дня.

СРЕДНИЕ НОРМАТИВЫ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ НА ЕДИНИЦУ ОБЪЕМА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ВЫЗОВ) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
И.М. Барсукова, А.Г. Мирошниченко, О.Г. Кисельгоф
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Догоспитальный этап скорой медицинской помощи (далее – СМП) в Российской Федерации – это 2841 станция (отделений) СМП (2012). Из существующих станций только 2% относятся к категории крупных, осуществляющих более 50 000 выездов в год, 87% – это станции, выполняющие 10 000 и менее выездов в год.

Во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» (далее – ПГГ) органы государственной власти субъектов РФ разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий (далее – ТПГГ), включая территориальные программы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). Неотъемлемой частью ТПГГ являются объемы финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в соответствии с ПГГ, ее стоимость по источникам финансирования. Каждая ТПГГ должна быть сбалансирована не только в части объемов медицинской помощи, но и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям ее оказания.

С 2013 г. СМП включена в базовую программу ОМС. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования ТПГГ на 2013 г. составляют на 1 вызов СМП за счет средств ОМС – 1435,6 рубля. В регионах РФ эти нормативы корректируются с учетом районных коэффициентов и коэффициентов дифференциации.

Важно отметить, что фактическая стоимость 1-го вызова СМП в 2011 г. составляла 991,9 рубля. Таким образом, норматив, установленный ПГГ на 2013 г., увеличен на 443,7 рубля (45%). Кроме того, на 38,9% увеличен норматив расхода на оказание медицинской помощи, оказываемой в иных условиях, включающий расходы на санитарную авиацию.

Различные условия оказания СМП на территории РФ привели к включению в ТПГГ нормативов финансовых затрат на единицу объема СМП (вызов), значительно отличающихся от ПГГ (1435,6 руб.). При рассмотрении этих данных по Федеральным округам (далее – ФО) колебания показателя (в руб.) составили: Дальневосточный ФО 2194,75 (+53% к показателю ПГГ) – 5549,31 (+287%), Центральный ФО 704,97 (-51%) – 5194,0 (+262%), Сибирский ФО 1130,21 (-21%) – 2861,5 (+99%), Северо-Западный ФО 1303,52 (-9%) – 3732,6 (+160%), Приволжский ФО 972,5 (-32%) – 1999,28 (+39%), Южный ФО 851,94 (-41%) – 2100,0 (+46%), Уральский ФО 1129,98 (-21%) – 7098,61 (+394%), Северо-Кавказский ФО 764,5 (-47%) – 1685,0 (+17%).

Таким образом, колебания нормативов финансовых затрат на единицу объема СМП (вызов) по РФ в целом составили 704,97 (-51% к показателю ПГГ) – 7097,51 (+394% к показателю ПГГ). В результате минимальный и максимальный средний норматив финансовых затрат на единицу объема СМП (вызов) в регионах РФ различаются в 10 раз, что неизбежно поднимает вопросы доступности и качества СМП на всей территории страны. Выравнивание финансовых условий реализации ТПГГ, стимулирование эффективности их реализации – одна из важнейших задач сегодняшнего дня.

СПОСОБЫ ОПЛАТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
И.М. Барсукова
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Скорая медицинская помощь (далее – СМП) Российской Федерации (далее – РФ) вступила в новый период своего экономического развития: финансовое обеспечение СМП (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) с 1 января 2013 г.

Особенности работы СМП регламентируют постановление Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» (далее – ПГГ) и Письмо Минздрава России от 25 декабря 2012 г. № 11-9/10/2-5718 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – ТПГГ) на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов». Органы государственной власти субъектов РФ разрабатывают и утверждают ТПГГ, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования (далее – ТП ОМС). Неотъемлемой частью ТПГГ являются вопросы финансового обеспечения медицинской помощи, в том числе способы ее оплаты.

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта РФ, территориальным фондом ОМС, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников и формируются в соответствии с принятыми в ТП ОМС способами оплаты медицинской помощи.

При реализации ТП ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи для СМП, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады СМП, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации): 1) по подушевому нормативу финансирования; 2) за вызов СМП; 3) по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов СМП.

Субъекты РФ реализовали все предложенные способы: 72% субъектов выбрали подушевой норматив финансирования (в сочетании с оплатой за вызов СМП при межтерриториальных расчетах), 28% субъектов – оплату за вызов СМП. При анализе ситуации по Федеральным округам (далее – ФО) ситуация следующая: Уральский, Сибирский и Дальневосточный ФО взяли за основу исключительную подушевой способ оплаты, в то время как другие (Центральный, Северо-Западный, Южный, Северо-Кавказский, Приволжский ФО) выбрали тот и другой способ.

2013 г. для СМП в РФ условно принято переходным: СМП учится работать в ОМС, набирает опыт, пытается оценить эффективность новых финансовых механизмов, перестроить систему учета и контроля в связи с изменением источника финансирования. Интересен опыт ряда регионов, имеющих многолетний опыт работы в системе ОМС, в том числе использования различных способов оплаты СМП.

Субъектам РФ рекомендовано применять эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций. Опыт 2013 г. позволяет оценить эффективность новых организационных и финансово-экономических механизмов, выбрать оптимальные, способствующие дальнейшему совершенствованию службы СМП.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРФУЗИОННОЙ МСКТ В ОЦЕНКЕ ИЗМЕНЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА И РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СОСУДИСТО-МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
А.В. Басарболиев, П.О. Казанчян, М.В. Вишнякова (мл), Г.А. Сташук, С.С. Загаров
Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ

Введение. У пациентов с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью (ХСМН) отмечается изменение мозгового кровотока с нарушением его ауторегуляции. При реконструктивных операциях на внутренних сонных артериях (ВСА) в раннем, реже в отсроченном послеоперационном периоде возможно развитие гиперперфузионного синдрома (ГПС).

Цель: изучить изменения мозгового кровотока у пациентов с ХСМН после реконструктивных операций на ВСА для оценки эффективности проводимого лечения и риска развития гиперперфузионного синдрома.

Материал и методы: 35 пациентам с ХСМН до и после проведения реконструктивных операций по восстановлению кровотока в бассейне ВСА были проведены бесконтрастная МСКТ, КТ-ангиография (КТА) брахиоцефальных артерий и КТ-перфузия головного мозга на компьютерном томографе «Brilliance 16» с построением 3D-реконструкций и карт перфузии. При анализе данных КТ перфузии у всех больных оценивались: *CBV* (объем церебрального кровотока), *CBF* (скорость церебрального кровотока), *MTT* (среднее время прохождения контрастного вещества), *TPP* (время до достижения максимальной концентрации контрастного вещества). На основании полученных данных высчитывался коэффициент кровотока (КК) как отношение *CBF* полушария с худшим кровотоком к *CBF* контралатерального полушария.

Результаты. Обследованные пациенты были разделены на три группы: I (16 пациентов) – с односторонним выраженным стенозом ВСА, II (9 пациентов) – с выраженным стенозом обеих ВСА, III (10 пациентов) – с окклюзией ВСА с одной стороны и стенозом контралатеральной ВСА. В предоперационном периоде у 85% пациентов отмечено изменение показателей перфузии в виде уменьшения *CBF*, увеличения *MTT* и *TPP* на стороне большего поражения, при этом у 3 пациентов (11%) разница показателей *CBF* превышала 20%. После операции в I группе у 9 пациентов (56%) отмечено улучшение кровотока в пораженной гемифере в среднем на 10%; во II группе у 6 (66%) – улучшение кровотока на стороне более выраженного стеноза в среднем на 23%; в III группе у 4 пациентов (40%) отмечено увеличение кровотока на стороне операции. У одного пациента из I группы в предоперационном периоде в пораженной гемифере кроме снижения *CBF*, увеличения *MTT* и *TPP*, отмечено увеличение *CBV* практически в 2 раза, что позволило предположить нарушение ауторегуляции стенок мелких сосудов на фоне хронической ишемии мозговой ткани. При проведении послеоперационной КТ-перфузии у пациента отмечено повышение *CBF* на стороне операции более чем на 100% в сочетании с клиническими проявлениями гиперперфузионного синдрома, при этом своевременно начатое лечение предотвратило его развитие. Бесконтрастная МСКТ не выявила изменений ткани головного мозга по сравнению с предыдущим МСКТ исследованием.

Выводы. Перфузионная компьютерная томография, выполненная пациентам с ХСМН до и после проведения реконструктивных операций на ВСА, позволяет оценить изменения мозгового кровотока, а также прогнозировать развитие гиперперфузионного синдрома.

**ФАКТОРЫ РИСКА
ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ**
А.Н. Баходирова, Х.П. Алимова, Э.А. Сатвалдиева, З.О. Бабаджанова
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Рост частоты пневмонии, наряду с динамическими изменениями реактивности и иммунного ответа у детей, делают актуальным изучение преморбидного фона и иммунологических аспектов патогенеза тяжелой пневмонии для оптимизации диагностики, профилактики и лечения данного заболевания. Факторы риска, как известно, делятся на биологические, социальные, экологические и медицинские.

Цель: изучение факторов риска и клинических особенностей осложненного течения пневмонии у детей

Материал и методы. Проанализированы истории болезней 150 больных детей с осложненной пневмонией в возрасте от 1 мес до 6 лет в отделениях экстренной педиатрии и в отделении реанимации и интенсивной терапии РНЦЭМП в 2010–2012 гг. Девочек было 56 (36%), мальчиков – 96 (64%).

Результаты и обсуждение. Основные жалобы при поступлении: повышение температуры тела (89%), кашель (94%), слабость (89%), одышка (40%), снижение аппетита (57%). При сегментарных формах пневмонии боли в области живота или в боку (34%). У 24 детей (16%) отмечалась очагово-сливная пневмония, у 23 (15%) – сегментарная и у 11 (7%) – полисегментарная форма пневмонии.

Среди наблюдаемых больных у 28 (19%) нозокомиальная, у 122 (81%) – внебольничная пневмония. Анализ данных анамнеза: у большинства матерей (72%) выявлена урогенитальная и экстрагенитальная патология, у 69% матерей отмечался токсикоз беременности и ОРИ во время беременности. Угроза выкидыша наблюдалась у 38% матерей. Асфиксия в родах отмечена у 21 ребенка (14%), от стремительных родов родились 36 детей (24%), путем Кесарева сечения – 27 (18%), ягодичное предлежание плода было в 20 случаях (13%), роды со стимуляцией – в 38 (25%), отслойка плаценты в 14 (9%) случаях по основной группе. Анализ соматической патологии у родственников первой степени родства (отец, мать, братья, сестры) позволил выявить следующие данные:

- хронические заболевания органов дыхания (хронический бронхит, бронхиальная астма) отмечались у 30%;
- патология желудка и 12-перстной кишки – у 34%;
- сердечно-сосудистые заболевания – у 10%;
- аллергическая патология – у 15%.

При изучении возрастного состава матерей в момент родов было отмечено, что 30% рожениц имели возраст до 20 лет, в возрасте 21–30 лет было 27% женщин, старше 30 лет было 22%. От первой беременности родились 47%, от повторной – 53% детей. При изучении преморбидного фона отмечались случаи анемии 62%, из них анемия 2-й степени – 5%, рахита – 13%, нутритивной недостаточности – 18%, гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) – 58%, экссудативно-катарального диатеза (ЭКД) – 15%, тимомегалии – 33%. Осложнения пневмонии были представлены в виде острой дыхательной недостаточности 1-й степени – (48%), 2-й степени – 35%, ОДН 2-й степени в сочетании с ОЧН 2-й степени – 7%, явлений вторичного менингоэнцефалита – в 6% и дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности в сочетании с токсическими поражениями печени и сердца – в 5% случаев. Внутрилгочные деструктивные процессы – 2%, плевральные осложнения – 3% случаев.

Выводы. На первый план среди факторов риска тяжелого осложненного течения пневмонии в настоящее время выходят факторы, формирующие неблагоприятный преморбидный фон и иммуносупрессивное состояние у детей, особенно грудного возраста (неблагоприятное течение беременности и родов у матерей, недоношенность, нутритивная недостаточность, анемия у детей).

**ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

А.А. Безалтынных, А.В. Борсуков
**Смоленская государственная медицинская академия,
Смоленская клиническая больница скорой медицинской помощи**
Смоленск, РФ

Цель исследования: улучшение интраоперационной диагностики заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны путем использования лапароскопической ультразвуковой томографии (ЛСУЗТ).

Материал и методы. В основу исследования положен анализ 78 диагностических лапароскопий, выполненных пациентам в возрасте от 23 до 75 лет, из них 26 женщины (33,3%) и 52 мужчины (66,7%). Все больные поступили с диагнозом острый калькулезный холецистит, острый панкреатит, перитонит, тупая травма живота. Для осуществления полноценного интраоперационного полипозиционного исследования использовали лапароскопический датчик с частотой сканирования 7,5 МГц аппарата «Алока-500». С 2013 г. мы применяем ультразвуковой аппарат «SonoScape S8» и лапароскопический датчик Lap7, позволяющий проводить исследования в цветном доплеровском и энергетическом режимах.

Результаты. Всем больным до операции осуществляли стандартное УЗИ органов брюшной полости в положении на спине и на боку. Во время выполнения диагностической лапароскопии по разработанному нами алгоритму мы проводили ЛСУЗТ. Исследование включало три этапа: исследование печени, желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков, поджелудочной железы. ЛСУЗТ было более точным и информативным за счет полипозиционности сканирования и исключения влияния газов в кишечнике на прохождение ультразвука.

Во время выполнения ЛСУЗТ у 8 больных (10,3%) диагностировано повреждение желчного пузыря, у 10 (7,8%) – повреждение внепеченочных желчных протоков, у 11 (14,1%) – деструктивный панкреатит, у 23 (29,5%) – повреждение печени различной глубины и протяженности.

При выполнении ЛСУЗТ получен ложноотрицательный результат у двух больных (2,6%), повреждение не было выявлено в терминальном отделе холедоха в связи с парезом 12-перстной кишки.

Заключение. ЛСУЗТ является методом, который позволяет оценивать структуру органов и тканей во время лапароскопических операций. ЛСУЗТ позволяет в случаях с неясной клинической симптоматикой и трудностями дооперационной диагностики выявить причину заболевания.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ
У БОЛЬНЫХ В РАЗНЫЕ СРОКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА**

Н.Л. Баяндин, К.Н. Васильев, А.Г. Кротовский
Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова
Москва, РФ

Цель исследования: определить факторы риска, влияющие на результат оперативного лечения у больных острым инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы. За период с 2000 по декабрь 2009 г. в отделении кардиохирургии ГКБ № 15 им. О.М. Филатова оперированы 207 больных с ранней постинфарктной стенокардией. Средний возраст – 59,0±9,2 года, мужчин было 164 (79%), женщин – 43 (21%). Q-образующий ИМ был у 116 пациентов (56%), Q-необразующий ИМ – у 91 (44%). По данным ЭКГ, изменения локализовались по передней стенке левого желудочка (ЛЖ) у 118 больных (57%), по задней стенке – у 78 (37,7%), боковое поражение ЛЖ выявили – у 11 (5,3%). Фракция выброса, по данным ЭхоКГ, в среднем составила 49,1±13,5% (минимально – 16%, максимально – 83%); у 102 пациентов (49%) она соответствовала норме (>0,5), у 83 (40%) была умеренно сниженной, 22 больных (11%) имели выраженные нарушения глобальной сократительной функции миокарда (фракция изгнания – ФИ<0,3). Поражение ствола левой коронарной артерии более 50% выявлено у 75 пациентов (36,2%), стеноз одной коронарной артерии – лишь у 1 (0,5%), двух – у 11 (5,3%), поражение трех и более коронарных артерий – у 120 (57,9%).

Операция с искусственным кровообращением выполнена у 187 больных (90%), у 20 (10%) – на работающем сердце. У 144 пациентов (77%) использовали ВГА, у 8 (4,3%) – лучевую артерию, у 35 (18,7%) – аутовену. Длительность искусственного кровообращения в среднем составила 82,2±25,8 мин, длительность ишемии миокарда – 44,2±11,9 мин, индекс реваскуляризации – 3,4±0,8.

Больные разделены на группы согласно интервалу времени, прошедшего от первых клинических проявлений ИМ до оперативного вмешательства. В 1-ю группу вошли пациенты с интервалом времени от 0 до 7 сут, во 2-ю группу – от 8 до 14 сут и в 3-ю группу – от 15 сут и более. При проведении сравнительного анализа выявлено, что по полу, возрасту, наличию сопутствующей патологии, локализации и виду ИМ группы достоверно не различались между собой (p≥0,05).

Результаты. Общая летальность в группе больных с постинфарктной стенокардией составила 8,7% (18 пациентов). При этом в 1-й группе больных умерли 11 (23,4%), во 2-й группе – 2 (6,8%) и в 3-й группе – 5 (3,8%); p=0,0003. Длительность ИВЛ, время пребывания в реанимационно-анестезиологическом отделении, необходимость длительной кардиотонической поддержки, частота развития острой почечной и полиорганной недостаточности (ПОН) были достоверно выше у больных 1-й группы (p<0,01). При многофакторном анализе влияние на выживаемость оказывали низкая ФИ_{тек} (<30%), кардиогенный шок.

Выводы. ФИ_{тек} < 30% и кардиогенный шок на момент хирургического вмешательства у больных в остром периоде ИМ являются основным фактором риска неблагоприятного исхода операции. В раннем послеоперационном периоде данной группе пациентов требуются проведение методов вспомогательного кровообращения (контрпульсация), лечение ПОН (длительная ИВЛ, гемодиализ, плазмаферез).

**НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ПОЛ-АОС И СПОСОБЫ ИХ КОРРЕКЦИИ
В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ**

М.В. Белова, К.К. Ильяхинко
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

В реабилитационном периоде острых отравлений (РП ОО) в связи с наличием осложнений (пневмония, абстинентный алкогольный синдром – ААС, рубцовые сужения желудка) сохраняется напряженность в системе ПОЛ-АОС.

Цель настоящей работы: выбор оптимальных путей коррекции нарушений перекисного гомеостаза на данном этапе заболевания.

В РП ОО психотропными средствами (ПС) курсами от 3 до 7 сут применяли: ультрафиолетовую гемотерапию (УФГТ) – у 12 больных; лазерную гемотерапию с энергией облучения 12 Дж (ЛГТ₁) и 6 Дж (ЛГТ₂) – у 23 и 18 пациентов соответственно; их сочетание (ЛУФГТ) – у 24 больных; химиогемотерапию (ХГТ) – у 24 больных с ОО ПС, у 28 с ОО веществами прижигающего действия (ВПД), у 17 с ААС; внутривенные инъекции 5% раствора мексидола – по 28 больных с ОО ПС и ОО ВПД; внутримышечные инъекции 6% раствора ацизола – у 18 больных с ОО ПС. Группы сравнения составили пациенты с соответствующей патологией, сопоставимые по тяжести заболевания, полу, возрасту, которым проводили традиционную терапию.

Перед физиогемотерапией (ФГТ), введением указанных препаратов и на 1-е, 3-и, 7-е сут, а при использовании ХГТ до сеанса, через 1 ч и через сутки после него в крови пациентов определяли диеновые конъюгаты (ДК), малоновый диальдегид (МДА), токоферол (ТФ), церулоплазмин (ЦП), рассчитывали коэффициент дисбаланса К.

У всех больных в начальной точке исследования регистрировали оксидантный стресс разной выраженности. Исходно высокие концентрации ДК наилучшим образом снижались под действием ЛГТ₂ и ЛУФГТ, уровни МДА – при использовании ЛГТ₂. Наиболее выраженная активация АОС происходила на фоне ЛУФГТ, которая наблюдалась до 3-х сут. Коэффициент К через сутки на фоне ЛГТ₂ и ЛУФГТ снижался в 2 раза по сравнению с исходно увеличенным значением и стабилизировался на этом уровне до 3-х сут. ЛГТ₁ мало влиял на дисбаланс ПОЛ-АОС.

ХГТ при пневмониях активировала АОС спустя сутки после проведения, что привело к итоговому снижению дисбаланса в системе ПОЛ-АОС. У больных с ОО ВПД уменьшение коэффициента К вдвое через сутки после этой процедуры происходило как за счет активации АОС, так и снижения интенсивности перекисных процессов. Использование ХГТ для лечения ААС сопровождалось уменьшением дисбаланса в системе ПОЛ-АОС за счет статистически значимого снижения уровней продуктов ПОЛ через сутки после процедуры.

Применение мексидола приводило к активации АОС, что проявлялось при пневмониях увеличением к 3-м суткам уровня ТФ в 2,7 раза и ЦП на треть по сравнению с нормой, а при химических ожогах желудка – на 47% и 18% для ТФ и ЦП соответственно. Одновременно с этим происходило снижение уровней МДА и ДК. В целом мексидол оказывал нормализующее влияние на дисбаланс системы ПОЛ-АОС уже через сутки после начала применения. Антиоксидантное действие ацизола проявлялось снижением содержания в крови ДК и МДА и увеличением концентрации ЦП, что сдерживало прогрессирование оксидантного стресса.

Таким образом, в реабилитационном периоде ОО преимущество в коррекции нарушений перекисного гомеостаза имеют фармакологические препараты – мексидол и ацизол. Применение методов ФГТ в соматогенной стадии должно сочетаться с медикаментозной терапией, обеспечивающей восполнение компонентов АОС.

ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ТЕРМОТРАВМЕ

Э.А. Береснева, С.В. Шеякова, П.А. Брыгин, М.В. Баринаова

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Термотравма в последние годы является одной из важных проблем в неотложной медицине. Увеличение числа пожаров и тяжелообожженных требует максимальных усилий как в организации экстренной помощи, так и в лечении таких больных. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского накоплен многолетний опыт по лечению пострадавших при пожарах, так как в институт доставляют наиболее тяжелых пациентов.

Из всех диагностических методов при обследовании пострадавших чаще всего используют традиционный рентгенологический метод, так как эти больные поступают обычно в реанимационные отделения и им нередко проводят искусственную вентиляцию легких. Литературные данные и опыт института показывают, что в первую очередь при термотравме страдают органы грудной клетки. Поэтому всем поступающим больным в первый же день производят снимки грудной клетки (при горизонтальном положении пациента), затем их повторяют в течение первых 3–4 сут, в более поздние сроки – по показаниям.

Для определения сроков развития осложнений и уточнения их характера у больных с разными видами термотравмы проанализированы результаты рентгенологического исследования 266 пострадавших. При этом все больные были разделены на три группы: 1-я группа – 147 больных с изолированной ингаляционной травмой (ИТ); 2-я группа – 43 больных с поражением кожных покровов; 3-я группа – 96 больных, у которых ИТ сочеталась с поражением кожи.

Результаты рентгенологического исследования умерших сопоставлены с данными гистологического исследования легких.

При анализе рентгенологических данных обнаружено, что при изолированной ИТ изменения в легких зависят от степени поражения дыхательных путей. Так, при ИТ 1-й степени изменения в легких или отсутствуют, или выражены незначительно в виде умеренного венозного застоя, что подтверждается и данными морфологических исследований, при которых определяются лишь незначительные полнокровие межальвеолярных перегородок.

При ИТ 2-й степени у 31,9% больных в 1-е сут наблюдаются изменения сосудистого рисунка по ясному типу с образованием воздушных «пузырьков», тесно расположенных с образованием фигуры, напоминающей туютовую ягоду. Эти изменения обнаруживают только в периферических отделах и обычно в правом легком (учитывая особенности положения правого главного бронха). Литературные данные (Р.В. Васьков, 2000; И.Р. Вагина, 2004) и данные института (М.В. Баринаова) показывают, что при ИТ происходит задержка воздуха в отдельных альвеолах с образованием воздушных «пузырей» при спавшихся других альвеолах. При этом отмечается сужение просвета терминальных бронхов.

Можно считать, что появление таких симптомов обусловлено нарушением выдыха, что подтверждается и при исследовании внешнего дыхания (в условиях задержки выдоха). Эти изменения обнаруживают только при отсутствии отека легких и выявляют в течение 2–3 сут.

В 34% случаев при ИТ 2-й степени в 1–2-е сут отмечается выраженное венозное полнокровие или отек легких. Пневмония у 14,9% пострадавших развивается чаще на 3–и–4-е сут и обычно бывает односторонней в нижней доле. Рентгенологически пневмонию обнаруживают в виде инфильтративных теней разной интенсивности, сливающихся между собой. В 10% случаев пневмония развивается на фоне отека легких, что вызывает определенные трудности для ее выявления.

При анализе рентгенологических данных, полученных при исследовании грудной клетки у больных 2-й группы, обнаружено, что в течение длительного времени после травмы (7–10 сут) изменения в легких обычно отсутствуют. Пневмония отмечается обычно в поздние сроки (чаще односторонняя и нижне-долевая). Рентгенологически она проявляется инфильтрацией разной протяженности. Характерно, что у этой группы больных симптом «тутовых» ягод не был обнаружен ни у одного из них.

Морфологические исследования подтверждают рентгенологические данные, так как у умерших обнаруживают пневмонию в более поздние сроки по сравнению с изолированной ИТ.

У больных 3-й группы при проведении рентгенологического исследования грудной клетки выявлена парадоксальная реакция легких. Независимо от тяжести ИТ и площади поражения кожных покровов в течение первых 5–6 сут изменения в органах грудной клетки у большинства больных отсутствовали. У других больных наблюдали признаки умеренного венозного застоя или выявляли «тутовые» ягоды. Клинические данные и морфологические исследования легких показали, что при сочетании ИТ и ожога кожи возникают выраженные нарушения кровотока с образованием тромбов и сдвигами в ранние сроки после травмы, которые отсутствовали при изолированной ИТ и при поражении только кожных покровов. Отек легких и пневмония у этой группы больных наблюдались в более поздние сроки: отек легких обычно выявляли на 5–6-е сут, пневмонию – на 6–8-е сут после травмы. Пневмония при этом, как правило, двусторонняя и нижнедолевая или сливная субтотальная.

Проведенные рентгенологические исследования грудной клетки у пострадавших при пожарах показали важность динамического рентгенологического контроля, позволяющего своевременно выявлять возникающие осложнения в легких и определять их характер.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ВЕЩЕСТВАМИ ПРИЖИГАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Е.Е. Биткова, А.В. Бадалян, Ю.С. Гольдфарб, К.К. Ильашенко, Ф.А. Бурдыга

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Цель исследования: анализ нарушений реологии, гемостаза и влияющих на них лечения на реабилитационном этапе отравлений веществами прижигающего действия (ОПЖ).

Материал и методы. 28 больных с ОПЖ после окончания детоксикации и реанимационных мероприятий (10–12-е сутки заболевания) были разделены на 4 группы по 7 человек в каждой. В 1-й проводили базовую терапию и внутривенное капельное введение мексидола (М) – 4 мл/сут; во 2-й – ГБО в комбинации с М; у больных 3-й группы – комбинацию с мезодизцефальной модуляцией (МДМ) и М; у пациентов 4-й группы – МДМ комбинируют с ГБО и М. Оценка параметров реологии включала определение вязкости крови при различной скорости сдвига на ротационном вискозиметре АКР-2, вязкости и вискоэластичности крови – на анализаторе *BioProfiler*, агрегации эритроцитов – на агрегометре *MA Myrena*. Параметры гемостаза – концентрацию фибриногена в плазме крови – определяли на коагулометре *SA 1500*, а коллаген-индуцированную агрегацию тромбоцитов – на импедансном агрегометре *CHRONO-LOG*. Референтную группу составили 50 доноров крови. Результаты обрабатывали с помощью пакета статистических программ *Microsoft Excel*. Исследования проводили сразу после перевода больных из реанимационного отделения и после завершения лечения.

Результаты. До лечения большинство параметров по отношению к норме были статистически достоверно повышены: отмечалась повышенная вязкость крови (сПз) при скорости сдвига 250 с^{-1} ($5,73 \pm 0,77$) при норме $4,7 \pm 0,08$ сПз ($X \pm \sigma$), высокая вискоэластичность (ригидность) эритроцитов (сПз) при скорости сдвига $62,8 \text{ с}^{-1}$ ($1,47 \pm 0,08$) против нормы $0,61 \pm 0,05$ сПз, при скорости сдвига $12,6 \text{ с}^{-1}$ ($2,94 \pm 0,7$) против нормы $1,55 \pm 0,09$ сПз и $2,5 \text{ с}^{-1}$ ($5,35 \pm 2,16$) против нормы $3,13 \pm 0,14$ сПз. Агрегация эритроцитов ИМ, ($26,5 \pm 9,55\%$ при норме $18,9 \pm 0,96$) и концентрация фибриногена ($4,56 \pm 3,16$ при норме $2,8 \pm 0,13$ г/л) также были повышены.

Перед выпиской во всех группах отмечена положительная динамика параметров гемореологии. В зависимости от варианта лечебных мероприятий выявлены следующие особенности: в 1-й группе нормализовались параметры агрегации эритроцитов (снижение составило 25–27% от исходного уровня) и концентрации фибриногена (на 20%). Во 2-й группе на фоне проведенного лечения отмечена нормализация параметров вязкости крови, снижение вискоэластичности эритроцитов при всех скоростях сдвига на 22–29% и агрегации эритроцитов на 12–13% по сравнению с исходными данными. В 3-й группе нормализовалась величина вязкости крови при скорости сдвига 10 с^{-1} (снижение составило 16% от исходного уровня) и концентрации фибриногена (на 23%). В 4-й группе нормализовались параметры вискоэластичности эритроцитов при скорости сдвига $62,8 \text{ с}^{-1}$ (снижение составило 13% от исходного уровня), агрегации эритроцитов (снижение составило 11% от исходного уровня) и концентрации фибриногена (на 29%).

Заключение. При острых отравлениях веществами прижигающего действия комбинированная медикаментозная (М) и немедикаментозная (ГБО) коррекция имеющихся нарушений реологии сопровождается наиболее заметными результатами, в первую очередь в виде синхронного улучшения реологических параметров.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ

А.В. Берестенников, В.А. Бомбизо, И.Н. Гонтарев, А.М. Цыцн

Городская больница № 1

Барнаул, РФ

Острая спаечная кишечная непроходимость – синдром, проявляющийся нарушениями перистальтики и эвакуаторной функции кишечника, характеризующийся различными клиническими и морфологическими изменениями пораженной части кишки, а позднее и всех систем организма. В структуре госпитализации в неотложный хирургический стационар острая кишечная непроходимость составляет 9,4 – 27,1%, среди них спаечная кишечная непроходимость – до 80% (В.П. Петров, А.С. Ермолов). Летальность в данной группе больных, оперированных в первые 6 ч, составляет 3,5%, а среди оперированных после 24 ч – 24,7% и более (В.И. Белюков, А.Ю. Абрамов, Г.Б. Исаев, А.С. Кригер).

Цель исследования. Высокая частота, распространенность и не имеющая тенденции к снижению летальность при спаечной болезни, осложненной острой кишечной непроходимостью, настоятельно требуют дальнейшего поиска путей повышения эффективности лечения при данном виде патологии.

Материал и методы. В хирургических отделениях нашей клиники за период с января 2007 по сентябрь 2012 г. были прооперированы 242 пациента с острой спаечной кишечной непроходимостью. Длительность заболевания составляла от 3 ч до 7 сут. Среди пациентов преобладали женщины – 173 (71,48%). Возраст больных: от 17 до 89 лет. Все пациенты ранее перенесли от 1 до 6 различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Лапаротомным доступом были прооперированы 188 больных (77,7%). У 54 пациентов (22,3%) был использован лапароскопический доступ. У 3 больных (5,56%) ограничили диагностический видеопараскопией в связи с конгломератной формой спаечной кишечной непроходимости, что потребовало выполнения лапаротомии. В 5 случаях (9,2%) выполнена видеоассистированная резекция участка тонкой кишки с наложением аппаратного анастомоза из мини-доступа в связи с некрозом тонкой кишки. Все больные, которым было выполнено видеопараскопическое вмешательство, были оперированы в первые часы от поступления при отсутствии противопоказаний после короткой предоперационной подготовки. Основными противопоказаниями к использованию лапароскопического доступа считали: острую кишечную непроходимость с явными признаками некроза кишки или перитонита; «запущенную» кишечную непроходимость с выраженным вздутием живота. Первый прокол делали с помощью иглы Veressa, точка доступа определялась индивидуально, в зависимости от перенесенных ранее операций, локализации послеоперационных рубцов, данных УЗИ (наличие акустических окон) и клинической картины. В 70% случаев первый прокол выполняли в левой эпигастральной области, по нашим наблюдениям, выраженные спаечного процесса здесь меньше. Основываясь на данных первичного осмотра, устанавливали лапаропорты для манипуляторов. У 35 пациентов (68,6%) причиной непроходимости была одиночная шнуровидная спайка, у 15 больных (31,4%) – множественные плоскостные сращения. Расщепление спаек выполняли эндоскопическими ножницами в бессосудистых зонах. Считаем использование диатермокоагуляции опасным: грубая деформация тканей вследствие воздействия тока на кишечную стенку и высокого риска перфорации кишки. После ликвидации препятствия выполняли ревизию тонкой кишки, от спающегося отдела к рудатому – вероятность повреждения стенки кишки в этом случае значительно ниже. Операцию заканчивали санацией брюшной полости и ее дренированием одним или двумя тонкими трубчатыми дренажами диаметром 5 мм.

Результаты. Зарегистрировано одно осложнение – перфорация кишки при расщеплении плотных сращений. Образовавшийся дефект был зашит из мини-доступа. Средняя продолжительность нахождения в стационаре у больных после видеопараскопических операций составила 5,6 сут, у больных, оперированных традиционно – 10,1. У пациентов, оперированных традиционным способом, послеоперационные осложнения возникли в 11 случаях (5,85%), в том числе нагноение раны – 4, инфильтрат брюшной полости – 3, ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость – 3, несостоятельность тонкокишечного анастомоза у одного больного. Других послеоперационных осложнений у больных данной группы не было. Смертельных исходов после эндоскопических вмешательств не было.

Заключение. Видеопараскопические вмешательства являются эффективным методом мини-инвазивной диагностики, позволяя успешно установить диагноз острой спаечной кишечной непроходимости и определить характер, уровень непроходимости, а также оценить состояние тонкой кишки и ликвидировать причину кишечной непроходимости. Эндоскопическое расщепление спаек – это эффективный метод лечения больных со спаечной тонкокишечной непроходимостью, позволяющий снизить срок пребывания в стационаре, количество послеоперационных осложнений и минимизировать интраоперационную травму.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ Q-НЕОБРАЗУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Е.Е. Биткова, М.С. Макаров, М.Х. Мазанов, Я.Б. Бранд, Н.В. Борковкова,

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

У пациентов с острым Q-необразующим инфарктом миокарда, оперированных в условиях искусственного кровообращения, послеоперационный период может осложниться кровотечением, обусловленным нарушением тромбоцитарного звена гемостаза. Практически все пациенты с острым Q-необразующим инфарктом миокарда в предоперационном периоде получают антиагрегантную и антикоагулянтную терапию.

Цель исследования: определить биологическую полноценность тромбоцитов с острым Q-необразующим инфарктом миокарда при операциях аорто- и маммарокоронарного шунтирования с помощью метода оценки морфофункционального статуса тромбоцитов.

Используемые методы. Исследовали тромбоциты крови 108 пациентов с ИБС, которые выполняли реваскуляризацию миокарда в условиях искусственного кровообращения (ИК). Из них 12 пациентов оперированы на фоне острого Q-необразующего инфаркта миокарда, которые в предоперационном периоде получали антикоагулянтную терапию гепарином. Средний возраст пациентов составил 45–75 ($64,5 \pm 2,6$) лет. Исследование тромбоцитов проводили на этапе вводного наркоза до гепаринизации (1-й этап, до ИК) и после инaktivации гепарина протамином сульфатом во время остеосинтеза грудины (2-й этап, после ИК). В качестве нормального контроля исследовали тромбоциты крови 20 доноров.

Для морфофункционального исследования тромбоцитов до и после ИК использовали метод оценки морфофункционального статуса тромбоцитов, основанный на окрашивании тромбоцитов витальным флуорохромным красителем с последующей оценкой их морфофункциональных параметров: Стр.гр., тыс/мкл; морфофункциональная активность тромбоцитов, МФАТ (в баллах); адгезивная активность тромбоцитов, ААТ (в баллах); морфофункциональный статус тромбоцитов, МФСТ, в баллах.

Результаты. У пациентов с острым Q-необразующим инфарктом миокарда до начала ИК наблюдали снижение всех морфофункциональных параметров тромбоцитов в 1,4–1,7 раз по сравнению с донорами ($p < 0,01$). Так, значения Стр.гр. составили $66,7 \pm 10,9$ тыс/мкл (норма $112,8 \pm 16,9$ тыс/мкл), МФАТ – $34,5 \pm 3,4$ балла (норма $46,8 \pm 5,9$ балла), ААТ – $32,7 \pm 2,6$ балла (норма $55,8 \pm 6,9$ балла), МФСТ – $68,4 \pm 8,7$ балла (норма $102,8 \pm 10,8$ балла). После окончания ИК отмечено дополнительное падение значений Стр.гр. (до $38,7 \pm 14,4$ тыс/мкл), ААТ (до $20,5 \pm 6,7$ балла) и МФСТ (до $57,1 \pm 10,6$ балла). Кровотечение в раннем послеоперационном периоде, потребовавшее рестернотомии, отмечено у 4 пациентов из 12. При ревизии послеоперационной раны явного источника кровотечения выявлено не было. Отмечена диффузная кровоточивость грудины и мягких тканей. Выявлено резкое снижение всех морфофункциональных параметров тромбоцитов: Стр.гр. до $10,1 \pm 5,1$ тыс/мкл, МФАТ – до $27,6 \pm 2,1$ балла, ААТ – до $8,3 \pm 2,1$ балла, МФСТ – до $36,0 \pm 3,6$ балла.

Выводы. У пациентов с острым Q-необразующим инфарктом миокарда отмечено снижение биологической полноценности тромбоцитов. ИК у этих пациентов во время реваскуляризации приводило к дополнительному снижению содержания функционально пригодных клеток в циркулирующей крови. В некоторых случаях наблюдают резкое снижение структурной целостности и функциональной активности тромбоцитов, что способствует развитию кровотечения в раннем послеоперационном периоде. Таким образом, оценка морфофункционального статуса тромбоцитов у больных с острым Q-необразующим инфарктом миокарда до начала ИК и после его окончания может быть использована для прогноза нарушений гемостаза в раннем послеоперационном периоде и обоснования необходимости гемостатической терапии.

К ИСТОРИИ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В ДЕЛЕ ОКАЗАНИЯ НЕМЕДЛЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ

Н.Н. Блохина

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН

Москва, РФ

В 1825–1826 гг. московский штатд-физик Ф.П. Гааз внес предложение в Медицинскую контору о мероприятиях по оказанию городской помощи пострадавшим. Московская Медицинская контора, однако, сочла это предложение излишним, так как в каждой части Москвы уже имел место «попеченный по штату лекарь, на которого и возлагались эти обязанности». В 1844 г. была открыта «Московская Полицейская больница для бесприютных». Для этого было отремонтировано и переоборудовано для новой больницы бывшее здание Ортопедического института Менделеева в Малом Казенном переулке. «Полицейская больница для бесприютных» была признана постоянным учреждением для приема больных, поступающих на попечение полиции «по внезапным случаям, для пользования и начального подаяния бесплатной помощи». Эта больница и стала одной из первых в России специальной больницей немедленной врачебной помощи, «едва ли не основной контингент которой, – по словам доктора А. Овера, – составляли люди, поднимаемые в бесчувственном виде в шибленные лошади, отравленные, укушенные собаками, обожженные, с наружными и внутренними повреждениями тела...». Доктор Ф.П. Гааз объезжал улицы города и обнаружив больных и пострадавших, он, оказав им первую медицинскую помощь, привозил в Полицейскую больницу. Эти поездки Ф.П. Гааза по Москве историко-медицинском аспекте должны оцениваться как первые попытки оказания срочной медицинской помощи на месте происшествия. Доктора Ф.П. Гааза справедливо считать основоположником организации немедленной (неотложной) медицинской помощи в Москве не только на месте происшествия, а также стационарной неотложной медицинской помощи.

А.С. Пучков родился 28 августа 1887 г. в Москве в семье известного врача-общественника С.В. Пучкова. Его отец С.В. Пучков (1865–1926) после окончания Имп. Московского университета (1881) поступил ординатором в Александровскую (Полицейскую) больницу, основанную известным врачом-гуманистом и 60-летним (вплоть до 1818 г.) он прослужил в этом лечебном заведении «как в качестве главногосударственного, благодаря его беспрестанным трудам была сохранена память о московском враче-гуманисте». В 1910 г. он выпустил книгу «К характеристике доктора Ф.П. Гааза», дополнив новыми данными уже получившую широкую известность очерк А.Ф. Кони. Книга выдержала два издания. С.В. Пучков стал инициатором сбора пожертвований на памятник Ф.П. Гаазу, торжественно открытый во дворе Александровской больницы осенью 1909 г. Будучи активным участником в делах Московской Городской Думы, С.В. Пучков выступил в Городской Думе с предложением привести в порядок могилу Ф.П. Гааза на Введенском кладбище. На протяжении всех предреволюционных лет он старался, чтобы у памятника с надписью «Спешите делать добро» каждый год проходили детские праздники под названием «У доброго дедушки Гааза». Дело отца продолжил его сын – Александр Сергеевич Пучков (1887–1952), который не только стал врачом, но и продолжил семейную традицию «Спешите делать добро». После окончания медицинской факультета Имп. Московского университета со званием «лекарь с отличием» А.С. Пучков работал врачом-экстерном в городских больницах. Врач А.С. Пучков обладал незаурядными способностями организатора здравоохранения, и возглавив в 1923 г. Московскую станцию скорой медицинской помощи, терпеливо и настойчиво преодолевал всевозможные трудности. Ему удалось в короткие сроки создать четкую высокоорганизованную городскую скорую помощь. При этом он разработал и применил на практике такую систему оказания неотложной помощи московскому населению, которая легла в основу организации этого вида помощи не только в Москве. Для Александра Сергеевича были близки и дороги идеалы его отца. Об этом говорит, в частности, сохранившиеся нами в архиве его письма, адресованные А.Ф. Кони – автору известной книги, посвященной врачу-гуманисту Ф.П. Гаазу: «...Я горюю Вам, – писал он в мае 1923 г., – что Ваши книги всегда были для меня своего рода нравственным маяком, который осветил мне не один темный вопрос повседневной жизни...». И далее: «Занят я с утра до ночи административным делом (Скорая помощь), и совсем нет времени быть самим с собой, что очень тяжело». А в другом письме, посланном через 3 года (24 декабря 1925 г.) он сообщал А.Ф. Кони: «...Собираясь в январе побывать в Петербурге для осмотра станции Скорой помощи и мечтаю повидать Вас. Работая только на Скорой помощи, но, к своему удивлению, занят не меньше, а скорее даже больше прежнего...». А.С. Пучков впервые разработал и внедрил в практику Московской станции скорой помощи (1922–1952) основные принципы организации экстренной медпомощи на догоспитальном этапе в городах (скорая помощь, неотложная помощь на дому, скорая психиатрическая помощь, перевозка больных); определил структуру станций скорой помощи, функции выездных бригад, диспетчерских служб, линий связи (городской индекс «03»), прямая связь, селекторная связь, радиосвязь); развил профилактическое направление в работе станции. Он принимал непосредственное участие в организации семи подстанций скорой помощи в Москве, в создании специализированного автотранспорта и его оснащения; разработал и внедрил формы учета и отчетности в системе скорой помощи.

Уходя из жизни в 1952 г., А.С. Пучков оставил замечательное наследие – тщательно разработанную систему организации скорой медицинской помощи. В настоящее время, отдавая должное этому замечательному врачу и организатору скорой медицинской помощи в Москве, Московская станция скорой медицинской помощи носит имя А.С. Пучкова. Этому врачу осенью 2012 г. в Москве был поставлен памятник.

СТАНОВЛЕНИЕ ИНСТИТУТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XX ВЕКА

Т.Н. Богницкая, И.Н. Ершова

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского,

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

Москва, Санкт-Петербург, РФ

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского и СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе являются центрами по разработке различных аспектов скорой медицинской помощи (СМП) в России. Пути их развития были разными, но цель одна – совершенствование оказания СМП при неотложных заболеваниях и травме на догоспитальном этапе и в стационаре.

Н.А. Вельяминов, Н.К. Шведов, Г.И. Турнер, И.И. Греков, П.И. Дьяков многое сделали для организации СМП в России. В Москве в 1898 г. при полицейских участках открыты первые три станции СМП. В С.-Петербурге 7.03.1899 г. открыты пять станций СМП.

В 1908 г. в Москве состоялась Учредительное собрание общества СМП, секретарем общества избран Г.И. Меленевский. Начавшаяся 1-я мировая война приостановила развитие СМП.

В Петрограде 27.02.1917 г. для оказания СМП раненым в боях с полицией был создан добровольческий отряд из 18 студентов медиков и 3 фельдшеров, реорганизованный в апреле 1918 г. в СМП, которую возглавил М.А. Мессель.

Москва после Октябрьской революции в течение 2 лет оставалась без СМП. Однако в апреле 1917 г. Г.Ф. Меленевский представил в городскую управу Москвы доклад с предложением о создании станции СМП по типу клиники-экспериментального института для научного изучения патологии и лечения больных с различными острыми заболеваниями. На базе больницы Шереметева 15.10.1919 г. была открыта станция СМП, которую возглавил В.П. Поморцев, а с 1923 г. – А.С. Пучков. 23.07.1923 Шереметевская больница переименована в Институт травматологии и неотложной помощи, позже – в Институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. Было создано мощное учреждение – единая служба СМП при тесном взаимодействии науки и практики.

В Ленинграде в 1932 г. основан научно-практический институт скорой помощи. Директором института назначен М.А. Мессель, научным руководителем – профессор И.И. Джанелидзе, который оставался в этой должности до 1950 г. После его смерти институт назван его именем.

Создание институтов скорой помощи, в которых проводились лечение больных с односторонними заболеваниями, их связь с работой догоспитального этапа положительно отразилась на результатах лечебной и научной работы.

С началом ВОВ оба института работали как госпитали. Москва превратилась в прифронтовой город. Ленинград оказался в кольце вражеской блокады. Колоссальная нагрузка пала на руководителей СМП А.С. Пучкова и М.А. Месселя.

Лучшие профессора институтов И.И. Джанелидзе, Д.А. Арапов, Б.А. Петров, С.С. Юдин, А.А. Бочаров, Б.С. Розанов возглавили медицинскую службу на передовых рубежах ВОВ и, несмотря на тяжелейшие условия и колоссальную нагрузку в период ВОВ, не прекращали научную работу. Изданные монографии В.В. Гориневской, Д.А. Арапова, Б.А. Петрова получили высокую оценку, а монографии С.С. Юдина и И.И. Джанелидзе удостоены Сталинской премии.

Институты внесли достойный вклад в развитие науки, практики и подготовки кадров. Распоряжением СНК СССР Московскому институту СП им. Н.В. Склифосовского (1944) и Ленинградскому институту СП им. И.И. Джанелидзе (1945) присвоен статус научно-исследовательских институтов.

НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ В РАМКАХ ФЕДЕРАЛЬНОЙ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ В 2006–2012 ГОДАХ»

Б.В. Бобий

Всероссийский центр медицины катастроф «Защита»

Москва, РФ

За последние 7 лет вопросы реального улучшения качества функционирования системы спасения жизни и сохранения здоровья пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) приобрели догоспитальный системный характер. Подтверждением этому является реализация мероприятий федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 гг.», приоритетного национального проекта «Здоровье». Кроме указанных федеральных документов, в субъектах Российской Федерации выполняли региональные программы по повышению безопасности дорожного движения.

Необходимо отметить, что научное сопровождение совершенствования системы организации и оказания первой и медицинской помощи пострадавшим в ДТП осуществляли главным образом в рамках федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 гг.» (далее – Программа). Первоначально, практически до конца 2008 г., государственным заказчиком 71 мероприятия Программы (по разделам – «Научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы» («НИОКР») – 29 мероприятий, «Прочие расходы» – 30 и «Капитальные вложения» – 12 мероприятий), касающихся сферы деятельности здравоохранения, являлся Росздрав, а с 2009 г. – Минздравсоцразвития России (Минздрав России).

Мероприятия Программы, реализуемые здравоохранением, в значительной мере соответствовали международным технологиям, направленным на профилактику и минимизацию тяжести медико-санитарных последствий, в том числе снижение уровня смертности и инвалидности среди пострадавших в ДТП. Следует особо обратить внимание на то, что мероприятия по разделу «НИОКР» были специально логически увязаны с мероприятиями других разделов в определенные блоки для комплексного решения конкретных вопросов совершенствования медико-санитарного обеспечения пострадавших в ДТП. Были детально разработаны структурно-логические схемы выполнения каждой темы «НИОКР» и совместной реализации ее с другими направлениями Программы, при этом обязательно определяли конкретные выходы научной продукции по годам реализации. Такой организационно-методический подход позволил в оптимальных условиях организованно и результативно проводить научные исследования в сфере здравоохранения.

Доля переходных тем «НИОКР» из года в год увеличивалась, начиная от 50% (с 2006 на 2007 г.) и в последующем до 90,0% и более. При таком положении вполне обоснованным является исполнение отдельно взятых тем Программы специалистам одного учреждения, особенно если в этой организации основательно и системно занимаются проблемой оказания медицинской помощи в экстренной форме вне медицинской организации. Это позволяет в большей степени обеспечивать выполнение преемственности в реализации основополагающих идеологических подходов при решении тех или иных актуальных вопросов спасения жизни и сохранения здоровья пострадавших в ДТП. Такое осуществимо при наличии широкого профессионального обсуждения результатов, полученных в ходе работ и качественной всесторонней экспертизы.

Практика показывает, что ряд тем «НИОКР» в течение нескольких лет выполняли специалисты различных организаций, а отсутствие четко определенных головных научных организаций приводило к «размыванию» идеологической платформы реализации того или иного мероприятия Программы по разделу «НИОКР».

С 2009 г. было приостановлено выполнение большей части научных работ, ранее реализуемых учреждениями здравоохранения. Кроме того, открытые конкурсы на выполнение научных исследований проводили с большим опозданием.

Опыт выполнения Программы свидетельствует о том, что для введения в действие нормативных документов требуется длительное время. В связи с таким положением многие из разработанных проектов нормативно-методических документов до настоящего времени не получили право на практическую реализацию.

Несомненно, все вышесказанное в конечном итоге могло негативно повлиять на индикаторы качества Программы и в целом на эффективность медико-санитарного обеспечения пострадавших в ДТП. Вместе с тем, мероприятия Программы позволили, в основном, осуществить системные научные исследования и выполнить организационные работы по целому ряду проблемных вопросов, создать базу для реализации в дальнейшем мероприятий, имеющих более выраженную практическую направленность, обеспечивающих минимизацию медико-санитарных последствий, снижение уровня смертности и инвалидности среди пострадавших в ДТП.

К 125-ЛЕТИЮ ОПЕРАЦИИ И.И. НАСИЛОВА

П.М. Богопольский

Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН

Москва, РФ

Иван Иванович Насилов (1842–1907) окончил в 1864 г. Императорскую медико-хирургическую академию (ИМХА) и был оставлен для усовершенствования во 2-м Военно-сухопутном госпитале, где занимался изучением ушных болезней. В 1868 г. И.И. Насилов был утвержден приват-доцентом ИМХА по ушным болезням, в 1871 г. он был избран приват-доцентом кафедры хирургической патологии и терапии, в 1881 г. – профессором кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, а с 1887 г. и до своего выхода в отставку в 1895 г. И.И. Насилов заведовал кафедрой академической хирургической клиники ИМХА.

В 1888 г. в газете «Врач» И.И. Насилов опубликовал свою знаменитую работу «Эзофаготомия и иссечение пищевода внутри груди». К разработке заднего внеплеврального доступа к пищеводу И.И. Насилов приступил ввиду того, что череплевральные операции на органах грудной полости в то время считались невозможными, так как в арсенале хирургов еще не было средств борьбы с шоком, пневмотораксом и инфекционными осложнениями. Огромная заслуга И.И. Насилова состояла в том, что он первым в мире указал реальный путь к грудному отделу пищевода для его вскрытия при инородных телах и резекции при раковой непроходимости, а также предложил при обнаружении неудалимой опухоли верхнегрудного отдела пищевода выделять и выводить на кожу его нижний отрезок.

Однако И.И. Насилов разработал свой доступ на трупах людей со здоровым пищеводом, поэтому вскоре были предприняты углубленные анатомические исследования на эту тему как в России, так и за рубежом (В.Г. Руднев, 1889; *Quénu et Hartmann*, 1891; *Potarca*, 1891). Так, В.Г. Руднев (ученик проф. А.А. Боброва) путем исследований на трупах установил, что мобилизация пораженного раковой опухолью пищевода в заднем средостении доступом И.И. Насилова на самом деле практически не выполняема. Но, как справедливо отмечал В.Г. Руднев, этот доступ можно было бы с успехом использовать для эзофаготомии при доброкачественных сужениях, дивертикулах и инородных телах пищевода.

Первые клинические применения доступ И.И. Насилова получил в 1891 г., когда *Obalinski* осуществил с его помощью вскрытие заднего средостения при медиастините, но для вмешательства на пищеводе этот доступ стали использовать только через 10 лет после опубликования И.И. Насиловым своей работы. Первым эзофаготомию по И.И. Насилову при инородном теле пищевода попытался сделать в 1898 г. *E. Forgue*, а произвел в 1900 г. *A. Henle*, но с плохим исходом. Два первые в мире операции при рубцовой послеожоговой стриктуре и раке грудного отдела пищевода доступом И.И. Насилова выполнил в 1898 г. *E. Rehn*, а в 1900 г. *E. Enderlen* тем же доступом успешно удалил кость из пищевода. Из-за этого в западной хирургической литературе обнажение грудного отдела пищевода задним доступом часто неправильно называют операцией Эндерлена–Рена, но необходимо отметить, что имя И.И. Насилова как автора этой операции указывается в ряде зарубежных работ (*A. Lobet*, 1900; *R. Nissen*, *R. Wilson*, 1955; *D. Gavrilu*, 1957).

Доступ И.И. Насилова имеет не только исторический интерес, но и практическое значение. Так, в 1956 г. Г.А. Баиров впервые в СССР выполнил успешную операцию закрытия трахеопищеводного свища новорожденному ребенку, используя задний внеплевральный доступ, так как трахеотомия была слишком опасной ввиду развившейся пневмонии.

Таким образом, И.И. Насилов по праву считается родоначальником хирургии грудного отдела пищевода, одного из самых сложных направлений современной хирургии, получившего большое развитие в России и мире на протяжении всего XX столетия.

ПЕРЕЛОМЫ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ПЕРВИЧНОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Ю.А. Боголюбовский, И.Ю. Ключевин

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Повреждения лучевого нерва – довольно частое (до 19%) осложнение диафизарных переломов плечевой кости. Мы ставили своей целью разработку оптимального алгоритма диагностики и лечения сочетанных закрытых повреждений диафиза плечевой кости и лучевого нерва.

За 2012 г. пролечили 61 больного с переломами диафиза плеча, из них у 10 (16,4%) была также диагностирована первичная нейропатия лучевого нерва. Из них женщин было 5, мужчин 5. 80% больных – люди молодого и среднего возраста. Всем больным выполняли рентгенологическое исследование в стандартных проекциях. Для постановки предварительного диагноза травматической нейропатии применяли клинический метод. В качестве методов инструментальной диагностики использовали ультразвуковое исследование (УЗИ) и стимуляционную электронейромиографию (ЭНМГ).

Основной целью лечения является восстановление функции поврежденной конечности. При этом необходимо решить две взаимосвязанные проблемы: выбрать оптимальный способ стабилизации перелома и провести адекватную терапию нейропатии. Методом выбора при оперативном лечении считаем закрытый интрамедуллярный остеосинтез плечевой кости блокируемым штифтом. При низких переломах плеча использовали наконечный остеосинтез пластиной, причем в случае анатомической целостности лучевого нерва, подтвержденной данными УЗИ, ревизию нерва не выполняли, доступ к области перелома выполняли вне проекции нерва. При таком доступе не было ни одного случая ятрогенного повреждения лучевого нерва. При невозможности выполнить остеосинтез применяли консервативный функциональный метод лечения. Терапевтическое воздействие начинали как можно раньше, и оно было направлено на все звенья патогенеза нейропатии. Использовали препараты, способствующие ремиелинизации и регенерации аксона, улучшающие проведение нервного импульса, микроциркуляцию и трофику, антигипоксанты, анальгетики. Применяли ФТЛ и ЛГ для уменьшения отека, тренировки денервированных и обезвуженных тканей, профилактики контрактур суставов.

По данным УЗИ не было ни одного случая полного перерыва лучевого нерва. У 7 больных наблюдали картину различной выраженности аксонально-демиелинизирующего повреждения нерва на протяжении от 1,2 до 3,8 см. У 3 больных повреждение нерва протекало по типу нейропраксии. Начало восстановления чувствительности и движений в зоне иннервации лучевого нерва наблюдали в среднем на 12–18-е сут после начала терапии. В дальнейшем полное или почти полное восстановление чувствительности и движений в срок от 28 до 94 сут наблюдали у 9 больных (90%). По данным ЭНМГ, в эти сроки также наблюдали восстановление значений скорости распространения возбуждения (СРВ) и параметров М-ответа до уровня 65–82% от здоровой конечности.

Выводы:

1. Целесообразно введение метода УЗИ периферических нервов на ранних сроках после травмы в стандарт обследования пострадавших с травматическими нейропатиями.
2. При подтвержденной УЗИ анатомической целостности лучевого нерва оптимальной является методика закрытого интрамедуллярного остеосинтеза, а при выполнении наконечного остеосинтеза интраоперационная визуализация лучевого нерва не показана.
3. Терапия травматической нейропатии должна отвечать принципам комплексности и системности, воздействуя на все звенья патогенеза этого поражения.

РОЛЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

А.И. Болотников, В.Е. Розанов, В.А. Сторожилов, А.В. Кильдяшов, И.В. Хайкин

Клиническая больница 123 ФМБА России,

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко МО РФ

Одинцово, Краснознаменск, МО, РФ

Под нашим наблюдением находились 198 пострадавших с травмой органов брюшной полости, преимущественно мужчины – 69,7%, средний возраст которых составил 31,8±1,1 года. В первые 2 часа поступило 86,9% пострадавших. Общая тяжесть повреждений живота по *ISS (Injury Severity Score)* составила 20,5±1,3. В своей работе чаще всего использовали видеолaparоскопические системы Эндомедиум, *Circon* и *Storz*, а также инструментарий фирмы «*Auto Suture*». Пневмоперитонеум создавали CO₂ в пределах 12–14 мм рт. ст. Использовали биполярную электродиатермокоагуляционную электрохирургическим аппаратом ЭХВЧ-200 с цифровой индикацией.

Диагностическая видеолaparоскопия выполнена всем пострадавшим. Достоверность ее составила 99,0%. В 58,6% случаев были диагностированы повреждения паренхиматозных органов, в 28,3 – полах, в 13,1% – полах и паренхиматозных.

При тяжести повреждений живота по *ISS* 28,7±2,8 в 31,3% случаев ограничивались диагностической видеолaparоскопией, а операции по поводу поврежденных органов живота выполнялись путем лапаротомии. В 68,7% наблюдениях при тяжести повреждений живота по *ISS* 19,1±1,9 были выполнены вмешательства с использованием видеолaparоскопической техники, при этом конверсия к лапаротомии произведена в 30,9% случаев. В 69,1% наблюдений производили коррекцию повреждений органов живота только с использованием видеолaparоскопической техники: ушивание капсулы печени с дополнительной герметизацией линии швов пластиной ТахоКомб (10), герметизацию печени (10) и селезенки (12) пластиной ТахоКомб, лазерную фотокоагуляцию печени (12), пункцию и эвакуацию крови из подкапсульной гематомы печени (8), герметизацию печени и селезенки пластиной ТахоКомб (6), ушивание тонкой кишки (18), герметизацию печени пластиной ТахоКомб и ушивание тонкой кишки (12), герметизацию селезенки пластиной ТахоКомб и ушивание брыжейки тонкой кишки (6).

Смертельных случаев, связанных с выполнением операций с использованием видеолaparоскопической техники, не выявлено, осложнения отмечены в 4,3% наблюдений.

Полагаем, что использование видеолaparоскопии у пострадавших с травмой живота позволило в 99% случаев своевременно и правильно установить диагноз, в 47,5% случаев выполнить операции без лапаротомии, что способствовало снижению летальности в 3,7 раза, частоты осложнений – в 4,6 (*p*<0,01).

РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОРЕНБУРГА

А.М. Боев¹, С.Я. Буташева¹, Е.Д. Луцай², С.В. Лисицкая¹

¹Станция скорой медицинской помощи,

²Министерство образования Оренбургской области

Оренбург, РФ

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 322-ФЗ (ст. 32, 35) определил формы, виды и основные понятия скорой помощи. Успешное развитие любой системы невозможно без сохранения исторической памяти, которая кроет в себе ошибки и достижения прошлых поколений.

Оренбург стал четвертым городом в России после Санкт-Петербурга, Киева и Одессы, где была создана служба скорой медицинской помощи. 4 февраля 1909 г. при Александровской больнице начало действовать «Бюро ночных дежурств врачей и подачи 1-й помощи в несчастных случаях» на основании решения Оренбургской городской думы. В распоряжении бюро был специальный экипаж для транспортирования тяжелых больных в больницы.

Первая мировая война, а затем и Гражданская позволили перейти от оказания помощи гражданскому населению к оказанию помощи раненым и беженцам. Первый штат станции, созданный по приказу Оренбургского горздравотдела от 1 ноября 1924 г. № 98, состоял из трех врачей, трех санитаров-кучеров и одной лошади с повозкой.

Дальнейшее развитие станции шло по трем направлениям: совершенствование штатного расписания; улучшение материально-технической базы; повышение качества оказания медицинской помощи.

1. Если в начале 40-х гг. в штате были 27 врачей, 29 фельдшеров, 26 санитаров, то сегодня количество сотрудников превышает 1000 человек, из них 175 врачей, 495 средних и младших медицинских работников, 255 водителей, 140 человек прочего персонала.

2. Начиная свою историю с одной лошади с повозкой, к 1964 г. станция скорой помощи выросла до 12 бригад. Сегодня на страже здоровья граждан Оренбурга круглосуточно находятся 54 бригады, из них 7 специализированных. Развитие специализированной помощи в масштабах станции началось с 1961 г., когда появился передвижной кабинет функциональной диагностики, оснащенный электрокардиографом. В 1963 г. были организованы педиатрическая и реанимационная бригады, в 1977 г. – психиатрическая, в 1979 г. – неврологическая, в 1984 г. – бригада интенсивной терапии.

3. От качества оказания скорой медицинской помощи зависит жизнь человека. Если в 1959 г. бригада скорой помощи могла не выехать на вызов из-за отсутствия бензина, то с 1997 г., когда станция скорой помощи возглавил А.М. Боев, был взят курс на минимизацию времени от момента поступления вызова до оказания помощи больному. Для этого были проведены реорганизационные работы сети подстанций (сейчас их 6), замена системы связи сначала на «Моторола», а в 2008–2009 гг. на спутниковую навигационную систему «Glonas»; прием вызовов осуществляется программой «Adis»; создана система контроля качества оказания помощи (контрольно-аналитический отдел). Участие в приоритетном национальном проекте «Здоровье» позволило оснастить станцию скорой помощи Оренбурга 42 санитарными автомобилями категории «А» и «Б» с самым современным медицинским оборудованием.

Цицерон писал, что «...не знать истории – значит всегда быть ребенком». Персонал службы скорой помощи Оренбурга помнит всех своих главных врачей: Н.И. Поршнева (1947–1954), Е.В. Карпова (1954–1970), Н.А. Чичерин (1970–1984), Л.А. Дедловская (1984–1997) – под чьим руководством станция прошла свой исторический путь.

Но при этом служба скорой помощи продолжает свое поступательное движение вперед, думая о будущих кадрах, поддерживает тесную связь с Оренбургской государственной медицинской академией и учреждениями среднего профессионального образования, а также представителями научного и медицинского сообщества региона.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

А.И. Болотников, В.А. Сторожилов, А.В. Кильдяшов, И.В. Хайкин

Клиническая больница 123 ФМБА России,

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко МО РФ

Одинцово, Краснознаменск, МО, РФ

В лечении 86 пострадавших с посттравматическим панкреатитом, средний возраст которых составил 33,7±1,2 года, было использовано УЗИ с цветовым и энергетическим доплеровским картированием, трехмерной реконструкцией сосудов (при соблюдении единых параметров сканирования) по методике, разработанной рядом авторов (А.В. Зубарев, 2000). Отечная форма острого панкреатита (ОП) встретилась в 16 случаях (37,2%), деструктивный панкреатит – в 27 (62,8%).

К общим УЗ-признакам острого посттравматического панкреатита относили увеличение размеров, снижение эхогенности, нечеткость контуров поджелудочной железы (ПЖ).

Для отечной формы ОП были характерны увеличение всех размеров ПЖ и особенно утолщение в переднезаднем направлении, снижение интенсивности эхоплотности (эхоструктура гомогенна), практическое отсутствие тканей между ПЖ и селезеночной веной. Интрапаренхиматозные сосуды во всех отделах железы не определялись у 4 пострадавших, а единичные – в теле и хвосте железы – у 3.

При деструктивном ОП контуры железы были нечеткие, ультраструктура неоднородна и гипзогенна, зернистое строение смазано, имело место скопление жидкости в салниковой сумке и брюшной полости. В 11 случаях определялись секвестры, расплавление клетчатки забрюшинного пространства. Дифференцировать воротную, брыжеечную и селезеночную вены было сложно. Выявлялся признак компрессии нижней полой вены. Интрапаренхиматозные сосуды не определялись во всех случаях.

Таким образом, для посттравматического ОП были характерны следующие симптомы УЗИ: увеличение размера органа с нарастающей деструкцией по мере утяжеления процесса; снижение интенсивности эхо-сигнала в околопанкреатическом пространстве; наличие беззвучных участков в ткани железы; ослабление или отсутствие дифференцировки интрапаренхиматозных сосудов ПЖ. Отмечаем, что УЗ-ангиография позволяла проводить динамическую оценку изменений паренхиматозной микроциркуляции ПЖ, информация о которой может быть с успехом использована при мониторинге лечения ОП для оценки его эффективности.

УЗИ остается скрининговым методом оценки состояния ПЖ при ОП, но не всегда помогает достоверно верифицировать его форму, характеризовать состояние забрюшинной клетчатки, особенно у пострадавших с травмой ПЖ. Привлечение методики измерения параметров гемодинамики в висцеральных сосудах, плотности ПЖ и забрюшинной клетчатки дает возможность повысить специфичность, чувствительность и точность УЗИ при посттравматическом панкреатите.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ПРИЕМУ ВЫЗОВОВ НА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

И. А. Большакова, У. А. Кадыров

Станция скорой медицинской помощи

Новосибирск, РФ

Основными задачами скорой медицинской помощи (СМП) являются круглосуточное оказание своевременной и качественной медицинской помощи, в соответствии со стандартами медицинской помощи, заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебно-профилактических учреждений, осуществление своевременной транспортировки, а также перевозки больных, в том числе инфекционных, пострадавших и роженцев, нуждающихся в экстренной стационарной помощи.

Началом выполнения данной задачи является принятие вызовов, которое осуществляется оперативным отделом станции. При этом существует алгоритм вопросов, задаваемых диспетчерами, для выяснения адреса и причины вызова. Во многом жизни людей, попавших в экстренные ситуации или просто внезапно заболевших, зависит от оперативности принятия решения фельдшером по приему и передаче вызовов.

Особенностью программного обеспечения по принятию вызовов применяемых в ГБУЗ НСО «СМП» является возможность самостоятельно модифицировать или полностью изменить алгоритм. Данное программное обеспечение основано на разработках проф. В.М. Тавровским (1983) и внедренная к 1987 г. на СМП в ряде городов (Новокузнецк, Улан-Удэ, Пермь, Тюмень, Барнаул). В основе разработки лежит принцип «место вызова – что говорит вызывающий», по этим критериям определяется срочность вызова и профиль повода.

Алгоритм, используемый ГБУЗ НСО «СМП», претерпевает адаптированные изменения на регулярной основе для более точного определения повода вызова и правильного ориентирования направляемой бригады. Также удалось внедрить «дистанционную реанимацию» и содействовать возобновленной службе неотложной помощи.

Благодаря изменениям сокращается время прибытия на место вызова, качество медицинского обеспечения. До прибытия проводят минимальное реанимационное пособие, а для работы «неотложки» на нашем этапе собирают данные для идентификации пациента.

И все же, несмотря на дифференцированный подход к каждому вызову, проблема правильности регистрации вызова остается. Для решения данной проблемы в дальнейшем предполагаем произвести следующее: довести до населения через средства массовой информации (телевидение, радио, пресса) значимость задаваемых диспетчерами вопросов; организовать разъяснительную работу вместе с сотрудниками ФМС (выдача буклетов, памяток) в связи с трудовой миграцией и наличием большого числа иностранных граждан.

Данные мероприятия позволят сократить время приема вызова, что в свою очередь совместно с точным определением адреса сократит промежуток от вызова – прибытия на место вызова. Правильность определения повода улучшает качество обслуживания.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.А. Бомбизо, А.Ю. Бердинских, Д.Н. Устинов

Городская больница № 1

Барнаул, РФ

Травма поджелудочной железы – достаточно редкая и сложная для диагностики патология. Результаты лечения во многом зависят от быстроты постановки правильного диагноза. Летальность, по данным мировой статистики, составляет до 35% и в настоящее время не имеет тенденции к снижению.

С 2005 по 2013 гг. в нашей больнице наблюдали 42 пациента с травмой поджелудочной железы. Мужчин было 37, женщин – 5, что составляет 88% и 12% соответственно. Возраст пациентов от 16 до 54 лет. В 24 случаях повреждения поджелудочной железы были закрытыми (57%), в 18 – открытыми (43%). Изолированное повреждение поджелудочной железы отмечено у 5 пациентов – 12%. Открытые повреждения поджелудочной железы встречались при колото-резаных ранениях, проникающих в брюшную полость, и были выявлены в процессе операции – лапаротомии. В случае повреждения ткани поджелудочной железы (12 пациентов) проводили гемостаз путем прошивания поврежденного участка и подавлением (в 7 случаях) внешней секреции поджелудочной железы препаратами сандостина и октреатид в раннем послеоперационном периоде. При выявлении повреждения вирусного протока в области тела и хвоста железы оперативная тактика была различной. В 3 случаях проксимальный отрезок железы вместе с протоком ушивали наглухо, а между дистальным участком и тощей кишкой накладывали панкреатоэнтероанастомоз на выключенной кишечной петле. Трех пациентам выполнены резекции хвоста поджелудочной железы с ушиванием проксимального участка. Более сложными для диагностики были повреждения закрытого характера. Выявить их помогала ультразвуковое исследование, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). При ушибах поджелудочной железы (16 случаев – 66,6%) макроскопическая картина была представлена ненапряженными подкапсульными и паранепанкреатическими гематомами и отеком в области забрюшинной клетчатки. Оперативные вмешательства в этих случаях заключались в абдоминализации поджелудочной железы (11 случаев), в 5 случаях ограничиваясь дренированием сальниковой сумки. В дальнейшем у 4 пациентов с ушибами развилась острая стерильная панкреонекроз, купированный на фоне проведения консервативных мероприятий. При разрывах и разможжениях поджелудочной железы предпочтение отдавали резецирующим операциям. В 2 случаях при разможжении хвоста поджелудочной железы проведена резекция дистального участка с прошиванием проксимального. Шести пациентам после резекции хвоста железы был наложен панкреатоэнтероанастомоз с проксимальным участком железы. Операции с формированием панкреатоэнтероанастомоза проводились в первые 12 часов от момента травмы, до развития панкреонекроза. В тех случаях, когда был обнаружен травматический панкреонекроз, операция ограничивалась гемостазом, удалением нежизнеспособных тканей и наружным дренированием зоны повреждения, в большинстве случаев (7, 29,1%) через желудочно-ободочную связку. При развитии паранепанкреатической забрюшинной флегмоны (5 случаев) забрюшинное пространство дренировали через люмботомный доступ. При травматическом панкреонекрозе и развитии забрюшинной флегмоны (3 наблюдения) во время операции мы применяли разработанный в нашей клинике метод формирования отграничительного барьера в забрюшинной клетчатке с применением криопрепитиата плазмы, позволивший сформировать паранепанкреатический инфильтрат и блокировать распространение воспалительного процесса в забрюшинной клетчатке. Общая летальность среди пациентов с повреждениями поджелудочной железы составила 7,1% (3 человека). Все умершие пациенты относились к наиболее тяжелой клинической группе пациентов (12 случаев) с посттравматическим панкреонекрозом и гнойно-некротическим воспалением в окружающих железу тканях, а также явлениями полиорганной недостаточности.

Таким образом, на исход лечения пациентов с повреждениями поджелудочной железы кроме тяжести травмы и степени повреждения тканей большое значение оказывает своевременная диагностика с применением УЗИ, МСКТ, лапароскопии, а также проведение оперативного лечения в кратчайшие сроки от момента постановки диагноза.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЗЕЦИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОМ ТРОМБОЗЕ

В.А. Бомбизо, А.М. Яцын, Д.Н. Устинов

Городская больница № 1

Барнаул, РФ

Летальность при тромбозе мезентериальных сосудов находится на высоком уровне. По данным работы хирургических отделений нашей клиники, общая летальность от этого заболевания колеблется от 41 до 72% и является самой высокой среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 49 больных за 2011–2012 гг. с диагнозом «Тромбоз мезентериальных сосудов». Средний возраст пациентов составил 73,7 года; из них женщин было 28, мужчин 21. Длительность заболевания до поступления колебалась от 2 ч до 5 сут, в среднем 2,2 сут. Диагноз мезентериального тромбоза при поступлении установлен 12 больным (25%), в остальных случаях дифференцировали мезентериальный тромбоз с острым панкреатитом, прободной язвой, острой кишечной непроходимостью. Все больные страдали различными сопутствующими заболеваниями: мерцательной аритмией – 32 (65,3%), ишемической болезнью сердца – 10 (20,4%), гипертонической болезнью – 34 (69,3%), онкозаболевания в анамнезе были у 4, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей – у 7, ОНМК – у 6, сахарный диабет – у 5.

В комплекс обследования вошли: общий и биохимический анализы крови, ультразвуковое исследование и рентгенография органов брюшной полости. В последние годы в диагностике мезентериального тромбоза стала активно применяться мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием и сосудистой программой, что позволило в большинстве случаев достоверно диагностировать окклюзию мезентериальных сосудов и определить ее уровень. Проводимое лечение до подтверждения диагноза тромбоза включало инфузионную терапию, введение спазмолитиков, антибиотиков, в ряде случаев антикоагулянтов. Диагноз мезентериального тромбоза у всех пациентов был установлен при выполнении мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием, лапароскопии или лапаротомии. С явлениями полиорганной недостаточности поступили 9 больных, обследование проводили в условиях операционной параллельно с проведением реанимационных мероприятий. У 12 человек установлена стадия ишемии кишечника, в остальных случаях диагностирован некроз. У больных со стадией ишемии, несмотря на проведение консервативного лечения, некроз кишечника развился в 8 случаях и был диагностирован в течение 24 часов от момента установления диагноза. Лапаротомия выполнена всем больным с диагностированным некрозом кишечника. Тотальный некроз кишечника выявлен в 18 случаях (36,7%), сегментарный некроз тонкой кишки – в 7 (14,2%), некроз правой половины толстой и субтотальный некроз тонкой кишки – в 17 (34,6%), некроз сигмовидной кишки – в 3 (6,1%). Всем больным выполнены резецирующие операции в пределах жизнеспособных тканей кишечника, что составило 55% от всего количества поступивших больных. Объем вмешательства варьировал от резекции тонкой кишки до субтотальной резекции тонкой и толстой кишки. В 4 случаях резецирующие операции сочетались с ангиохирургическим вмешательством, проведены тромбэмболизмом. Репараторами выполнены 15 пациентам, у 11 обнаружено прогрессирующее некроза кишечника, процесс признан неоперабельным. Больные, перенесшие большие объемы резецирующих операций в процессе лечения, получали интенсивную парентеральную, нутритивную и ферментативную поддержку и были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Результаты. Общая летальность у больных с мезентериальным тромбозом составила 59% (29 человек). Послеоперационная летальность составила 62,7% (умерли 27 человек). У 2 больных мезентериальный тромбоз диагностирован на патологоанатомическом вскрытии. Для сравнения: летальность при этой же патологии в 1995–2000 гг. составила 75,9%, а количество резецирующих операций составило в среднем 38%.

Выводы. Сложность в диагностике и лечении больных с мезентериальным тромбозом, преклонный возраст пациентов, тяжелая сопутствующая патология и поздняя обращаемость обуславливают высокую общую и послеоперационную летальность. Применение современных методов диагностики, активной хирургической тактики с выполнением резецирующих операций при обширных некрозах кишечника, внедрение ангиохирургических вмешательств позволяет снизить общую и послеоперационную летальность.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

В.А. Бомбизо, Б.А. Стась, Ю.Г. Мальхина, М.И. Коркин, В.И. Марченко

Городская больница № 1

Барнаул, РФ

Проблема лечения язвенных кровотечений (ЯК) много лет привлекает внимание отечественных и зарубежных исследователей. Важность проблемы возрастает в связи с неуклонным ростом числа больных с кровоточащей язвой желудка и 12-перстной кишки. Летальность от таких больных остается достаточно высокой, а у пациентов старше 60 лет имеет даже тенденцию к увеличению. Приоритетное значение в лечении этих больных имеет эндоскопический гемостаз. Наиболее актуальными вопросами являются определение показаний к оперативному лечению и профилактика рецидивов кровотечения.

Задачи: провести сравнительный анализ эффективности комбинированного эндоскопического гемостаза (применения инфльтрационного способа раствором Этоксисклерола (или) раствором Адреналина) в сочетании с механическим способом (аргоноплазменной коагуляции (АПК) или гемоклипирования) и монометода (инфльтрационного) при язвенных кровотечениях желудка и 12-перстной кишки.

Материал и методы. Анализируются результаты лечения 525 пациентов (мужчин – 320, 61%; женщин – 205, 39%) Барнаульской городской больницы № 1 за период 2010–2012 гг. Следует отметить, что 92% (483 случаев) из общего числа эндоскопических гемостазов (525) приходится на язвенные кровотечения. В начале анализируемого периода применялся преимущественно монометод (инфльтрационный) гемостаза, редко в сочетании с диатермокоагуляцией. Затем стали применять гемоклипирование и АПК. Для эндоскопического гемостаза кровотечений использовались инъекции раствором Адреналина (не более 1 мг в разведении до 10 мл – однократно) и Этоксисклерола (20–40 мг в разведении до 5–10 мл) и аппарат для монополярной высокочастотной аргоноплазменной электрокоагуляции «Фотек EA 141M» и также гемоклипатор «Olympus HX-110LR».

Результаты. Комбинированный способ эндоскопического гемостаза с помощью инъекции раствора Адреналина и Этоксисклерола и гемоклипирования (или АПК) произведен 35% (169 больных) с язвенными кровотечениями. Мужчин было 102, женщин – 67, возраст больных – от 16 до 84 лет. Источники кровотечения, выявленные при фиброгастродуоденоскопии: язвы желудка – 78, дуоденальные язвы – 91. Продолжающееся кровотечение (Fla-b) было диагностировано у 39 пациентов, состоявшееся – (Fla-b) у 130. Первичный гемостаз был достигнут у 155 из 169 больных (92%). Рецидив кровотечения выявлен в 13 из 169 случаев (8%). Оперативное вмешательство выполнено 8 больным из 169 (5%).

Монометод эндоскопического гемостаза проводился преимущественно в начальном анализируемом периоде (2010–2011 гг.) и проведен 65% больных (314) с язвенным кровотечением. Рецидив кровотечения возник у 15% больных (47), а оперативное лечение проведено 9% (28).

Выводы. Комбинированный метод эндоскопического гемостаза в сравнении с монометодом демонстрирует лучшие показатели (уменьшение количества рецидивов и оперативных вмешательств). Он позволяет достичь более успешной остановки кровотечения. Применение такой тактики позволяет снизить хирургическую активность, сократить средние сроки пребывания пациента в стационаре и снизить материальные затраты на лечение. Монометод эндоскопического гемостаза следует рассматривать как первый этап комбинированного метода и стремиться к уменьшению его использования как самостоятельного.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОТКРЫТЫМИ РАНЕНИЯМИ СЕРДЦА
В.А. Бомбизо, С.А. Дорохина, А.Ю. Бердинских, А.М. Яцын, А.А. Макин
Городская больница № 1
Барнаул, Р Ф

Городская больница № 1 Барнаула обладает большим опытом лечения больных с открытой травмой груди. Количество травматических повреждений не имеет тенденции к снижению за последние годы, и несмотря на улучшение криминальной обстановки остается на достаточно высоком уровне. Проанализированы данные 246 больных с ранениями сердца за последние 22 года, оперированы в хирургических отделениях с 1990 по 2012 г. (213 – 86,1 % мужчин и 20 – 8,1 % женщин; возраст пострадавших – от 18 до 60 лет, из них 4 пациента – в возрасте старше 60 лет). В процессе обследования и диагностики, помимо клинических данных, использовали стандартные виды инструментального исследования: ЭКГ (240) и рентгенологические (229) исследования. В 8 случаях была выполнена торокаскопия (3,2%). Характер ранений был различным. У 143 пациентов (58,1%) установлено изолированное ранение сердца, у 103 (41,8%) – сочетанные повреждения (у 47 – ранение сердца сочеталось с повреждением легкого, у 28 – с повреждением органов брюшной полости, 12 – с ранением печени, 10 – селезенки, 13 – желудка и 6 – кишечника). У 231 пострадавших (94,1%) раны сердца оказались одиночными, у 14 (5,9%) – множественными (2–4). Чаще поражались желудочки. У 11 пациентов оказалось одновременное ранение двух камер сердца. 5 из них оперированы по поводу онестрельных ранений, а 6 – со множественными ножевыми ранениями. Проникающие ранения сердца установлены у 138 больных (56,0%), сквозные – у 42 (17,0%), непроникающие – у 66 (26,8%). При анализе ЭКГ у 137 пострадавших (57,0%) установлены признаки ишемии или повреждения у 103 (43%) миокарда, синусовая тахикардия и ее сочетание с блокадой ножи пучка Гиса или низким волночком зубцов ЭКГ. При рентгенологическом исследовании у 85 пациентов из 98 отмечено расширение границ сердечной тени, что свидетельствовало о наличии гемоперикарда, у 42 – гемоторакса и у 38 – эти рентгенологические симптомы сочетались.

Все повреждения ранений сердца мы подразделяли на достоверные и вероятные. Достоверные признаки: рана грудной клетки (в области анатомической проекции сердца) с обильным наружным или внутриплевральным кровотечением, гипотония или отсутствие АД, синдром тампонады сердца, наличие признаков повреждения или ишемии – по данным ЭКГ, гемоперикард – по данным рентгенографии. Вероятные: расположение раны в области анатомической проекции сердца без выраженного кровотечения или тампонады сердца в сочетании с умеренной гипотонией и приглушенностью тонов сердца, синусовая тахикардия на ЭКГ. При целенаправленном обследовании у 238 пострадавших (96,7%) ранения сердца распознаны своевременно. Нарботанный опыт в экстренном оперативном лечении ранений сердца позволяет сказать, что в последние 4 года хирургические вмешательства были выполнены практически в 100% случаев в первый час от момента поступления. Опыт нашей клиники не дает оснований придерживаться тактики динамического наблюдения за больными при отсутствии явных признаков ранения сердца, но наличия глубокой раны в области его анатомической проекции. Считаем обоснованным у таких больных производить торокаскопию с ревизией плевральной полости и перикарда. Это позволяет распознать повреждение сердца и устранить ранение в более благоприятных условиях. Отступление от такого правила может привести к развитию внезапной тампонады перикарда (в 6 наблюдениях) или профузного кровотечения (в 5 наблюдениях), на фоне которых операция сопряжена с большим риском. Методика обработки раны сердца может быть различной. Мы применили в 196 случаях (80,3%) – узловые, а в 50 случаях (19,7%) – II-образные швы. Швы накладывали атрауматичной иглой без захвата эндоскопа. В удовлетворительном состоянии выписаны 145 пациентов (81,4%), умерли – 16 (6,5%) – 13 с проникающим или сквозным ранением сердца и 3 – с непроникающим повреждением, сочетавшимся с тяжелым ранением печени и кишечника).

Таким образом, летальность составила 6,5%. У 14 больных смерть наступила на операционном столе или в ближайшие часы после торокотомии от острой кровопотери. У 8 пострадавших повреждения были несовместимы с жизнью. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 8 мес. до 9 лет у 37 больных: 25 – оперированы по поводу проникающего ранения сердца, 13 – по поводу непроникающего ранения. У 28 пациентов раны сердца зашиты узловыми, у 9 – II-образными швами. У всех наступило клиническое выздоровление, на ЭКГ нарушенной функции миокарда нет, у 9 – имеют место признаки рубцовых изменений. Современная диагностика, особенно непроникающих повреждений, нередко представляет серьезные трудности. При проникающем и сквозном ранениях сердца в большинстве случаев выявляют симптомкомплекс достоверных признаков. В случае отсутствия достоверных признаков повреждения сердца одним из наиболее эффективных методов диагностики считаем торокаскопию. Экстренная операция – единственно правильный метод решения лечения, позволяющий сохранить жизнь пострадавшего.

ЛЕЧЕБНАЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ
В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ
А.В. Бондаренко, В.Е. Розанов, А.И. Болотников, И.В. Хайкин
1586 Военный клинический госпиталь МО РФ, Клиническая больница 123 ФМБА РФ
Подольск, Одинцово, Р Ф

Под нашим наблюдением находились 132 пострадавших в острый период закрытой травмы груди (ЗТГ), преимущественно мужчин – 77,3%, средний возраст которых составил 39,7±1,5 лет. Оперативная видеоторакокопия (ОВТС) была применена при средней тяжести травмы 13,9±0,7 балла по ISS в 86 случаях и 19,7±0,4 балла – в 46.

Видеоторакокопию выполняли под общим обезболиванием с раздельной интубацией бронхов двухпросветной трубкой типа Карлensa или Робертшу, применяя комплекс, куда входили торокаскоп фирмы «Storz» или «Fudjion» и инструментарий фирмы «Auto Suture».

Средняя продолжительность ОВТС, включая диагностический этап, составила 83,6±5,9 мин.

Используя видеоторакокопическую технику, нам удалось выполнить следующие хирургические манипуляции по поводу ЗТГ: коагуляцию ран легкого с помощью лазеро-аргоноплазменной техники – в 18 случаях, ушивание ран легкого наложением ручного Z-образного интракорпорального шва аппаратом «Эндостич» – в 10, ушивание ран легкого сшивающим аппаратом типа *Endo CIA-30* – в 13, герметизацию ран легкого эндоплетей Редера – в 12, герметизацию ран легкого пластиной ТахоКомб – в 8, атипичную (краевая или клиновидная) резекцию легкого – в 9, удаление нижней доли легкого – в 13, прошивание (клипирование) внутренней грудной артерии – в 16, прошивание (клипирование) межреберной артерии – в 16, прошивание (клипирование) мышечных ветвей межреберной артерии – в 9, коагуляцию мышечных ветвей межреберной артерии с помощью лазеро-аргоноплазменной техники – в 14, коагуляцию ран диафрагмы с помощью лазеро-аргоноплазменной техники – в 18, прошивание (клипирование) сосудов диафрагмы – в 6, стабилизацию костного каркаса грудной клетки – в 48, вскрытие напряженных субплевральных гематом – в 48, устранение свернувшегося гемоторакса – в 12, устранение илорие путем клипирования или ушивания грудного протока и плевродеза – в 11, декомпрессию медиастинальной плевры при напряженной эмфиземе средостения – в 26, рассечение плевральных срощений с помощью плазменных потоков – «бескровный пневмолиз» – в 23, поскутную париетальную плеврэктомия – в 13, внутригрудное обезбоживание (блокады) – в 120, туалет плевральной полости и направленное дренирование – в 132.

Сравнительные результаты проведенного исследования традиционных хирургических методов (торакотомия, дренирование плевральной полости) лечения в острый период ЗТГ свидетельствуют о высокой эффективности использования видеоторакокопических технологий. Это подтверждается основными показателями результатов лечения: частота осложнений снизилась в 2,4 раза, летальность – в 6,4 раза, чем при использовании традиционных методик лечения ($p < 0,01$).

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИТРАВМЫ
А.В. Бондаренко, О.А. Герасимова, В.В. Лукьянов, В.В. Тимофеев, И.В. Крузьлихин
Городская больница № 1
Барнаул, Р Ф

Введение. Процесс оказания помощи пострадавшим с политравмой (ПТ) разделяем на четыре этапа: догоспитальный, реанимационный, профильный клинический и реабилитационный. Для организации лечебных мероприятий необходимо иметь представление о динамике пострадавших на этапах лечения. Эти данные необходимы для планирования сил и средств, которые будут задействованы как на стационарном, так и на амбулаторно-поликлиническом этапах.

Цель исследования – определить состав, структуру, летальность, особенности лечебных мероприятий на этапах лечения политравмы.

Материалы и методы. Изучены состав и летальность пострадавших, особенности оказания помощи на реанимационном, профильном клиническом и реабилитационном этапах у пациентов с ПТ, проходивших лечение в КГБУЗ «Городская больница № 1, Барнаул» за 5 лет, с 2007 по 2011 г. Исследована летальность пострадавших с ПТ на реабилитационном этапе, во время амбулаторного наблюдения за 3 года, с 2001 по 2004 г. За 5 лет госпитализированы 2 806 пациентов с ПТ, мужчин – 1 828 (65,1%), женщин – 978 (34,9%). Средний возраст 32 года. Причинами ПТ служили дорожно-транспортные происшествия – 1501 (53,5%), криминальные травмы – 430 (15,3%), падения с высоты – 403 (14,4%), бытовые травмы – 329 (11,7%), промышленные – 113 (4,1%), прочее – 30 (1%). Сочетанные травмы отмечены у 2 326 (82,9%), множественные повреждения опорно-двигательной системы (ОДС) – у 438 (15,6%), комбинированные повреждения – у 42 (1,5%). Травмы нижних конечностей наблюдали у 2201 (78,4%), таза – у 823 (29,3%), верхних конечностей – у 684 (24,3%), позвоночника – у 63 (2,2%).

Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 33 сут. Длительность амбулаторного лечения варьировала от 45 до 547 сут, средние сроки составили 142 сут. Оказание помощи в стационаре началось с реанимационного этапа. В РО пролечены 554 больных (19,7%). Средняя длительность пребывания в РО составила 11 сут.

На реанимационном этапе выполнено 4191 (80,5%) оперативное вмешательство. 840 операций (81,3%) погружного остеосинтеза выполнены на профильном клиническом этапе. В стационаре умер 221 пациент (7,9%), на реанимационном этапе – 203 (7,3%), на профильном клиническом – 18 (0,6%). Причинами смертей на профильном клиническом этапе являлись осложнения ПТ.

С 1999 по 2001 г. в КГБУЗ «Городская больница № 1, Барнаул» пролечены и выписаны на амбулаторное наблюдение 1 064 пациента с переломами длинных трубчатых костей нижних конечностей, изолированных и в составе ПТ. Возраст пострадавших колебался от 18 до 89 лет. Мужчин было 56,6%, женщин – 43,4%. Из первичного контингента пострадавших ($n=1064$) за 3 года умер 81 человек (7,6%). Наиболее частой причиной летальных исходов являлась сердечно-сосудистая патология. На реабилитационном этапе из 545 пациентов с изолированной травмой умер 51 человек (9,4%), из 519 больных с переломами в составе ПТ – 30 (5,8%). Большая частота смертельных исходов в группе пациентов с изолированной травмой объясняется пожилым контингентом пациентов – средний возраст составил 57 лет. Контингент пострадавших с ПТ был моложе в среднем на 20–25 лет. Летальность от причин, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, преобладала в группе пациентов с изолированной травмой. Осложнения ПТ стали причиной смерти в 11 случаях (13,5%), среди причин смерти преобладали: инфекционные осложнения, гипостатические пневмонии, полиорганная недостаточность.

Большинство смертельных исходов вызвано гиподинамическими осложнениями травм ОДС. Это указывает на необходимость при ПТ использовать методы лечения переломов, позволяющие раньше активизировать пострадавших, что способствует снижению числа осложнений и летальности на реабилитационном этапе.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ПАРАМЕТРЫ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА
У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ
А.В. Бондырева¹, В.П. Дору-Товт¹, Л.И. Князева²
¹Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
²Курский Государственный медицинский университет
Санкт-Петербург, Курск, Р Ф

Цель исследования: изучение нарушений упругоэластических свойств артерий и возможности их медикаментозной коррекции у больных диабетической нефропатией (ДН).

Материал и методы исследования. Обследованы 85 больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа (40 мужчин, 45 женщин). Средний возраст 41±6,5 года. Две группы: 1-я ($n=50$) с альбуминурией, 2-я ($n=35$) с протеинурией. Группа контроля – 24 здоровых донора: 10 мужчин и 14 женщин от 35 до 50 лет. Исследование параметров жесткости артериального русла проводили до начала лечения и после 6 месяцев терапии (диета; пероральные сахароснижающие препараты, фиксированная комбинация антагониста кальция и ингибитора АПФ) с помощью монитора АД компании «Петр Телегин» и программного комплекса *BPLab*. Определяли: РТТ – время распространения пульсовой волны (мс); *ASI* – индекс жесткости стенки артерий; *Alx* – индекс аугментации (%); *SAI* – систолический индекс площади (%); *CRPB* (см/с) – скорость распространения пульсовой волны.

Результаты исследования. Отмечается достоверное снижение РТТ во 2-й группе в сравнении с контролем в 1,3±0,2 и показателем в 1-й группе больных в 1,17±0,2 раза. *ASI* у пациентов с протеинурией превышал контрольные значения в 1,5±0,4 и в 1,2±0,2 раза ($p < 0,05$) выше у пациентов с микроальбуминурией (МАУ). *Alx* был выше в 1,4±0,2 раза ($p < 0,05$) у больных с ДН с протеинурией по сравнению с его величиной при МАУ. У больных с протеинурической стадией ДН выявлено повышение систолического индекса площади *Ssys* в 1,3±0,3 раза ($p < 0,05$) в сравнении с контролем и в 1,1±0,4 раза ($p < 0,05$) – с показателем при альбуминурической стадии. *CRPB* повышена относительно контроля (119,8±4,1 см/с) у больных с протеинурической стадией ДН на 22,2±1,8% ($p < 0,05$), с альбуминурией на 13,3±0,8% ($p < 0,05$). Прямые корреляции выявлены между *CRPB*, *Alx* и МАУ ($r=0,48$, $p < 0,05$; $r=0,47$, $p < 0,05$ соответственно), между *CRPB*, *Alx* и протеинурией ($r=0,49$, $p < 0,05$; $r=0,46$, $p < 0,05$), между *CRPB*, МАУ и протеинурией ($r=0,63$, $p < 0,05$, $r=0,52$, $p < 0,05$). Обратная корреляционная зависимость между *CRPB*, индексами *ASI*, *Alx* и СКФ ($r=-0,64$, $p < 0,05$; $r=-0,51$, $p < 0,05$; $r=-0,61$, $p < 0,05$). После 6 месяцев комбинированной терапии отмечается уменьшение уровня МАУ и протеинурии на 35,1±2,3% и 12,4±1,2% ($p < 0,05$) соответственно в сравнении с исходными данными, увеличение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у больных с альбуминурической стадией нефропатии с 77,0±5,3 мл/мин до 88,9±5,1 мл/мин; снижение суточной протеинурии до 0,8±0,1 г/сут. уровень МАУ уменьшился до 109,2±6,3 мг/сут ($p < 0,05$). На фоне лечения отмечается достоверное увеличение РТТ на 9,3±0,2% и на 14,6±0,4%, максимальной скорости нарастания артериального давления на 23,2±0,2% ($p < 0,05$) и 28,4±0,4 ($p < 0,05$) соответственно у больных с ДН с протеинурией и альбуминурией. *ASI* при протеинурической стадии ДН после лечения снизился на 9,9±0,2% ($p < 0,05$) и на 14,5±0,2% ($p < 0,05$) – при альбуминурии, *Alx* уменьшился соответственно в 1,7±0,3 раза ($p < 0,05$) и 1,9±0,2 раза ($p < 0,05$). После проведенного лечения у больных с МАУ *CRPB* снизился на 16,8±0,4% ($p < 0,05$) и 9,1±0,2% ($p < 0,05$) – при протеинурической стадии.

Выводы:

- У больных с диабетической нефропатией имеет место повышение жесткости сосудистой стенки, прогрессирующее с тяжестью заболевания.
- Фиксированная комбинация амлодипина и лизиноприла обладает корригирующим влиянием на показатели жесткости сосудистой стенки, большая эффективность терапии определена при альбуминурической стадии диабетической нефропатии.

ИЗМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

В.С. Борисов, С.В. Смирнов, Л.П. Логинов
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Актуальность. Выраженные нарушения функционального состояния системы гемостаза, развивающиеся при тяжелой термической травме, реализуются, как правило, в тромботические или геморрагические осложнения и играют значительную роль в течении и исходе ожоговой болезни. Нами были выявлены основные факторы риска развития тромбозомболических осложнений (ТЭО), разработана лечебно-диагностическая программа по их профилактике и лечению, что позволило снизить частоту ТВГ и фатальных ТЭЛА у ожоговых больных, но не исключить их возникновение.

Изучение патологических изменений системы гемостаза при термической травме позволило внести коррективы в профилактику и лечение ТЭО.

Цель: в зависимости от типа расстройств системы гемостаза разработать схему профилактики ТЭО у пациентов с тяжелой термической травмой.

Материал и методы. В отделении острых термических поражений НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в период с 2010 по 2012 гг. проведено комплексное исследование системы гемостаза у 20 больных с тяжелой термической травмой, течение которой осложнилось ТЭО. Среди них было 15 мужчин и 5 женщин. По результатам обследования и наблюдения пациенты были разделены на две группы. В 1-ю группу были включены 12 пациентов (средний возраст – 38,2±8,6 года) с благоприятным исходом ожоговой болезни, во 2-ю – 8 (средний возраст – 42,4±7,2 года), умерших в различные сроки с момента получения термической травмы. Тяжесть ожоговой травмы оценивали по индексу Франка (ИФ), который составил в 1-й группе 122±20 ед., во 2-й – 128±28 ед. Систему гемостаза оценивали по лабораторным данным (коагулологический анализ крови, тромбозаграмма – ТЭГ, клиническая картина в сроки 1-е, 3-и, 7-е, 14-е, 21-е, 28-е, 42-е сут с момента получения ожога).

Результаты. Анализ полученных данных позволил выявить два основных типа реакции системы гемостаза на тяжелую термическую травму: субкомпенсированный и декомпенсированный тип реакции. Субкомпенсированный тип характеризовался нарастанием гиперкоагуляционного сдвига; усилением фибринолитической активности, повышением агрегационной активности тромбоцитов. По данным ТЭГ, в течение всего периода болезни отмечена стойкая гиперкоагуляция независимо от введения прямых и непрямых коагулянтов. Клиническая картина характеризовалась выраженным компенсаторным ответом организма, высокой температурой, транзиторной бактериемией, активным отторжением некротических тканей. Для декомпенсированного типа реакции системы гемостаза были характерны в разной степени тромбоцитопения с угнетением агрегационной активности тромбоцитов, тяжело купируемая недостаточность плазменных факторов свертываемости со стойким снижением АТIII, угнетение фибринолитической активности и гипокоагуляция по данным ТЭГ. У пациентов прогрессируют признаки развивающегося ДВС-синдрома на фоне влотекущего раневого процесса и выраженной кровотоочности тканей, усугубляющих ожоговую анемию. В 1-й группе у 83% пациентов имелся субкомпенсированный тип реакции, во 2-й (умершие) – лишь у 24%. Имея возможность определить тип адаптивной реакции системы гемостаза, можно изменить характер медикаментозной профилактики ТЭО: при субкомпенсированном типе – увеличить количество прямых антикоагулянтов, при декомпенсированном – упор делать на применение дезагрегантов.

Вывод: определение типа ответной реакции системы гемостаза у тяжелообожженных в стационаре позволит провести коррекцию выявленных патологических расстройств и предотвратить возможность развития ТЭО.

ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

С.М. Бочарова, И.А. Большакова
Станция скорой медицинской помощи
Новосибирск, РФ

Ежегодно около 200 000 женщин в мире умирают от акушерских кровотечений. Массивная кровопотеря и геморрагический шок являются основной причиной материнской смертности в акушерстве в мире и занимают до 25% в ее структуре. При этом среди кровотечений, определяющих материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность, преобладают: отслойка плаценты, предлежание плаценты и нарушения в системе гемостаза.

Знание особенностей акушерских кровотечений – адекватная оценка исходной тяжести состояния пациентки. Особенности акушерских кровотечений являются массивностью и внезапностью появления, быстрое истощение компенсаторных изменений на фоне исходных ОЦК и гиповолемии, исходная гиперкоагуляция, дефицит плазменных факторов свертывания крови. Часто страдает плод, что диктует необходимость экстренного родоразрешения и не позволяет дожидаться стойкой стабилизации гемодинамических показателей на фоне интенсивной терапии, следовательно, тактикой догоспитального этапа является незамедлительное оказание квалифицированной помощи. Индекс Альговера – объективный критерий степени тяжести.

Стратегия и тактика догоспитального этапа должны быть направлены на укорочение «времени ответа» – интервал от приема звонка в диспетчерском центре до прибытия бригады СМП и доставки в акушерский стационар (в минутах). Неотложная помощь должна быть оказана анестезиолого-реанимационной бригадой на месте в максимально короткие сроки: обеспечение центрального (периферического) венозного доступа; темп и объем инфузионной терапии в режиме «он-лайн»: стартовый препарат ГиперХАЕС – 7,2%–250 мл; кристаллоиды: коллоиды – 1,0.1.5 (30–50 мл/кг), инотропная/вазопрессорная поддержка (дофамин/адреналин), глюкокортикостероиды (целестон – 24 мг/сут); анестезиологический компонент: общая анестезия + ИВЛ, индукция-кетамин, базис-наркоз (фентанил/кетамин), миоплегия (тракриум); при перелодовом кровотечении: капельное введение окситоцина 10 мг в растворе Рингера, прижатие артерии кулаком, холод на матку на 30–40 мин, сообщение в акушерский стационар, куда осуществляется транспортировка, проведение постоянного мониторинга гемодинамики и витальных функций.

В 2013 г. на станции скорой медицинской помощи города Новосибирска произошли 2 случая острой массивной кровопотери у пациенток. В первом случае причиной кровотечения послужила отслойка нормально расположенной плаценты на сроке 32–33 нед (общая кровопотеря составила 1,5 л). Женщина от момента наступления кровотечения была доставлена в перинатальный центр через 40 мин. На догоспитальном этапе была оказана помощь реанимационной бригадой в соответствии с указанным протоколом. В итоге больной проведена органосохраняющая операция, ребенок рожден через 50 мин от возникновения кровотечения (6/7 баллов по Апгар). Во втором случае причиной кровотечения являлось гипотоническое кровотечение (около 1 л) в результате домашних самопроизвольных родов на сроке 36 нед. Женщина была доставлена в акушерский стационар фельдшерской бригадой через 30 мин после родов; инфузионную терапию не осуществляли, что привело к развитию геморрагического шока 3-й степени и экстирпации матки.

Учитывая актуальность проблемы акушерских кровотечений в мире, их особенностей, можно сделать вывод, что терапия острой массивной кровопотери на догоспитальном этапе – стартовое звено в сохранении детородной функции женщины, ее жизни и жизни ребенка.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ

В.С. Борисов, С.В. Смирнов, Т.Г. Спиридонова
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Актуальность. Общеизвестно, что подавляющее большинство пациентов с термической травмой относятся к группе умеренного и высокого риска развития венозных тромбозомболических осложнений (ВТЭО). Для комбустиолога желательно, чтобы лекарственное средство для профилактики ВТЭО обладало достаточной эффективностью, быстрым наступлением эффекта и окончанием действия, было максимально безопасным (низкий риск осложнений), не имело ограничений по возрасту и массе тела, не взаимодействовало с пищевыми продуктами и другими лекарственными средствами, применялось перорально.

Цель: оценить клиническую эффективность и состояние параметров гемостаза у ожоговых больных, получавших прямой ингибитор тромбина (дабигатран) для профилактики ВТЭО.

Материал и методы. В исследование были включены больные с ожогами кожи, находившиеся на лечении в ожоговом центре НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в период с 2010 по 2012 гг. Пациенты 1-й группы (20 больных) для профилактики ВТЭО получали дабигатран (*Pradaxa*) в дозировке 220 мг/сут. Во 2-й группе (15 пациентов) применяли Варфарин по рекомендуемым стандартам: 5 мг/сут (стартовая доза). Больные обеих групп были сходны по возрастному-половому признаку и по характеру ожоговой травмы. Длительность приема препаратов в обеих группах составляла не менее 2 нед. Определяли показатели ПТИ, МНО, АПТВ, фибриногена, тромбоцитов, креатинина, общего билирубина в динамике. Выполняли УЗДГ вен нижних конечностей.

Результаты. У пациентов 1-й группы не было отмечено развития ВТЭО (по данным УЗДГ вен нижних конечностей). У 8 больных прием *Pradaxa* совпадал с выполнением операций – некрэктомии и аутодермопластик. При наблюдении за ранами ни в одном случае не было отмечено признаков повышенной кровотоочности из операционных и ожоговых ран. В одном наблюдении имело место кровотечение из опухоли толстого кишечника, что напрямую нельзя связывать с приемом препарата, поскольку его дальнейший прием не спровоцировал рецидива кровотечения. В анализах крови у пациентов 1-й группы значения креатинина и общего билирубина составили в среднем 91,8±18,4 и 14,4±3,0 ммоль/л соответственно. Не было отмечено резких колебаний показателей МНО, фибриногена, тромбоцитов. Величина АПТВ зависела от дозы препарата (дозозависимая реакция) и от возраста пациента. Имело место снижение протромбина до нижних границ, но ниже 70% его падения не происходило. У пациентов 2-й группы в 2 случаях отмечено развитие ВТЭО (13%). У 2/3 больных 2-й группы к 5–7-му сут от начала приема Варфарина резко возрастало МНО (до 7,0–9,0), снижался уровень протромбина (до 10%). Обращала на себя внимание выраженная кровотоочность ран. Особенно быстро эти проявления развивались у пациентов пожилого и старческого возраста, лиц с алкогольным анамнезом, поражением печени, что послужило причиной уменьшения дозы Варфарина до 2,5 мг/сут, а у 20% пациентов – полной отмены препарата.

Вывод: в качестве средства профилактики ВТЭО *Pradaxa* имеет определенные преимущества: пероральный прием 1 раз в сутки в фиксированной дозе для пациентов с разной массой тела, отсутствие необходимости в рутинном ежедневном мониторинге системы гемостаза.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ

В.В. Боярицев, В.Н. Ардашев, И.Е. Каленова
Клиническая больница № 1 УД Президента РФ
Москва, РФ

Инсульт является лидирующей причиной инвалидизации населения страны и второй по значимости после болезней системы кровообращения причиной летальности – 23,4% (Е.И. Гусев, 2006; В.И. Сворцова, 2012). Сегодня лечение больных с ишемическим инсультом проводят комплексом медикаментозных воздействий, хирургических методов, реабилитационных мероприятий и имеет два главных направления (З.А. Суслина, М.А. Пирадов, 2009). Первое – неотложное восстановление кровотока в инфаркт-зависимой артерии головного мозга, которое осуществляют путем системного и локального тромболизиса и возможной дилатации мозговых сосудов. Второе важнейшее направление в лечении инсульта – нейропротекция: лечение нейтрофическими, вазоактивными препаратами, средствами, влияющими на холинэргическую передачу. Наиболее хорошо зарекомендовали себя эти препараты при речевых, когнитивных и эмоциональных вольевых нарушениях (Л.П. Соколова, 2013). Применение тромболизиса используют во всех случаях своевременного поступления больного в стационар – 4,5 ч от начала заболевания при отсутствии противопоказаний к его проведению (В.И. Шмырев, И.Е. Каленова, 2008–2013). В последние годы для лечения тяжелых инсультов в острой стадии используют метод крионидебральной гипотермии (О.А. Шевелев, И.Е. Каленова, И.А. Шарнинова, 2012).

Исследованиями В.И. Шмырева, А.В. Тер-Акопяна, Н.В. Закаряна и Д.Б. Денисова (2010–2013) установлена высокая эффективность восстановления мозгового кровотока при стенозирующем поражении магистральных артерий головы путем стентирования пораженных артерий с использованием ретеноваскулярной методики.

Эффективным методом профилактики нарушений мозгового кровотока являются реконструктивные операции на брахиоцефальных артериях, успешно выполняемые в нашей клинике с 2006 г. (А.В. Игнатенко, И.В. Казанцева).

При нарушениях мозгового кровотока, связанных с кардиальной патологией, на первое место по значимости выходит кардиотоническая терапия. Регуляция частоты и характера ритма сердца (лечение мерцательной аритмии, установка кардиостимулятора) могут оказать эффективную помощь при гемодинамических инсультах (П.В. Мезенцев).

Выполнение нейрохирургических операций по показаниям рассматриваются как один из перспективных методов лечения.

Для оценки прогноза вероятности возникновения инсульта и тяжести его течения В.И. Шмыревым и И.Е. Каленовой (2012) разработаны алгоритмы, реализованные программами для ЭВМ. Полученные расчетные показатели позволяют индивидуализировать мероприятия вторичной профилактики ишемического инсульта.

Перечисленные методики лечения, внедряемые и разрабатываемые в нашем лечебном учреждении, требуют дифференцированного подхода к их применению, тщательного анализа возможных осложнений и определения показаний и противопоказаний, а также работы врачей различных специальностей: неврологов, нейрохирургов, сосудистых хирургов, кардиологов, врачей функциональной диагностики, специалистов по лучевой диагностике и медицинских работников по восстановительной медицине. Интеграция врачей перечисленных специальностей и разработка единой тактики лечения составляет, по нашему мнению, основу успеха лечения больных инсультом на современном этапе развития медицины.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СТРЕСС-ЭХОКГ С МАЛЫМИ ДОЗАМИ ДОБУТАМИНА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Я.Б. Бранд, Н.И. Харитонова, М.Х. Мазанов, Д.В. Маланын, С.А. Фадеичева
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Цель исследования: изучить прогностическую значимость стресс-ЭхоКГ с малыми дозами добутина для выбора оптимальной тактики лечения у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ЛЖ) в условиях кардиохирургического стационара.

Материал и методы. В исследование включены 89 больных в возрасте от 39 до 71 года, из них мужчин было 73 (86,7%), женщин – 15 (13,3%). Все пациенты госпитализированы в стационар в 1-е ч от начала заболевания с диагнозом ОКС. У 26 больных (23,1%) имел место инфаркт миокарда без подъема сегмента ST, у 63 (76,9%) – нестабильная стенокардия. В анамнезе все пациенты перенесли 1 инфаркт миокарда и более, из них у 24 (21,4%) был инфаркт, осложненный аневризмой ЛЖ. По данным коронароангиографии, многососудистое поражение коронарного русла, в том числе стеноз ствола левой коронарной артерии, выявлено у всех больных. Всем пациентам в 1-е ч при поступлении в ОНХХ проводили трансторакальную ЭхоКГ.

Исследование выполняли на УЗ-сканере *Vivid 7 Pro* с использованием одномерного (M), двумерного (2D) режимов сканирования, цветового доплеровского картирования кровотока (Color), импульсной (PIW) и постоянно-волновой (СИ) доплерографии.

Фракция выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ) составила 37,6±5%. Индекс нарушения локальной сократимости (ИНЛС) – 1,8±0,3.

Всем пациентам была выполнена стресс-ЭхоКГ с малыми дозами добутина (5–10–15 мкг/кг/мин) по стандартной методике. Критерием возможности проведения пробы являлось отсутствие приступов стенокардии в течение 6 ч наблюдения.

Результаты. По результатам стресс-ЭхоКГ с малыми дозами добутина получен достоверный прирост ФВ ЛЖ на 24% от исходной и составил 46,6±3,6%. Отмечено снижение ИНЛС – 1,5±0,3. Во время проведения исследования ангинозных болей и жизнеугрожающих нарушений ритма не наблюдалось. Всем пациентам выполнена операция реваскуляризации миокарда с хорошими результатами.

Заключение: стресс-ЭхоКГ с малыми дозами добутина является высокоинформативным, независимым, безопасным методом определения жизнеспособности миокарда у пациентов с ОКС со сниженной ФВ ЛЖ и позволяет прогнозировать результаты оперативного лечения.

НОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ О РАБОТЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ В БЛОКАДНОМ ЛЕНИНГРАДЕ В ФОНДАХ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО МУЗЕЯ

А.А. Будко, Б.И. Назарцев
Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова
Санкт-Петербург, РФ

Сохранение исторических свидетельств и творческое изучение опыта советской медицины, накопленного в годы Великой Отечественной войны, было и остается одной из главных задач Военно-медицинского музея, отметившего в 2012 г. свое 70-летие.

Среди поступлений в фонды Военно-медицинского музея последнего времени отметим рукописные материалы, связанные с деятельностью Ленинградской скорой помощи в дни блокады.

Сведения, содержащиеся в документальных источниках, позволяют проследить изменение организации службы скорой помощи в обстановке, приближающейся к боевой.

Всего за время блокады на город обрушилось 107 000 фугасных и зажигательных бомб, свыше 1 590 000 артиллерийских снарядов. В результате бомбардировок и артобстрелов погибли 16 747 ленинградцев, а 33 782 были ранены.

Почти все вызовы на артиллерийские очаги поражения и на очаги поражения от воздушных бомбардировок поступали в скорую помощь, которая превратилась в действительно-оперативный орган, принявший на себя обслуживание до 80% очагов поражения.

Количество пострадавших, обслуженных скорой помощью во время артиллерийских обстрелов и воздушных бомбардировок представлено следующими цифрами: в 1941 г. – 2765 и 14 613, 1942 г. – 2365 и 203, 1943 г. – 2003 и 161 соответственно.

Особый интерес представляют материалы об эвакуации населения с открытием в феврале 1942 г. ледовой трассы и работе медпунктов на Финляндском и Московском вокзалах, в селах Ваганово и Борисова Грива, где происходила пересадка эвакуированных из вагонов в машины, перевозившие их по льду Ладожского озера.

На 3-м этапе эвакуации в п. Жихарево концентрировалась большая масса людей, прибывавших на машинах через озеро и ожидавших погрузки в железнодорожные составы, следовавшие через Тихвин на восток. С мая 1942 г. основная масса эвакуируемого населения направлялась через Кобону и Лаврово.

Пересадочные пункты трассы за сутки принимали в среднем от 2000 до 3000 человек, в некоторые периоды до 6000–7000, иногда до 11 000 человек. Всего с 21 января 1942 г. и до прорыва блокады в санчастях трассы получили помощь свыше 100 000 человек.

Поиск новых историко-документальных свидетельств, подлинных материалов, не дублирующихся источниками, хранящихся в других музеях и архивах, открывает новые возможности для медико-статистического анализа, комплексных научных исследований, формирования панорамного взгляда на события военных лет.

ПРЯМАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ СТЕНОЗА СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Я.Б. Бранд, М.А. Сагиров, М.Х. Мазанов, Д.В. Маланын, И.В. Поглавский, М.В. Чумаков, Н.Ю. Харитонова, Д.В. Чернышев, А.В. Чаплыгин
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Целью нашего исследования является сравнение результатов выполнения экстренных и экстренно-отсроченных операций прямой реваскуляризации миокарда у пациентов с ранней постинфарктной стенокардией при наличии гемодинамически значимого поражения ствола ЛКА.

Материал и методы. За период с марта 2002 г. по март 2013 г. в отделении неотложной коронарной хирургии НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского 81 пациенту (женщин – 19) с ранней постинфарктной стенокардией при наличии стеноза ствола ЛКА была выполнена операция прямой реваскуляризации миокарда.

Экстренное коронарное шунтирование (в течение первых 24 ч) было выполнено 32 пациентам (группа А). Экстренно-отсроченное вмешательство (с 24 по 72 ч с момента развития ранней постинфарктной стенокардии) было выполнено 49 пациентам (группа В). У 18 из всех пациентов (22,2%) применяли внутриаортальную баллонную контрапульсацию (ВАБК).

Статистически значимые различия между группами были обнаружены при сравнении операционного риска *EuroSCORE*. По остальным критериям исследуемые группы были сопоставимы.

Всем пациентам была выполнена операция аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения в режиме нормо- и гипотермии, фармакоологической кардиоopleгии. Достоверные различия между группами наблюдали в длительности искусственного кровообращения.

Результаты. В обеих исследуемых группах не было отмечено случаев смерти во время операции. В целом, ранние результаты выполнения операции коронарного шунтирования для пациентов обеих групп были сопоставимы, кроме показателя госпитальной летальности и частоты развития послеоперационной сердечной недостаточности. Госпитальная смертность и развитие послеоперационной сердечной недостаточности оказались выше среди пациентов, прооперированных в течение 24–72 ч с момента начала развития симптомов ранней постинфарктной стенокардии, хотя это оказалось статистически незначимым.

Вывод. Прямая реваскуляризация миокарда в экстренном или экстренно-отсроченном порядке у пациентов с ранней постинфарктной стенокардией при наличии стеноза ствола левой коронарной артерии позволяет достичь удовлетворительных результатов и является эффективным методом лечения и профилактики развития неблагоприятных последствий инфаркта миокарда.

ГРАФИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ «НОРМЫ ПАТОЛОГИИ» ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОЦЕНКИ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Г.В. Булава, М.А. Годков
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Сбалансированный и адекватный воспалительный ответ на травму, обеспечивающий гладкое течение саногенеза, принято оценивать как физиологический или нормэргический. Диапазон изменений параметров иммунной системы (ИС) при нормэргическом ответе определяют как «норму патологии», которая поэтапно изменяется в процессе саногенеза от момента травмы до выздоровления. Развитие неадекватного по силе (гиперэргического или гипозэргического) воспалительного ответа, наличие диссоанса в работе систем, обеспечивающих гомеостаз организма, способствует формированию синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) или SIRS. ИС является одной из ключевых в обеспечении гомеостаза. Период наиболее динамичных изменений ИС приходится на 1–2-е сут после повреждения, что совпадает со сроками формирования ранней органной недостаточности. Одна из наиболее трудных задач при интерпретации результатов тестирования ИС – выявление неадекватного ответа на травму.

Цель: разработать наглядный и объективный способ представления результатов тестирования ИС пострадавших в ранние (1–е–3-и сут) сроки после травм и начала воспалительных заболеваний различного генеза.

Проведен анализ результатов исследования ИС по тестам 1-го и 2-го уровней. Обследованы 117 человек с благоприятным исходом и 172 – с осложненным течением основного заболевания. Причиной госпитализации пациентов явились различные виды травм и хирургической патологии (перитонит, панкреатит, медиастинит, проникающие ранения с кровопотерей более 2,5 л, ожоги более 10% поверхности тела).

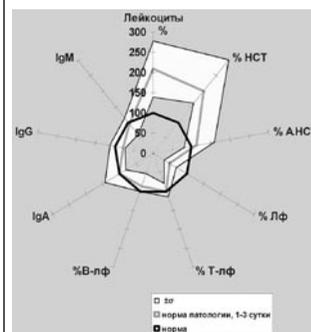
На 1-м этапе исследования были отобраны 9 параметров, наиболее наглядно отражающих изменения ИС в ранние сроки от начала заболевания: количество лейкоцитов, НСТ-сп, НСТ-акт, удельное содержание лимфоцитов и их Т- и В-популяций, концентрация иммуноглобулинов трех классов (А, М, G). Для наглядности получаемые результаты представляли в виде лепестковой диаграммы, отражающей отклонение в % величин параметров от уровня физиологической нормы, принятой за 100%.

Установлено, что у пациентов с гладким течением основного заболевания, несмотря на различную этиологию и клинические проявления заболеваний, средние величины исследованных параметров практически не различаются, но значимо отклоняются от показателей здоровых людей. Выявлено двукратное увеличение общего количества лейкоцитов, двух-трехкратное увеличение доли гранулоцитов с признаками активации кислородного метаболизма (НСТ-сп). При этом имела место относительная лимфопения без уменьшения абсолютного количества Т-лимфоцитов и умеренное снижение числа В-лимфоцитов. Концентрация сывороточных иммуноглобулинов колебалась в границах физиологической нормы. Выявленные изменения принесли за нормальный (физиологический) ответ организма в 1–е–3-и сут после травмы, а полученный диапазон значений обозначили как «норма патологии».

У пациентов с осложненным течением основного заболевания на 1–е–3-и сут развития патологического процесса выявлены существенные отклонения ряда показателей ИС от диапазона «норма патологии». При этом одни показатели ИС демонстрировали значительное увеличение: НСТ-сп, количество лейкоцитов, иногда НСТ-инд, другие – снижение величин исследуемых параметров или их разнонаправленное изменение: количество Т- и В-лимфоцитов, общее число лимфоцитов, концентрация иммуноглобулина А, М, G. Иными словами, у данной группы больных регистрировали неадекватность и несбалансированность ответа ИС на травму.

Таким образом, разработана наглядная и объективная графическая модель отражения результатов тестирования ИС пациентов в ранние сроки после развития ургентной соматической патологии, позволяющая прогнозировать развитие гнойно-септических осложнений.

Сводная иммунограмма пациентов с благоприятным течением раннего периода после травмы (заболевания) в 1–е–3-и сут – «норма патологии»



РОЛЬ H₂-БЛОКАТОРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГАСТРОДУДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ОБШИРНЫМИ ОЖОГАМИ

Д.О. Вагнер¹, И.В. Шлык^{1,2}, В.Г. Вербицкий^{1,2}

¹Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

²Санкт-Петербургский государственный университет

Санкт-Петербург, РФ

Частота желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) у пациентов, находящихся в критическом состоянии, достигает 25%, в том числе у пострадавших с обширными ожогами – 10–15% (И.Л. Казымов, 2007; Z. Y. Wang, 2007). Применение профилактической антисекреторной терапии (ПАТ) в некоторых случаях позволяет снизить частоту развития ЖКК до 2,5–8% (J.F. Barletta, 2002; S. Pongrasobchai, 2009).

В отделении ожоговой реанимации и интенсивной терапии НИИ СП им. И.И. Джанелидзе пациентам с обширными ожогами ПАТ проводят препаратами двух групп: блокаторами H₂-рецепторов и ингибиторами протонной помпы. Однако в последнее время опубликовано несколько крупных мета-анализов, в которых H₂-блокаторы показали недостаточную эффективность в отношении профилактики эрозивно-язвенных кровотечений (J. Huang, 2010; P.E. Marik, 2010). Это послужило поводом для проведения данного исследования, целью которого явилась оценка эффективности H₂-блокаторов для профилактики эрозивно-язвенных кровотечений у пациентов с обширными ожогами.

В основную группу исследования вошли 91 пострадавший с тяжелой термической травмой, получавший адекватную терапию H₂-блокаторами (циметидин, ранитидин, фамотидин). Контрольную группу составили 185 обожженных, не получавших ПАТ.

Среди всех проанализированных случаев кровотечения развились у 33 пациентов (14,1%). При этом у 12 пострадавших (5,1%) кровотечения возникли на фоне ожогового шока и в первые несколько суток после выхода из него при условии отсутствия критериев сепсиса («ранние» кровотечения). У остального 21 пациента (8,9%) кровотечения развились на фоне септического течения ожоговой болезни, что позволило отнести их к «поздним».

Для определения эффективности терапии H₂-блокаторами была проведена оценка рисков развития кровотечений в обеих обследуемых группах пострадавших. Полученные результаты не позволили сделать вывод о снижении частоты «ранних» кровотечений на фоне профилактической терапии H₂-блокаторами (OR=0,592; 95% CI=0,156–2,248; p=0,436). По данным проведенного исследования, терапия H₂-блокаторами не влияла и на частоту развития «поздних» кровотечений (OR=1,409; 95% CI=0,568–3,497; p=0,458). Кроме того, у пациентов основной группы не было получено статистически значимых данных о снижении тяжести развивающихся кровотечений по сравнению с контрольной группой (OR=0,649; 95% CI=0,155–2,719; p=0,741).

Таким образом, учитывая полученные данные и особенности развития ожоговой болезни, обусловленные ранним развитием инфекционных осложнений, можно предположить, что механизм эрозивно-язвенных повреждений пищеварительного тракта у пациентов с обширными ожогами в большей мере связан с нарушением микроциркуляции, т.е. ослаблением факторов защиты слизистой оболочки. Поэтому использование для профилактики ЖКК только препаратов, понижающих кислотность желудка, может быть недостаточным. Вероятно, помимо ПАТ у данной категории пациентов патогенетически обоснованным должно быть применение препаратов, повышающих устойчивость к гипоксии и улучшающих микроциркуляцию в слизистой оболочке ЖКТ.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДТП

Э.Ю. Валиев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ташкент, Республика Узбекистан

Нами проведен анализ состояния дорожно-транспортного травматизма в Республике Узбекистан и организации оказания скорой медицинской помощи пострадавшим.

В Узбекистане травмы занимают 2 место после болезней системы кровообращения по причинам временной нетрудоспособности и инвалидности, 3 место среди причин смертности и 6 место в структуре общей заболеваемости. В 2012 г. лечебно-профилактическими учреждениями Узбекистана установлен травматизм на 100 тыс. жителей 3 064, с учетом возраста наибольшее количество пострадавших приходится на взрослый контингент больных, высокими остаются показатели травматизма среди детей – 20,3% и подростков – 16,6%.

Ежегодно в лечебные учреждения республики за помощью обращаются около 900 тыс. пациентов, среди всех травм преобладает бытовой травматизм – 87,6%. Наиболее проблематичным и сложным контингентом больных являются пострадавшие в результате ДТП, они же составляют основной контингент госпитальных больных – более 68%. Следует отметить, что среди них 82% госпитализируются в лечебные учреждения СЭМП, ежегодное количество их достигает 50 тыс. человек. Среди пострадавших в ДТП преобладают пешеходы – 53,3%, внутриматомобильная травма составляет 46%. При анализе травматизма с учетом времени года отмечено, что в отличие от других регионов мира, травматизм в республике вне зависимости от сезона остается на одном уровне. С учетом нозологии, среди всех пролеченных больных в результате ДТП, более 85% приходится на сочетанные и множественные повреждения, из них у 67,4% отмечены шокогенные травмы – это повреждение крупных сегментов (таз, бедро, голень), повреждение конечностей паренхиматозных органов и др.

Ежегодно число погибших в результате ДТП превышает 2 тыс. чел., и этот показатель имеет тенденцию к повышению. Более половины пострадавших погибают в первые сутки после травмы. В 2012 г. смертельные исходы в результате ДТП отмечены у 2 831 пострадавших, в среднем по республике летальность при ДТП составляет 7,9%.

Ведущее место в организации оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП отводится службе экстренной медицинской помощи. Структура СЭМП включает головной Центр в г. Ташкенте – Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), в составе которого находятся 13 региональных филиалов. Кроме того, в 175 населенных пунктах страны при районных медицинских объединениях созданы суб-филиалы РНЦЭМП – отделения экстренной медицинской помощи (ОЭМП).

Только в 2012 г. в РНЦЭМП и его филиалах находились на лечении около четверти миллиона больных, из них 18,4% составляют пострадавшие с травмами в результате ДТП. В структуре этих больных преобладают повреждения опорно-двигательного аппарата и сочетанные и множественные повреждения. Среди всех пострадавших с ДТП оперативному вмешательству подвергнуты 17 487 чел., оперативная активность составила 35,4%. С учетом характера и локализации повреждения оперативная активность высокая при сочетанных травмах и повреждениях нижних конечностей.

В истекшем году на госпитальном этапе в результате ДТП по данным Центра и его филиалов погибли 879 чел. С учетом нозологии наивысшие показатели приходятся на травмы головы и шеи – до 50% и на сочетанные травмы – до 36%.

В РНЦЭМП и всех его областных филиалах в приемно-диагностических отделениях организованы шоквые палаты, куда помещают всех пострадавших в ДТП. Объем выполнения диагностических мероприятий и оказание помощи пострадавшим строго регламентированы лечебно-диагностическими стандартами. Все перечисленные организационные мероприятия способствуют расширению диагностических возможностей при травмах в результате ДТП и позволяют применить современные методы лечения повреждений черепа, органов грудной, брюшной полостей и ОДА, что в свою очередь значительно улучшает результаты лечения пострадавших.

ИНФУЗИЯ КОЛЛОИДОВ ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КОМПЕНСАЦИИ ОСТРОЙ КРОВОПТЕРИ: КРИТЕРИИ БЕЗОПАСНОСТИ

В.В. Валетова, В.Х. Тимербаев

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

В публикациях последних лет повсюду сводятся о повышении летальности, которая связана с использованием растворов крахмала последнего поколения (НЕС 1300/0,42) [1]. В нашей стране коллоидные растворы широко применяют при компенсации острой кровопотери в экстренной хирургии, поэтому проблема безопасности их использования представляется крайне актуальной.

Цель работы. Определить влияние интраоперационной инфузии различных видов коллоидных препаратов на исходы хирургического лечения пострадавших с травмами, осложняющимися кровопотерей более 40% ОЦК.

Материал и методы. Ретроспективно исследованы интраоперационная летальность, летальность в течение первых послеоперационных суток и летальность в течение 28 дней после хирургического вмешательства у 285 пострадавших с сочетанной травмой. Все больные при поступлении инкубировали в экстренной палатовой связи с внутривенными кровотечениями. Тяжесть травмы составила 30 (28,45) баллов ISS. Объем утраченной кровопотери достигал 3000 (2300, 4300) мл. Статистическую обработку материала проводили с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics v19 (IBM Inc., USA). Данные для количественных величин представлены в виде Медианы (25%, 75%), площадь под ROC-кривой (AUC) представлена в виде Среднее (95% Доверительный интервал), вероятность смертельного исхода в виде 95% Доверительного интервала. Полученные результаты признавались значимыми при p<0,05.

Результаты и их обсуждение. За время операции пострадавшим, в среднем, было введено 5975 (4758; 9177) мл инфузионных сред и компонентов крови. Коллоиды (К) не применяли у 7 пациентов (2,5%), которые в дальнейшем были исключены из анализа. Только НЕС 1300/0,4 (0,42) использовали у 137 больных (48,1%), только декстраны применяли у 33 (11,6%), только модифицированный желатин и в 62%, комбинация НЕС 1300/0,4 (0,42) с декстранами у 102 пострадавших (35,8%). За время операции было введено 1200 (675; 1800) мл К, что составило 16 (11) мл/(кг·час). На К пришлось 19 (13; 23%) всего объема введенных инфузионных и трансфузионных сред. Суммарная доза К во всех случаях не превышала рекомендованную суточную дозу.

Всего за 4 недели наблюдения погибли 52 человека (постатальная летальность 29,3%), в том числе на операционном столе 39 человек (интраоперационная летальность – 14,2%), в течение первых послеоперационных суток еще 16 больных (летальность за первые сутки 6,1,5%). Ведущей причиной смерти были шок и его последствия. Обнаружилось, что вероятность летального исхода увеличивалась с повышением дозы К (для интраоперационной инфузии $\chi^2=49,17$, p<0,001, R² Найджелера 0,292, AUC 0,821 (0,755; 0,886), p<0,001; для летальности в течение первых суток $\chi^2=7,69$, p<0,001, R² Найджелера 0,293, AUC 0,737 (0,666; 0,807), p<0,001; для госпитальной летальности $\chi^2=55,284$, p<0,001, R² Найджелера 0,257, AUC 0,737 (0,666; 0,807), p<0,001). Выбор того или иного К не влиял на летальность во время операции и в течение первых послеоперационных суток, но изменил вероятность летального исхода в стационаре (Log Rank=5,498, p=0,037). Наименшие результаты отметили при комбинации препаратов (постатальная летальность 38,24%; LogRank=8,806, p=0,009). Летальность при инфузии декстрана или НЕС 1300/0,4(0,42) различалась незначимо (Log Rank=0,6, p=0,438). Вид использованного К не влиял на частоту развития гипонатриемических осложнений. Показатели креатинина и билирубина в течение первых трех послеоперационных суток также не отличались при различных видах использованных К или их комбинации.

Выживаемость пострадавших зависела от скорости введения НЕС 1300/0,4 (0,42) (для интраоперационной летальности Log Rank=104,286, p<0,001; для летальности в течение первых суток $\chi^2=17,034$, p=0,001; для госпитальной летальности Log Rank=4,327, p=0,011). Эти данные позволили нам выделить пять групп риска (табл.). Вероятность летального исхода в стационаре при инфузии НЕС 1300/0,4(0,42) в дозах 3 и 6 мл/(кг· час) фактически не различалась (Log Rank=0,989, p=0,320). Однако ускорение инфузии НЕС 1300/0,4(0,42) с 3 до 6 мл/(кг· час) значимо уменьшило вероятность умереть во время операции (Log Rank=10,962, p=0,001), несмотря на отсутствие значимых различий в объеме кровопотери и тяжести травмы. Следует отметить, что темп инфузии НЕС 1300/0,4(0,42) коррелировал с тяжестью травмы (ISS в баллах, R=0,189, p=0,003) и кровопотерей (R=0,206, p=0,002) (табл.). Мы не выявили связи между фактом использования и (или) темпом введения НЕС 1300/0,4(0,42) и уровнем креатинина в течение трех послеоперационных суток (p=0,05 для всех показателей), что при первом приближении не подтверждает негативного влияния НЕС 1300/0,4(0,42) на функцию почек пострадавших. Риск развития гипонатриемических осложнений в послеоперационном периоде не зависел от темпа введения НЕС 1300/0,4 (0,42) (p=0,05). Поэтому в настоящее время мы не имеем неопровержимых доказательств, подтверждающих высокий риск интраоперационного применения НЕС 1300/0,4 (0,42).

Скорость инфузии коллоидных сред как одна из составляющих интенсивной терапии при угрожающей жизни кровопотере и шок, возможно, отражает полноту соответствия интраоперационного восполнения ОЦК тяжести травмы и кровопотери. Это предположение нуждается в дальнейшем тщательном анализе.

Выводы. С увеличением дозы и темпа интраоперационной инфузии К значимо повышается вероятность неблагоприятного исхода у пострадавших с травмами, осложняющимися кровопотерей более 40% ОЦК, что обусловлено тяжестью травмы и объемом кровопотери. Особенно неблагоприятна комбинация коллоидных инфузионных сред. Относительно безопасная доза НЕС 1300/0,4 (0,42) составляет не более 6 мл/(кг· час) или 14 мл/(кг· час) в течение операции. Вопрос о безопасности интраоперационной инфузии коллоидных препаратов при острой кровопотере травматического генеза нуждается в дальнейшем тщательном изучении.

Вероятность летального исхода на этапах лечения (95% доверительный интервал) и доза НЕС 1300/0,4 (0,42) у пострадавших с тяжелой травмой, осложняющейся кровопотерей более 40% ОЦК

Темп введения, мл/(кг·час)	Доза, мл/кг	Кровопотеря, л	Тяжесть травмы, баллы ISS	Вероятность летального исхода, %		
				На операционном столе	В первые послеоперационные сутки	В стационаре
3	7	3 (2; 3,9)	29 (26; 38)	3-6	2-3	13-20
6	14	2,9 (2,2; 4)	30 (26; 41)	7-13	4-7	22-31
9	21	3 (2,5; 6,5)	40 (27; 57)	14-27	7-16	33-48
13	21	5 (2,5; 7)	38 (27; 50)	31-60	19-46	52-73
19	29	8,9 (5,4; 10,9)	71 (58; 75)	74-80	62-71	82-86

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ОТРАВЛЕНИЙ ЦИТОТОКСИКАНТАМИ

Д.В. Васендин

Сибирская государственная геодезическая академия Министерства образования и науки

Новосибирск, РФ

Актуальной проблемой современной медицинской науки является изучение особенностей клинического течения острых и хронических интоксикаций цитотоксикантами. Как известно, в настоящее время в России отравления входят в десятку основных факторов риска, определяющих заболеваемость и смертность (1,2% смертей). Интоксикация сильнодействующими ядовитыми веществами с преимущественно цитотоксическим действием, в частности, самими коварными из созданных когда-либо изощренной цивилизацией – диоксинами и родственным им соединением – занимают здесь особое место. Всосавший интоксикант распределяется с током крови по всем тканям и органам, вызывая их повреждения; накапливается в тимусе, легких, печени, жировой ткани.

Легкие в максимальной степени отличаются избирательной способностью аккумулялировать цитотоксикант из плазмы посредством энергозависимого процесса. Летальность при отравлении высокая, коррелирует с частотой и степенью тяжести легочных поражений.

В случаях без вовлечения легких в патологический процесс выздоровление редко бывает полным. Поскольку выведение всосавшегося яда осуществляется преимущественно через почки, раннее возникновение острой почечной недостаточности способствует еще более выраженной кумуляции яда в легочной ткани. Близкие к LD50 дозы формируют токсический альвеолит; смерть пострадавших регистрируют в относительно поздние сроки от фиброза легких. При воздействии токсодоз, превышающих среднесмертельную, наблюдают признаки полиорганной патологии. Поражение легких играет совершенно особую роль, в основном – при острых интоксикациях.

Обнаружены две морфологические фазы в развитии легочных нарушений. В первую (деструктивную) фазу наблюдают гибель и десквамацию альвеолоцитов I и II порядков (АЦ I, АЦ II), в результате чего развивается острый альвеолит, токсический отек легких с выраженной инфильтрацией интерстиция и альвеол полиморфно-ядерными нейтрофилами; вторая фаза (пролиферативная) связана с пролиферацией альвеолоцитов II типа и фибробластов, что приводит к замещению поврежденных АЦ I кубовидными клетками, подобными АЦ II, отложению коллагена в интерстициальном и альвеолярном пространствах. Формируется тяжелая гипоксия. Фиброзирование по-существу представляет собой неспецифическую реакцию легких на обширное поражение альвеол (токсический альвеолит).

Обеспечить возможность широкого практического внедрения современных подходов к решению многоплановой проблемы отравлений цитотоксикантами должны алгоритмы исследования соматических и эколого-генетических послед-ствий развития патологии. Они должны включать наборы приемов и методов, которые позволяют проводить:

- поэтапное снижение неопределенности эпидемиологических характеристик экспозиции и эффектов на основе изучения их ситуационной, экотоксикологически и биологически обусловленных взаимоотношений;
- специализированное исследование причинно-следственных связей между показателями наблюдаемых изменений здоровья людей и экспозиции цитотоксикантами с привлечением данных междисциплинарных исследований системы «цитотоксиканты – окружающая среда – здоровье человека».

110 ЛЕТ ОДЕССКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

К.К. Васильев

Одесский национальный медицинский университет

Одесса, Украина

Создание в Одессе станции скорой медицинской помощи стало возможным благодаря крупному пожертвованию одесских благотворителей – графов Толстых. Михаил Михайлович Толстой (младший) и его мать – графиня Елена Григорьевна субсидировали строительство здания Одесской станции скорой медицинской помощи. В 1901 г. городское общественное самоуправление бесплатно отделило участок земли в 150 кв. саженей, отрезанный от двора Старой городской больницы по Валиховскому переулку специально для сооружения станции, а в 1904 г. из усадьбы той же больницы дополнительно прирезан участок в 195 кв. саженей.

Каменное двухэтажное с полуподвальным помещением здание возводилось в 1901–1902 гг. по проектам архитектора Ю.М. Дмитренко. В связи с необходимостью расширить помещение станции к этому зданию в 1904 г. пристроено одноэтажное каменное здание с подвальным помещением (архитектор Ф.П. Нестурх). Ныне эти здания по Валиховскому переулку, 10.

Свою деятельность станция начала 23 апреля 1903 г., когда карета скорой медицинской помощи впервые выехала к пострадавшему, а через несколько дней – 29 апреля – состоялась официальное ее открытие.

На Одесской станции работали 7 постоянных и 2 запасных врача, 7 санитаров. Оснащение состояло из двух конных карет и пяти пар лошадей. Дежурства были круглосуточные: днем две бригады, в ночное время одна. Медицинскую помощь больным оказывали бесплатно. В здании станции находился приемный покой, где помощь оказывали также бесплатно. В первый год деятельности станции были обслужены 2400 больных и пострадавших; 249 из них обратились за помощью непосредственно на станцию. Содержание станции обходилось в год в 22 000 руб., каковой расход всецело покрывался из средств графа Толстого. С начала 1903 г. в здании станции – в зале второго этажа – стали проводить заседания Общества одесских врачей. Бесменным руководителем станции со дня открытия был доктор Яков Юльевич Бардах, в те же годы он являлся председателем Общества одесских врачей. Уже в советскую эпоху, отмечая заслуги Я.Ю. Бардаха, станция носила его имя. Графиня Е.Г. Толстая и граф М.М. Толстой (младший) были избраны в почетные члены Общества одесских врачей. Зал заседания общества украсили их портреты. С осеннего семестра 1912 г. по весенний семестр 1914 г. зал станции скорой медицинской помощи был представлен Одесским высшим женским медицинским курсам в качестве аудитории.

После начала Первой мировой войны – 21 ноября 1914 года – на станции был открыт лазарет для раненых воинов на 20 кроватей, а затем под лазарет был оборудован и зал заседаний Общества одесских врачей. При станции были организованы трехмесячные курсы для подготовки сестер милосердия. Занятия посещали 642 слушательницы, из них 154 – сдали выпускной экзамен. Одесская станция была одним из центров, где разрабатывались принципы и организационные формы деятельности зарождавшейся в Российской империи службы скорой медицинской помощи.

В соответствии с законом Украины «Об экстренной медицинской помощи» (5.07.2012) произошло реформирование системы экстренной медицинской помощи. Создано коммунальное учреждение «Одесский областной центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф». «Одесская станция экстренной (скорой) медицинской помощи» является структурным подразделом этого центра (7 подстанций; в круглосуточном режиме работают 66 бригад скорой помощи, в том числе 22 специализированные бригады; 230 000. вызовов в год; бюджет на 2013 г. – 135 млн. грн.).

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОЙ АСПИРАЦИОННОГО ГЕНЕЗА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ

В.П. Введенский

Поликлиника № 2

Ярославль, РФ

Цель исследования состояла в определении эффективности эндо-скопической бронхооблокации при лечении деструктивных пневмоидной аспирационного генеза у пострадавших с сочетанными травмами.

Материалом для решения поставленной задачи послужили результаты лечения 19 пациентов с сочетанными повреждениями, осложненными аспирационной пневмонией с деструкцией легочной ткани. Мужчин было 14, женщин – 5, возраст – от 18 до 67 лет. При поступлении тяжесть состояния пострадавших по *APACHE-II* составила 17,41±0,17 балла, общая тяжесть травмы по *ISS* – 23,52±0,21 балла. Деструкция легких констатирована у 6 больных (31,58%) на 7–12-е сут после попадания аспириата с $pH > 7,3$ и у 13 (68,42%) – на 3-и–7-е сут после воздействия аспирированного материала с $pH < 7,3$. Левосторонняя локализация процесса выявлена у 12 пациентов (63,16%): в S_6 – у 8, в S_{10} – у 4; правосторонняя – у 7 (36,84%): в S_6 – у 5, в S_{10} – у 2. Стойкие эластические волокна в трахеальном секрете как один из признаков деструкции легочной ткани определены в 6 наблюдениях (31,58%).

На фоне проводимой интенсивной терапии с респираторной под-держкой у 14 больных (73,68%) отмечено формирование бронхо-плевральной свища. Отсутствие стойкого азростаза при активном дренировании плевральной полости расценивали как показание для выполнения эндо-скопической бронхооблокации. При проведении комбинированной бронхоскопии с использованием ригидного дыхательного бронхоскопа *Friedel* и фиброэндоскопа *BF-40* фирмы «Olympus» паралонный окклюдер устанавливали в устье заинтересованного нижнедолевого бронха. Срок окклюзии составил от 16 до 33 сут, в течение которых удалось добиться стойкого вакуума в плевральной полости с расправлением легкого и положительной динамикой рентгенологической семиотики легочной деструкции во всех наблюдениях.

После деблокации у 8 пациентов (57,14%) в области контакта окклюдера со стенкой бронха выявлен пролежень слизистой. У 9 (64,29%) – деформация устьев сегментарных бронхов дистальнее уровня установки паралонного окклюдера. У 13 (92,86%) – гиперпродукция гнойного экссудата с обтурацией бронхов 3–4 и более генераций. Инстилляционная терапия перфоратором продолжительностью от 4 до 8 сут привела к нивелированию вышеуказанных патологических изменений.

Рецидив «продузного синдрома» констатирован у 3 больных (21,43%) после удаления окклюдера из устья левого нижнедолевого бронха. Повторная релокация и достигнутая при этом релаксация легкого тем не менее сопровождалась отрицательной динамикой рентгенологической картины поражения легочной ткани. Этим было обусловлено прогрессирование гипоксической гипоксии и как следствие уровень атрибутивной летальности в исследуемой группе больных.

Таким образом, эндо-скопическая бронхооблокация является эффективным методом достижения стойкого азростаза при лечении деструктивных пневмоидной аспирационного генеза, осложненных бронхоплевральным свищем у пострадавших с сочетанными травмами.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Р.В. Вашетко, В.Р. Гольцов, К.С. Кремнев, Е.А. Бородай

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе

Санкт-Петербург, РФ

Острые кровотечения у больных острым панкреатитом (ОП) – опасные, часто смертельные осложнения, которые не всегда диагностируют своевременно. Источники кровотечения в разные фазы развития заболевания различны. Кровотечения при ОП разделяют на кровотечения раннего периода (до 7 сут) и позднего – начиная со 2-й нед от начала заболевания. В раннем периоде преимущественно наблюдают желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК). Клинически их диагностируют в 0,92% случаев, а на аутопсиях – в 9,7%. Врачи догоспитального этапа часто неправильно трактуют причины ЖКК, не распознавая основное заболевание – ОП. Такие симптомы, как тахикардия, снижение артериального давления вплоть до коллапса, дефицит ОЦК, свойственны тяжелым формам ОП. Анемия характерна для больных ОП в фазе нагноения и секвестрации. Клинические проявления ЖКК могут быть скудными вследствие тяжелого состояния пациентов, пожилого возраста, снижения моторики ЖКТ и возможного поступления крови не только в просвет пищеварительного тракта, но и (при перфорации) в закрытые полости организма. Клинически для ЖКК раннего периода характерна рвота «кофейной гущей», что нередко выявляют при назогастральном дренировании. Причиной кровотечения в раннем периоде ОП являются острые эрозии и острые язвы, которые можно диагностировать только при фиброгастроскопии. В желудке определяются язвенные дефекты различной формы, которые часто располагаются группами по малой кривизне желудка в области резко выраженных циркуляторных расстройств. Кровотечения обычно наступали при отторжении некротизированных участков слизистой оболочки на 3-и–4-е сут от начала ОП.

В фазе нагноения и секвестрации, как правило, появляются аррозивные кровотечения, которые могут многократно рецидивировать. Аррозивные кровотечения часто возникают в условиях плохого дренирования гнойных очагов в поджелудочной железе (ПЖ) и парапанкреальной клетчатке при наличии в них секвестров. Массивные острые аррозивные кровотечения у 6 больных мы отмечали из верхней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии при прорыве гематомы в просвет двенадцатиперстной кишки, у 13 пациентов массивные аррозивные кровотечения наблюдали из сосудов селезенки. Селезеночная вена находится ниже одноименной артерии, ее выделение для перевязки затрудняется тем, что она окружена тканью ПЖ в большей степени, чем артерия. Поэтому аррозивные кровотечения из крупных ветвей или основных стволов селезеночных сосудов иногда требуют удаления селезенки с частью ПЖ. Эти кровотечения часто носят профузный характер. Клинически отмечали рвоту алой кровью, мелену и коллапс. Реже кровотечения были бессимптомными, обычно это наблюдалось при аррозивных кровотечениях из сосудов селезенки в брюшную полость. При аррозивных кровотечениях необходима срочная операция, при которой проводят тщательную ревизию источника кровотечения, осторожное промывание гнойных полостей антисептическими растворами с применением гемостатических средств. При необходимости и возможности выполняют перевязку кровоточащего сосуда или прошивание места кровотечения.

С целью предупреждения массивных кровотечений при наличии панкреатического свища следует осуществлять раннее дренирование панкреатического протока через свищевое отверстие. Тогда вокруг свища быстро закрывается полость, куда поступает большое количество активных ферментов панкреатического сока, и не будет условий для рецидивов аррозивных кровотечений.

ЛЕЧЕНИЕ НЕВАРИКОЗНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ: СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ

В.Г. Вербицкий

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе,

Санкт-Петербургский государственный университет

Санкт-Петербург, РФ

За последние несколько десятилетий произошли коренные изменения в лечении неварикозных гастродуоденальных кровотечений (НВДК). Широкое распространение и эффективность эндо-скопических методов гемостаза, возможности фармакологической супрессии внутрижелудочного кислотно-пептического фактора и обоснование роли *Helicobacter pylori* (*HP*) в патогенезе язвенной болезни способствовали изменению парадигмы медицинской помощи при НВДК, в частности от преобладающей хирургического к консервативному методу лечения. Современное состояние проблемы лечения НВДК отражено в зарубежных национальных и международных (2010) рекомендациях. Однако остаются как нерешенные, так и спорные вопросы.

Не вызывает сомнения то, что при наличии кровоточащей пептической язвы пациентов необходимо обследовать на наличие *HP* и при положительном результате тестов на *HP* провести эрадикационную терапию, роль которой в предупреждении рецидивов НВДК в 1-е–3-и сут после геморрагии в настоящее время не определена.

В зарубежных рекомендациях по лечению НВДК постулируется необходимость проведения высокочастотных режимов непрерывного введения (в течение 1–3 сут) ингибиторов протонной помпы (ИПП) при наличии признаков высокого риска рецидива после успешного эндо-скопического гемостаза. Это обеспечивает более высокие 24-часовые уровни внутрижелудочного *pH*, но не имеет преимуществ в сравнении с болюсными режимами по внутригоспитальной частоте рецидивов, потребности в трансфузиях, хирургических вмешательствах и летальности.

Открытым остается вопрос о целесообразности применения неоадьювантной терапии ИПП как «терапии первой линии» до первичной эндо-скопии.

Нясны и оптимальные сроки проведения первичной эндо-скопии (2–24 ч) при НВДК. Не существует единого мнения о роли программной (повторной) эндо-скопии в предупреждении рецидива кровотечения.

Важным представляются оценка и внедрение системы прогноза на основании клинических и эндо-скопических критериев (*T.A. Rockall*, 1996; *O. Blatchford*, 2000) для ранней выписки пациентов с низким риском рецидива и неблагоприятного исхода. Продолжающееся кровотечение, которое не остановлено эндо-скопически, является показанием для оперативного вмешательства. Целесообразна ли хирургическая профилактика рецидивов НВДК? Многочисленные клинические исследования показали, что пациенты, рецидив кровотечения у которых лечили эндо-скопически, имеют более благоприятный прогноз, чем оперированные в неотложном порядке.

Главной же нерешенной проблемой как в нашей стране, так и за рубежом остается реализация современных рекомендаций и принципов лечения НВДК в повседневной клинической практике.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ АВТОДОРОЖНОЙ ТРАВМЕ

Е.Н. Веруго

Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца
Москва, РФ

При оказании экстренных мер по спасению жизни пострадавшему в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП) специализированную глазную помощь оказывают, чаще всего, спустя 1–2 нед и более после повреждений, которые характеризуются полиморфными патологическими изменениями как всех органов, так и органа зрения. Преимущественно пострадавшие поступают по экстренным показаниям в травматологические центры, где они получают первичную помощь по поводу основной патологии и в ряде случаев при наличии повреждений, им накладывающие швы на раны в области лица и придатков глаза. В редких случаях офтальмологическую помощь осуществляют офтальмологи, вызываемые из глазных клиник, или первичную обработку производят офтальмологи многопрофильных стационаров.

Целью работы явился анализ исходов повреждений органа зрения при ДТП.

Материал и методы исследования. Представлены результаты наблюдений 102 больных, которые обращались в отделение неотложной помощи (ОНП) института и были госпитализированы в отделение травматологии, реконструктивной, пластической хирургии и глазного протезирования для удаления глазного яблока после ДТП. При обследовании пациентов использовали комплекс традиционных и специальных офтальмологических методов исследования.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что изолированная травма глаза при ДТП случалась крайне редко и составляла около 8%, в то время как ее сочетание с повреждениями придатков глаза (мягких тканей и костной орбиты) достигало 61,2%; при этом более чем в 90% случаев имела место черепно-мозговая травма (ЧМТ) различной степени тяжести. Одновременное двустороннее повреждение глаза наблюдалось у 24,5% больных. Проникающие ранения осколками разбившегося ветрового стекла, часто с внедрением множественных инородных тел, составляли 34,7%. Открытая травма, как правило, сочеталась с контузионным компонентом, наносимым посторонними предметами при выпадении пострадавших из машины. Особенно тяжело протекали травмы при езде на мотоциклах, когда ЧМТ сочеталась с обширными проникающими ранениями глаза при ударе о дерево, шлагбаум, любую преграду на пути движения транспорта, а также с множественными переломами костей лицевого скелета и орбиты. Психологическая травма, обусловленная неожиданностью и внезапностью происшедшего, возможной гибелью или инвалидизацией других людей или членов семьи, неясностью перспектив, требует проведения психокоррекции, профилактики развития осложнений, особенно при поражении обоих глаз, сочетанной и комбинированной травме. В условиях института, куда обращались пострадавшие в последующем, были выявлены грубые рубцовые изменения переднего отрезка глаза (53%), повреждения зрительного нерва (61,2%), гемофтальм (40–50%), вторичная глаукома (9,6%), субатрофия глаза 2–3-й степени (32,7%) при полном отсутствии зрения или его неправильной проекции в 80% случаев. Особенно тяжелая травма наблюдалась у пациентов, перенесших ранее радикальную кератотомию, что сопровождалось выпадением содержимого глаза с развитием субатрофии у 82,7% больных и последующим удалением глаза у 25,8%.

Таким образом, отсроченное оказание специализированной офтальмологической помощи и поздняя диагностика глазной патологии при ДТП отмечены более чем в 60% случаев. В связи с этим для оптимизации результатов лечебно-реабилитационных мероприятий необходимо оказание помощи больным с тяжелой ДТП с первых дней в многопрофильных стационарах с привлечением врачей различных специальностей.

РИЖСКАЯ СПАСАТЕЛЬНАЯ СТАНЦИЯ И ЕЕ РОЛЬ В ЖИЗНИ ГОРОДА ДО СОЗДАНИЯ СЛУЖБ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

М. Весперис

Музей истории медицины им. Паула Страдыня
Рига, Латвия

В Риге XVIII в., когда река Даугава была важнейшим транспортным путем, нередко происходили несчастные случаи на воде с летальным исходом. Для своевременного спасения людей и уменьшения количества утонувших в Риге в 1791 г. по образцу с аналогичной службой Гамбурга была организована станция спасения утопающих, подчиненная городскому магистрату. Станция начала свою работу 3 января 1792 г. в одноэтажном здании на берегу Даугавы между улицами Фрециниеку и Пелду. Рижский магистрат доверил руководство станцией доктору физики Данциманису, который составил Положение о ее деятельности, представлявшее собой инструкцию о том, как надо действовать в критических ситуациях. Станция по меркам того времени была оборудована всем самым необходимым. Кроме мебели и печи там были длинные багры и крюки. В наличии были медицинские инструменты (ланцеты, рожки, клизмы, серебряные трубки для расширения дыхательных путей), аптечка с лекарственными средствами (порошок из рога оленя, нефть, камфора, купорос, уксус, рвотные и слабительные средства, аптечная ромашка, пижма, мята, древесное масло), а также деревянный сундук, в котором хранили «аппарат для оживления» – меха. На станции работал один лекарь, а в качестве помощников – хирурги-цирюльники. Иногда (например, 24 апреля 1793 г.) медицинскую помощь спасенному оказывали городской врач Эйлер Рамм и помощники врача – лекари Ланге и Дорндорф. В начале XIX в. в связи с расширением города новые станции были организованы и в городских предместьях: в 1812 г. – в Елгавском и Московском предместье, в 1818 г. – в Петербургском.

В первой половине XIX в. спасательная станция постепенно начинает оказывать первую помощь пострадавшим не только на воде, но и на улицах, в общественных местах, а также внезапно заболевшим или получившим травмы горожанам. Помощь оказывали бесплатно, так как магистрат Риги не только содержал помещения, но и оплачивал труд работавших там специально обученных спасательному делу хирургов-цирюльников. В 1866 г. на станциях начали проводить бесплатное оспоровивание.

Во второй половине XIX в. и до начала XX в. спасательная станция оказывала медицинскую помощь главным образом при несчастных случаях (повешения, утопления, удущения дымом, отравления, в том числе алкогольные), в случаях травм (ожоги, обморожения, ранения, переломы, вывихи, контузии, сильные кровотечения, ущемления грыжи, укусы животных) и в других случаях, например, при кровоизлияниях. С увеличением численности населения города растет и статистика оказанной помощи. В 1880 г. медицинскую помощь получили 1101 человек, в 1890 г. – 2009, в 1900 г. – 5159, а в 1910 г. – 7159. В это время спасательная станция находилась в подчинении городской санитарной комиссии, а ее работой руководил назначаемый комиссией врач. В начале XX в. эту обязанность выполнял доктор медицины Вольдемар фон Рюдер. С 1901 по 1916 г. медицинскую помощь получили более 96 000 человек.

По образцу основанного в 1883 г. в Вене добровольного спасательного общества в Риге в 1904 г. создается станция скорой врачебной помощи. Станция имела санитарные повозки и сани. Постепенно она перенимает на себя часть функций спасательной станции, которая прекратила свою деятельность после Первой мировой войны, передав свои обязанности в ведение других служб.

В XVIII–XIX вв. роль спасательной станции была очень значительна. Созданная с целью оказания помощи утопающим, она постепенно превратилась в службу первой помощи всем пострадавшим людям и выполняла свои функции настолько долго, сколько было необходимо до создания в городе других специальных служб оказания неотложной медицинской помощи.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКОВСКОМ НИИ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ им. ГЕЛЬМГОЛЬЦА

Е.Н. Веруго, Е.Н. Орлова

Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца
Москва, РФ

Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца – учреждение широко известное в нашей стране и за рубежом. В основе его создания лежала благородная идея офтальмолога К.Л. Адельгейма – построить в Москве глазную больницу для бедных. Решение об открытии больницы было принято на собрании городской Думы 18.06.1886 г. и 17.11.1900 г. на углу Садовой-Черногрязской улицы и Фурманского переулка была открыта глазная больница в память императора Александра III на средства известных своей благотворительностью меценатов сестер В.А. и А.А. Алексеевых. Алексеевская глазная больница стала первым муниципальным заведением в Москве и первоначально имела 50 стационарных коек, прием населения осуществляли ежедневно, включая праздничные и выходные дни, цифры приема составляли до 100 человек в день, при этом экстренных больных принимали вне очереди. Широкой популярностью больницы способствовали бесплатное лечение, бесплатная выдача лекарств, а самым бедным пациентам по рецептам врачей отпусались очки. В структуре больницы с самого начала функционировал кабинет неотложной помощи, где вели круглосуточный прием пациентов. Во времена I мировой войны Алексеевская больница оказывала помощь раненым. В 1923 г. больнице присвоено имя выдающегося немецкого ученого Германа фон Гельмгольца, с 1936 г. больница реорганизована в Государственный центральный НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, а с 1965 г. – в Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца. В годы Великой Отечественной войны в институте было открыто военно-госпитальное глазное отделение, которое являлось не только центром лечения раненых, но и научных разработок по проблеме боевых травм органа зрения. В наши дни сотрудники отдела офтальмотравматологии принимали активное участие в оказании помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях: теракте в Беслане, Московском метро, при катастрофах в Уфе, Свердловске, Арамаесе, во время землетрясения в Армении и при других трагедиях. При различной офтальмопатологии, и особенно при повреждениях органа зрения, крайне важна своевременная квалифицированная первичная помощь, которая подчас определяет судьбу не только пострадавшего глаза, но и самого человека. Отделение неотложной и экстренной помощи (ОНП) института, работающее в круглосуточном режиме, является первичным звеном в оказании urgentной специализированной помощи. Первым годом, когда населению начали оказывать экстренную помощь, следует считать 1901 г. С 1932 г. был выделен специальный дежурный врач по оказанию экстренной помощи, как на утреннем, так и на вечернем приеме, а с 1935 г. – 2 дежурных врача и кабинет, где удаляли инородные тела из глаза. В настоящее время для оказания лечебно-консультативной помощи в ОНП обращаются ежегодно в среднем 17 000 пациентов, из них случаи с травматической патологией составляют 58,5%, с другими острыми заболеваниями глаз – 41,5%. Несмотря на наличие специализированных детских клиник, 2,8% детей также обращаются в ОНП института. Работа отделения осуществляется сменными бригадами из врачей и среднего медперсонала. В случаях urgentной госпитализации больных помощь оказывают дежурные врачи отдела травматологии, реконструктивной и пластической хирургии и врачи профильных отделений. Основное количество пациентов (69,8%) обращаются в ОНП в первые часы после травмы или после оказанной первой помощи в других медицинских учреждениях. Из общего числа больных жители Москвы составляют 56,3%, Московской области – 20%, из стран СНГ – 19,2%, в госпитализации нуждаются около 8% пациентов. Работа в ОНП требует от специалиста знания всего объема офтальмопатологии с учетом сочетанной и комбинированной травмы, возрастных особенностей, наличия соматической патологии, тяжести клинических проявлений, оказания лечебно-диагностических мероприятий при массовых поражениях, проведения дифференциальной диагностики в кратчайшие сроки для выбора оптимальной тактики лечения. Таким образом, ОНП, работающее в четком режиме, характеризуется присущей только ему спецификой, которая позволяет своевременно предотвратить развитие тяжелых осложнений и ускорить сроки реабилитации больных с офтальмопатологией.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК КРИТЕРИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.А. Власов, Н.Е. Ширинская, И.А. Большакова

Станция скорой медицинской помощи
Новосибирск, РФ

Совокупность медицинских технологий, которые соответствуют медицинским стандартам и используются для достижения положительного лечебно-диагностического результата, – есть качество оказания медицинской помощи. На основании данного критерия можно судить о степени социальной эффективности деятельности учреждения здравоохранения.

С целью изучения мнения населения о службе скорой медицинской помощи (СМП) и степени удовлетворенности качеством оказания ей услуг было проведено социологическое исследование, в котором приняло участие население Новосибирска, обратившееся за СМП. Служба психологического анализа ССМП разработала анкету для интервьюирования пациентов. Опрос был проведен в 2012 г. путем случайного скрининга 120 жителей Новосибирска разного возраста.

Большинство опрошенных (60%) высказали удовлетворение качеством оказанной медицинской помощи бригадами СМП, причем следует отметить, что при увеличении возраста наблюдали рост данного показателя при обращении за СМП и снижении удовлетворенности у тех, кто не обращался за помощью. Среди опрошенных всех возрастных групп отмечалось недовольство длительностью ожидания прибытия бригады СМП, долгим сбором жалоб и анамнеза заболевания.

Основная масса респондентов во всех возрастных группах считают, что служба СМП создана для оказания экстренной медицинской помощи, а также для транспортировки тех, кто не может самостоятельно добраться до лечебного учреждения.

От выездного медицинского персонала большинство жителей Новосибирска ожидают уважения, внимания, понимания и только потом квалифицированной медицинской помощи.

Основными качествами, которыми должны обладать фельдшера по приему вызовов оперативного отдела ССМП, по мнению респондентов, являются высокая скорость речи, оперативность, грамотная речь и дикция, вежливость, меньше со стороны диспетчера ССМП ожидается профессионализм.

Уровень удовлетворенности населения Новосибирска оказанием СМП можно считать выше среднего. Главные задачи службы СМП – это оказание экстренной догоспитальной медицинской помощи и организация доставки пациентов в медицинские учреждения. При общении с медицинским персоналом СМП пациенты больше внимание уделяют личностным качествам специалиста, а не степени его профессионального мастерства. Таким образом, уровень удовлетворенности определяется не только профессиональными, но также и общекультурными компетенциями сотрудника службы СМП.

ОПЫТ РАБОТЫ ДИСПЕТЧЕРА СКОРОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА С АЛГОРИТМОМ ДИСТАНЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

И.А. Воронов, С.П. Савченко, А.В. Балабушевич, И.А. Большакова
Станция скорой медицинской помощи

Новосибирск, РФ

В России около половины больных с острыми формами ишемической болезни сердца умирают, не дожидаясь медицинской помощи. При этом время ожидания скорой медицинской помощи (СМП) в таких случаях, не превышает установленных 20 мин. Ежегодно в Новосибирске регистрируется от 1 до 5 смертей в присутствии бригады СМП, в то время как количество успешных реанимаций не превышает 100 в год.

В соответствии с существующим в России законодательством реанимационные мероприятия не начинаются при наличии признаков биологической смерти, а также при наступлении состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, не совместимой с жизнью. Известно, что время появления ранних трупных изменений в зависимости от условий окружающей среды может наступить через 40 мин с момента развития критического состояния, хотя смерть головного мозга – органа, наиболее чувствительного к гипоксии, может наступить уже через 4–6 мин. На базе ССМП в 2012 г. был разработан протокол действий диспетчера при подозрении на внезапную остановку кровообращения, в соответствии с которым диспетчер службы «03» должен уметь распознавать признаки остановки сердца и стимулировать свидетелей к выполнению сердечно-легочной реанимации.

Для диагностики остановки сердечной деятельности диспетчеру необходимы два симптома: внезапная потеря сознания и отсутствие дыхания либо «неправильное» дыхание пациента.

При диагностике диспетчером остановки сердца он обязан рекомендовать аккуратно переложить пациента на спину на ровную твердую поверхность и немедленно начинать непрямой массаж сердца, для чего следует объяснить несколько ключевых моментов:

- точка для надавливания – середина грудины;
 - надавливать обеими ладонями, наложенными одна на другую, перенося вес всего тела на выпрямленные в локтевых суставах руки.
- Заниматься дыхательными путями реаниматору-непрофессионалу, не владеющему данными навыками, не рекомендуется.

Фразы, которые может использовать при ведении диалога, диспетчер должны быть просты и однозначно понятны лицам, не имеющим специального образования. При этом человек, который проводит реанимационные мероприятия, должен понимать, что диспетчер не просто ставит его что-либо делать, но и поддерживает его и не бросит до момента прибытия бригады СМП. В задачи диспетчера входит также задать темп компрессии (не менее 100 в 1 мин).

Данный алгоритм действий стали применять в ССМП с августа 2012 г. За период с августа 2012 по апрель 2013 г. за счет действий диспетчера были выполнены 9 успешных реанимаций. При этом в момент проведения реанимационных мероприятий реаниматорами-непрофессионалами не был достигнут эффект оживления, но поддержание эффективной перфузии головного мозга в период ожидания скорой помощи позволило реанимировать пациентов силами прибывших бригад СМП. В 7 из 8 случаев были ситуации так называемой аритмической внезапной смерти (у больных без анамнеза и у пациентов с хронической сердечной недостаточностью), в одном случае – механическая асфиксия. Во всех ситуациях в проведении реанимационных мероприятий участвовали реаниматоры-непрофессионалы.

НОВЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВТОРНОГО КРУПНОЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Г.А. Газарян, Я.Б. Бранд, Я.В. Тарасеева, И.В. Захаров, М.Х. Мазанов, Х.Г. Алиджанова, С.Г. Евстратова, Г.А. Нефедова, Л.Г. Газарян, А.П. Голиков
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Цель: оптимизация доступности инвазивных стратегий лечения в остром и последующем периодах повторного инфаркта миокарда (пИМ), направленных на сохранение сократительной функции левого желудочка (ЛЖ), снижение частоты осложнений и летальных исходов.

Материал и методы исследования. Обследованы 306 больных с крупноочаговым пИМ в возрасте от 31 до 95 лет. Исходный риск смерти определяли по TIMI. Тромболитическая терапия (ТЛТ) применена у 79 больных, коронарография – у 81. Различные виды чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) проведены у 30 пациентов: первичные, в том числе отсроченные до 72 ч, – у 13, спасительные – у 4 и после успешной ТЛТ – у 13. Шунтирование коронарных артерий (КА) через 6–10 нед от начала пИМ было выполнено у 25 больных. В течение 5 лет после выписки у 125 пациентов с различными стратегиями лечения оценивали общую и сердечно-сосудистую летальность (ССЛ).

Результаты. У 75% больных интервал между инфарктами составил от 1 до 5 лет. ЭКГ-признаки развивающегося ИМ в виде элевации сегмента ST имели место у 90% пациентов, перенесенного ранее – у 70%. У больных передним пИМ перенесенный нижний отмечен в 80% случаев, при нижней локализации признаки перенесенного переднего были реже. Одно-, двух- и трехсосудистое поражение КА обнаружено у 6%, 12% и 82% больных соответственно. Различные виды ЧКВ, в том числе отсроченные, сопровождалось ускоренной эволюцией ЭКГ-изменений с разрешением коронарной и острой сердечной недостаточности. Применение ЧКВ позволило ограничить процессы ремоделирования ЛЖ. Прирост фракции выброса (ФВ) ЛЖ составил в среднем 10%. Госпитальная и ССЛ за 5 лет после выписки не превышала 7% и 5% соответственно.

Шунтирование КА у больных с трехсосудистым поражением КА и дисфункцией ЛЖ было выполнено только в половине случаев. ФВ ЛЖ возросла с 37 до 43%. Госпитальная летальность составила 7,5%, общая и ССЛ за 5 лет – 5% и 2,5% соответственно.

У больных без ЧКВ было отмечено прогрессирование дисфункции ЛЖ. Частота аневризм при переднем пИМ достигала 42%. Постинфарктная стенокардия, нарушения ритма и проводимости и сердечная недостаточность имели место у 50%, 43% и 61% больных соответственно. Госпитальная летальность составила 20%. Практически во всех случаях летальные исходы имели место у больных с инфарктами в бассейнах разных КА, одной из которых являлась передняя нисходящая КА. Эта закономерность прослеживалась и в случаях с коротким интервалом между инфарктами, по срокам соответствующим рецидивирующему течению. Общая и ССЛ за 5 лет достигли 91% и 81% соответственно.

Заключение. Повторный крупноочаговый ИМ является предиктором высокого риска смерти. Последний определяет приоритетность больных к реперфузионной терапии. Различные виды ЧКВ, в том числе отсроченные в остром периоде, позволяют предотвратить развитие осложнений и летальных исходов. Однако их доступность ограничивается тяжестью поражения коронарного русла. Своевременное шунтирование КА предупреждает прогрессирование дисфункции ЛЖ, обеспечивает выживаемость больных. Оптимальные сроки хирургического лечения требуют уточнения. В отсутствие инвазивных стратегий лечение пИМ неэффективно.

ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ГРУДИ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ

О.В. Воскресенский, М.М. Абакумов

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Закрытая травма груди (ЗТГ) сопровождается значительным количеством осложнений. Стандартом лечения многих из них является дренирование плевральной полости (ДПП). Однако частота осложнений ДПП достигает 30%. Видеоторакоскопия является альтернативой торакотомии в устранении осложнений ЗТГ и ДПП. В нашем исследовании ВТС была применена у 88 пациентов с осложнениями ЗТГ, что составило 19,1% всех видеоторакоскопий. ВТС выполняли в среднем на 13±10 (1е – 69е) сутки после травмы. В структуре осложнений ЗТГ у пациентов, перенесших ВТС, преобладал свернувшийся гемоторакс (СГ) – у 51,1% пациентов. Результат ВТС при СГ зависел от сроков операции и степени воспалительных изменений в плевральной полости. В сроки до 6 суток выполняли эвакуацию СГ и санацию, позже 6 суток – плеврэктомию. Критериями выполнения ВТС при СГ являлись: объем СГ 500 см³ и больше; гемодинамически стабильное состояние пострадавшего; переносимость раздельной вентиляции легких и положения «на боку»; отсутствие повреждения аорты, её ветвей, массивных разрывов легких и диафрагмы. Эмиема плевры у 5,7% пациентов была результатом неадекватно дренированного гемоторакса. Из-за выраженных фибринозных и воспалительных изменений в плевральной полости плеврэктомию и декортикацию выполняли при конверсии в видеоассистированную миниторакотомию. При непереносимости плеврэктомию ограничивались удалением максимального объема фибрина, с созданием единой полости, для последующей аспирации с промыванием. Персистирующий пневмоторакс при ЗТГ был у 11,4% пострадавших. По результатам ВТС у 6 из 10 из них его причиной при ЗТГ был разрыв эмфизематозно-измененных участков легкого. Методом выбора герметизации легкого у этих пострадавших была резекция измененного легкого. Для репозиции и фиксации нестабильных и флотирующих переломов ребер (13,6% операций) используем видеоторакоскопически-ассистированную методику внеплевральной субфасциальной фиксации ребер, разработанную в НИИ СГ им. Н.В. Склифосовского в 2006 г. В ходе ВТС одновременно устраняем повреждения легких, эвакуируем СГ, производим остановку кровотечения, ушивание небольших разрывов диафрагмы. Конверсия потребовалась у 19 из 87 пострадавших (21,8%). Осложнения развились у 25% пострадавших: гнойно-септические были у 20,4%; серозно-фибринозный перикардит – у 2,3%; легочно-сердечные осложнения – у 2,3% пострадавших. Летальность составила 16,7%.

Улучшению результатов лечения пациентов с ЗТГ способствует: раннее выявление внутриплевральных осложнений; сокращение частоты и длительности ДПП на дооперационном этапе; сокращение длительности ИВЛ и развития пневмонии и других осложнений, связанных с интубацией трахеи; увеличение количества ранних операций (1е – 5е сутки); расширение показаний к париетальной плеврэктомию при наличии признаков инфицирования плеврального содержимого. ВТС у значительного числа пострадавших с осложнениями ЗТГ позволяет избежать выполнения торакотомии. ВТС может быть применена у пострадавших с изолированной и сочетанной травмой груди для диагностики и устранения свернувшегося гемоторакса, персистирующего пневмоторакса, с целью стабилизации реберного каркаса при нестабильных и флотирующих переломах ребер в отсроченном периоде. Наибольшая эффективность ВТС достигается при раннем выполнении вмешательства.

СОНОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ КРОНА И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

С.С. Гайдук, Г.И. Синенченко, С.И. Перегузов, С.И. Лыткина, А.С. Гайдук

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Санкт-Петербург, РФ

Ультрасонография широко применялась нами как при первичном обследовании 49 больных с основными формами болезни Крона (БК), так и для контроля течения болезни. УЗИ позволяет получить данные о локализации поражения и степени его интрамурального распространения, наличии свищей, участков стенозирования и опухолевидных конгломератов, явившихся причиной кишечной непроходимости.

Важным ультразвуковым признаком воспалительных изменений стенки кишки, выявляемым при поперечном сечении, служит обнаружение конфигурации в виде кольца или симптома «мишени». В продольном сечении наблюдаются протяженное утолщение кишечной стенки, сужение просвета пораженного участка кишки, которое можно обнаружить на эхограмме по появлению четкого воздушного рефлекса. В связи с трансмуральным характером воспаления на эхограмме часто исчезает слоистое строение пораженного участка кишки, отмечаются ослабление перистальтики и уменьшение выраженности гаустраций. Однако перечисленные УЗ-признаки являются неспецифическими. Поэтому на основании эхографической картины нельзя надежно исключить другие воспалительные заболевания кишечника.

Анализ собственных УЗ-исследований и литературные данные позволили нам выделить ряд дифференциально-диагностических УЗ-признаков БК и неспецифического язвенного колита. Так, при БК наблюдаются конфигурация стенки кишки в виде кольца симптом «мишени», исчезновение слоистого строения стенки кишки, сегментарная потеря гаустраций, ослабление перистальтики и сегментарное сужение просвета кишки. Для язвенного колита также характерен симптом «мишени», но при этом сохраняется слоистое строение кишечной стенки, потеря гаустраций отмечается на значительном протяжении толстой кишки, а также типичны ослабление перистальтики и сужение на значительном протяжении просвета кишки.

УЗИ использовали для контроля за течением болезни и оценки эффективности проводимой терапии. При этом оценивали снижение выраженности воспалительных изменений, уменьшение толщины стенки пораженного участка кишки, восстановление нормальной податливости измененного сегмента кишки к давлению, уменьшение стенозирования воспалительно-измененных участков кишки.

Высока роль УЗИ в распознавании абсцессов при БК. Нам удалось правильно диагностировать абсцессы у 6 пациентов из 8. Абсцессы визуализировались на эхограмме чаще всего как округлое анэхогенное образование, иногда с мягкими включениями в нем. При применении УЗ-датчиков с высокой разрешающей способностью на эхограмме удалось получить изображение двух кишечно-кишечных свищей и одного наружного свища.

Высока информативность УЗИ в выявлении таких осложнений БК, как стенозы и кишечная непроходимость. В наших наблюдениях в 6 случаях из 8 удалось диагностировать кишечную непроходимость. Выраженность стенозирования оценивали по степени супрастенотического расширения кишки. Кишечная непроходимость характеризовалась появлением расширенных петель кишечника, заполненных жидкостью, маятниковым движением содержимого в просвете кишки.

Таким образом, УЗИ является одним из самых доступных и наиболее информативных способов диагностики БК и ее осложнений.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: СОСТОЯНИЕ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

О.А. Гармаш

**Всероссийский центр медицины катастроф «Защита»
Москва, РФ**

Оказание экстренной консультативной медицинской помощи пострадавшим и больным, находящимся в лечебных учреждениях, не имеющих специалистов или условий для оказания специализированной медицинской помощи в полном объеме, является одной из приоритетных задач здравоохранения. Применение санитарной авиации сокращает время доставки пациентов или врача к нему по сравнению с санитарным автотранспортом в 4–5 раз. В 2012 г. в Российской Федерации экстренную консультативную медицинскую помощь получили 222 213 человек, что на 17,8% больше, чем в 2011 г. В том числе вызовы к детям составили 25,6%. Было эвакуировано 30,5% от общего числа пациентов, в том числе авиационным транспортом – 27,6%, что на 2,9% больше, чем в 2011 г. В сопровождении медицинских бригад было проведено 50,1% санитарно-авиационных эвакуаций.

В соответствии с Указом Президента РФ В.В. Путина от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании политики в сфере здравоохранения» Правительством РФ принято решение о разработке системы экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (санитарной авиации) в РФ.

На основе Концепции развития системы санитарной авиации в России подготовлен Пилотный проект «Развитие системы санитарной авиации в Российской Федерации в 2013–2015 гг.», который представляет собой первый, начальный этап становления новых организационных и финансово-экономических отношений в системе предоставления санитарно-авиационных медицинских услуг гражданам страны в регионах.

Целью данного проекта является улучшение демографических показателей путем повышения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в экстренной форме, с применением санитарной авиации.

Задачи проекта:

1. Совершенствование нормативной и методической базы по экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (санитарной авиации).

2. Совершенствование оказания экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации.

3. Развитие системы экстренной телемедицинской консультативной помощи на базе консультативных центров, подведомственных Минздраву России медицинских организаций.

4. Выстраивание потоков пациентов с формированием единых принципов маршрутизации.

Реализация Пилотного проекта предусмотрена с участием нескольких субъектов РФ.

Реализация задач Пилотного проекта «Развитие системы санитарной авиации в Российской Федерации в 2013–2015 гг.» позволит создать 3-уровневую систему развития санитарной авиации в РФ. Функционирование системы предусматривает разработку федеральной целевой программы «Развитие системы санитарной авиации в Российской Федерации» и включение ее в программу развития здравоохранения до 2020 г.

АРТРОСКОПИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

М.А. Герасименко¹, Е.В. Жук², С.И. Третьяк¹

¹ Белорусский государственный медицинский университет,

² Минский городской клинический центр травматологии и ортопедии
Минск, Республика Беларусь

Материал и методы. За период с 2005 по 2013 гг. на базе детского травматолого-ортопедического отделения (ДТОО) ГКБ № 6 Минска проведены 722 артроскопии у 689 пациентов. Средний возраст больных составил 14,5 года (от 2 лет 9 мес до 18 лет); среди пациентов было 386 девочек и 303 мальчика (56% и 44% соответственно); выполнены 378 вмешательств (52,4% на левом коленном суставе, 344 (47,6%) – на правом коленном суставе. Оборудование – C.Storz, Stryker, MGB. Основные жалобы пациентов: боль в суставе (постоянная острая либо ноющая, преходящая, возникающая лишь при значительной осевой нагрузке на сустав), отечность (синовит, гемартроз), деформации, периодические блокады (псевдоблокады?) коленного сустава. Из 689 больных лишь 452 (66,6%) отмечали в анамнезе травму (бытовую либо спортивную), с которой связывали развитие заболевания коленного сустава.

Причины проведения артроскопии: 1) свежие и застарелые повреждения менисков, передней крестообразной и коллатеральных связок (36,2%, причем у 19 пациентов – сочетание повреждения одного или обоих менисков с повреждением передней крестообразной связки); 2) хондральные и остеохондральные переломы надколенника, мыщелков бедра и большеберцовой кости (24,1%); 3) синовиты различного генеза (13,8%); 4) хондромалиция суставных поверхностей надколенника, мыщелков бедра и большеберцовой кости различных степеней (7,8%); 5) болезнь Кенига (6,9%); 6) врожденные аномалии менисков (6%); 7) болезнь Левена–Ларсена (2,6%) и др.

Результаты. Благодаря малотравматичности и точности артроскопии как метода оперативного лечения патологии коленного сустава, послеоперационных осложнений среди пациентов ДТОО не было. В абсолютном большинстве случаев наблюдался положительный эффект от проведения артроскопии. У 96,6% больных в послеоперационном периоде отмечены исчезновение болевого синдрома, значительное улучшение функционального состояния сустава. Рецидивов заболеваний среди этих пациентов не было. У 3,4% больных возникла необходимость выполнения повторных операций. Основная причина возникновения необходимости проведения повторных операций у этих пациентов – недостаточная, как оказалось, радикальность при первом артроскопическом оперативном вмешательстве.

Выводы. Основные типы травматической патологии, требующие артроскопического оперативного вмешательства в детском и подростковом возрасте: а) повреждения менисков и передней крестообразной связки (причем 60% – у пациентов старше 15 лет, 85% – у детей, профессионально занимающихся спортом); б) хондральные и остеохондральные переломы мыщелков и надколенника (65% – у пациентов до 15 лет). Применение артроскопии как лечебно-диагностического метода позволяет повысить эффективность лечения и ускорить возврат пациентов к нормальной жизнедеятельности.

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЛАТЕРАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ НАДКОЛЕННИКА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

М.А. Герасименко¹, Е.В. Жук², С.И. Третьяк¹

¹ Белорусский государственный медицинский университет

² Минский городской клинический центр травматологии и ортопедии

Минск, Республика Беларусь

Вывихи надколенника травматической природы составляют до 10% от всех закрытых повреждений области коленного сустава, чаще (до 30%) они встречаются у детей и подростков. В дальнейшем от 30 до 50% пациентов, перенесших травматический вывих надколенника, жалуются на боль и (или) нестабильность в коленном суставе. Рецидивы вывиха надколенника встречаются в 10–40% случаев, более 50% пациентов требуется оперативное лечение.

Материал и методы. С 1984 по 2013 г. на базе детского травматолого-ортопедического отделения ГКБ № 6 Минска были проведены 46 операций (из них 19 – артроскопические) 40 пациентам с нестабильностью в пателлофemorальном суставе – ПФС (16 юношей, 24 девушки; 44 сустава – 20 левых и 24 правых). Средний возраст пациентов составил 15,8 года (от 5 до 25). Средний срок пребывания пациентов по поводу традиционных вмешательств – 19,8 сут, по поводу вмешательств с использованием артроскопического доступа – 9 сут.

В диагностике патологии ПФС использовали помимо сбора анамнестических данных, физикального обследования, проведения функциональных тестов, рентгенологического исследования, КТ, и МРТ электронейромиографию и артроскопию как лечебно-диагностический метод.

Среди открытых вмешательств выполнены проксимальные и дистальные реконструктивные вмешательства: операция Кругиуса–Фридланда – у 14 больных, операция Ру – у 4, артроскопический латеральный релиз с пластикой-дубликатурой передне-медиальной участка капсулы сустава с медиализацией надколенника – у 8, из них у 3 дополнительно проведена транспозиция-тонизация мышечно-сухожильной части *vastus medialis* на переднюю поверхность надколенника. Одному пациенту с посттравматической нестабильностью в ПФС выполнена пластика медиальной ПФС сухожилием *m. gracilis*. Среди артроскопических вмешательств в 1 случае проведена диагностическая артроскопия с лаважем полости сустава (повторная операция) и в абсолютном большинстве случаев (18) – диагностическая артроскопия с латеральным релизом (из них в 2 наблюдениях – с последующей абразивной хондропластикой, в 3 – с использованием скальпеля под артроскопическим контролем).

Результаты. Отдаленные результаты (от 1 мес до 20 лет) удалось проследить у 31 пациента (15 – открытая методика и 16 – артроскопическая): при открытой операции – 6 (40%) – отлично, 7 (46,7%) – хорошо, 2 (13,3%) – удовлетворительно; при артроскопической методике – 14 (87,5%) – отлично, 2 (12,5%) – хорошо. Послеоперационных осложнений не было.

Выводы. Нестабильность надколенника – достаточно распространенная проблема, особенно в детском и юношеском возрасте, требующая пристального внимания. Использование электромиографии у пациентов с указанной патологией позволяет определить тактику лечения и оценить его эффективность, а также эффективность реабилитации. Применение реконструктивных вмешательств оправданно у пациентов с дисплазией коленных суставов, при выявлении посттравматической нестабильности надколенника целесообразно использование малоинвазивных артроскопических вмешательств, при необходимости – проведение пластики медиальной ПФС.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ СПОСОБЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ТРАВМАХ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

М.А. Герасименко¹, В.И. Аверин¹, С.И. Третьяк¹, Е.В. Жук²

¹ Белорусский государственный медицинский университет,

² Минский городской клинический центр травматологии и ортопедии

Минск, Республика Беларусь

Цель исследования: провести анализ применения малоинвазивных методов оперативного лечения (закрытой репозиции, остеосинтеза спицами) с использованием ЭОП при травмах верхней конечности у детей.

Материал и методы. За период с 2004 по 2013 гг. в ГКБ № 6 Минска проведены 504 операции с применением ЭОП у детей в возрасте от 5 до 17 лет при различных травмах верхней конечности. При чрезмыщелковых переломах плечевой кости выполнены 132 операции, при переломах хирургической шейки и диафиза плечевой кости – 47 операций, при переломах костей предплечья – 201 операция (в том числе 17 при переломах шейки лучевой кости), при переломах костей кисти – 91 операция, при множественных повреждениях – 33 операции.

Оперативное лечение осуществляли непосредственно при поступлении пациентов в стационар либо в течение первых 1–3 сут. Средний срок пребывания пациентов в стационаре составил 4 сут. При чрезмыщелковых переломах плеча производили закрытое устранение смещения под визуальным контролем на экране ЭОП и фиксацию отломков 2–3 спицами с последующей иммобилизацией конечности гипсовой повязкой. Стабильность фиксации отломков проверяли выполнением пассивных движений в локтевом суставе под рентгеновским контролем. При переломах хирургической шейки отломки фиксировали спицами Илизарова, проведенными интрамедуллярно следующими способами: через наружный надмыщелок плечевой кости, через акромияльный отросток и через диафиз плечевой кости. При переломах диафиза плечевой кости отломки фиксировали спицами Илизарова, проведенными интрамедуллярно через наружный надмыщелок плечевой кости. При переломах костей предплечья отломки фиксировали интрамедуллярно спицами, проведенными через дистальный метаэпифиз лучевой кости и локтевой отросток. При множественных повреждениях верхней конечности (переломовывихах Монтеджи, Галеацци, переломах нескольких сегментов одной конечности) одномоментно устраняли все виды смещения и фиксировали все поврежденные сегменты. После всех малоинвазивных операций применяли дополнительную фиксацию конечности гипсовыми повязками. Средняя продолжительность операции с применением ЭОП составляла 10–20 мин в зависимости от вида повреждения. Пациентов выписывали на амбулаторное лечение на 2–е–3–и сут после операции.

Результаты и заключение. Применение малоинвазивных операций с применением ЭОП при травмах верхней конечности у детей является высокоэффективным методом лечения и позволяет в большинстве случаев избежать открытой репозиции и лечения методом скелетного вытяжения, что сокращает сроки лечения и реабилитации, а также продолжительность пребывания пациента в стационаре.

ОГРЕХИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В РУССКОЙ АРМИИ В 1812 ГОДУ (НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ КНЯЗЯ П.И. БАГРАТИОНА)

С.П. Глянец

НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, НИИ истории медицины РАМН

Москва, РФ

В Русской армии образца 1812 г. существовала четкая система этапной помощи раненым. Первую помощь оказывали батальонные фельдшера и полковые врачи прямо на поле боя. Далее раненых доставляли в развозные госпитали, где им оказывали, по современной терминологии, первую врачебную помощь и «развозили» по подвижным госпиталиям, следовавшим за армией. Если пострадавший нуждался в длительном лечении, его отправляли в тыловые военные госпитали. Кроме полковых, в армиях были дивизионные, корпусные и армейские врачи. Главой санитарной службы соединенной под Смоленском Русской армии стал Я.В. Виллие.

Однако данная схема «работала» не всегда. Ее огрехи можно проследить на примере лечения командующего 2-й Западной армией, генерала от инфантерии князя П.И. Багратиона. Известно, что П.И. Багратион был ранен 26 августа (по старому стилю) 1812 г. осколком гранаты в левую голень. Однако неотложная помощь князю подана не была, а первая врачебная, оказанная полковым врачом Я.И. Говоровым и главным санитарным инспектором Я.В. Виллием, оказалась недостаточной.

В результате раневую полость «знатным разрезом» Я.И. Говоров вскрыл лишь на 13-е сут после ранения на фоне развившихся гангрены и сепсиса. По сути дела это была неотложная, проведенная по жизненным показаниям операция, которая состояла в широком рассечении тканей над гнойным очагом, извлечении из него «мертвой материи» и обработке образовавшейся гнойно-некротической раны перевязочными средствами.

Судя по ее описанию, операция была сделана достаточно радикально, но слишком поздно, когда и ампутация конечности, даже на уровне верхней трети бедра, уже бы не помогла. Зачем же врачи ее делали? Мы полагаем, что, во-первых, они исполняли свой долг, а во-вторых, использовали последний шанс. Миссия, к сожалению, оказалась невыполненной. В час пополудни 12 сентября 1812 г. П.И. Багратион скончался.

В его лечении, по нашему мнению, было допущено несколько фатальных ошибок. Сокращение момента ранения и неказание медицинской помощи, которая могла заключаться в наложении жгута на раненую ногу, вкупе с небольшими размерами входных отверстий привели к недооценке тяжести состояния раненого и неправильной тактике его последующего ведения – транспортировке на большое расстояние и местному лечению вместо хирургической обработки раны и ранней ампутации голени на уровне верхней трети в день ранения или на следующие сутки.

Высокая должность раненого также стала одной из причин паллиативного лечения и стремления переложить ответственность за его судьбу с одного врача на другого: вместо того, чтобы обработать рану, Я.И. Говоров дождался Я.В. Виллие. Тот отправил П.И. Багратиона в Москву, где осмотревший раненого профессор И.Д. Гильдебрант предоставил право лечить князя полковому врачу Я.И. Говорову. Поэтому хирургическое вмешательство, предпринятое на 13-е сут с момента ранения, явно запоздало. Мы считаем, что «днем невозврата» стало проведенное в Сергиевом Посаде 4 сентября, когда еще могла быть выполнена ампутация конечности на уровне бедра, могущая спасти жизнь раненого.

Также, со слов Я.И. Говорова, «крупно поучительные позорища», на наш взгляд, могли бы сослужить службу всем «внимательным врачам», оказывающим неотложную хирургическую помощь и в наше время.

МНОГОКАНАЛЬНАЯ СИСТЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ: ИСТОРИЯ, РЕАЛЬНОСТЬ, ПЕРСПЕКТИВА

М.А. Годков

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Изменение социально-экономического уклада и общественного устройства России в конце XX века привело к существенным изменениям организации и финансирования медицинской помощи населению. Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) вынуждены были перестраивать свою деятельность с учетом новых реалий, в том числе – экономических. В число критериев эффективности работы ЛПУ, наряду с медицинской, вошла финансовая успешность. Одним из наиболее перспективных направлений повышения финансового благополучия ЛПУ явилась лабораторная диагностика.

Лабораторная служба НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (НИИ СП) традиционно проводила диагностические исследования за счет средств бюджета города и (или) фонда обязательного медицинского страхования (обследование пациентов и доноров НИИ СП). Внедрение новых финансовых инструментов началось с организации системы договорных отношений между НИИ СП и ЛПУ, работающими вне системы Департамента здравоохранения г. Москвы. Первые три договора о проведении лабораторных исследований на коммерческой основе были заключены в 1990 г. В дальнейшем вели работу по увеличению числа договоров с ЛПУ различного профиля и формы собственности, а также со страховыми компаниями в рамках деятельности по Добровольному медицинскому страхованию (ДМС). В отдельные годы лаборатория выполняла до 70 подобных договоров одновременно. Ведется планомерная работа по расширению договорной деятельности на выполнение лабораторных услуг для ЛПУ, находящихся в других регионах России (Астрахань, Тамбов). Прикладывали усилия по расширению спектра исследований, выполняемых на хозяйственной основе.

Принципиально новым шагом в развитии коммерческой деятельности НИИ СП было открытие в 1992 г. на базе лаборатории клинической иммунологии и диагностики СПИД Кабинета анонимного обследования населения на ВИЧ-инфекцию (КАОН). В основу деятельности КАОН были заложены принципы полной окулаемости за счет внебюджетных средств. Выплату заработной платы персоналу КАОН (регистраторы, медсестры, врачи-консультанты), закупку расходных материалов, необходимых для обследования пациентов КАОН, выполняли исключительно из средств, полученных от коммерческой деятельности. За более чем 20-летнюю историю работы КАОН удалось сформировать образ надежной и достоверной диагностической базы, работающей в рамках государственного ЛПУ. Количество видов выполняемых исследований выросло с трех наименований до нескольких сотен. Ежедневно в КАОН обращается до 200 пациентов.

Увеличение каналов финансирования вела и по пути заключения коммерческих договоров по апробации новой аппаратуры, реактивов, лабораторных технологий. На платной основе выполняли работы по обучению специалистов лабораторной диагностики (врачей и среднего медицинского персонала) новым технологиям и диагностическим приемам.

В настоящее время лабораторная служба НИИ СП, объединенная коммерческим брендом «СклифЛаб», является одним из наиболее известных в России государственных диагностических центров. Все работы выполняют с оплатой через бухгалтерию института. Учет расходов на используемые материалы ведется строго в соответствии с используемым каналом финансирования.

Сочетание высокого качества выполняемых исследований, четко отработанного алгоритма взаимодействия с контрагентами и активной рекламной деятельности позволило сформировать успешную многоканальную систему финансирования, повысить материальное обеспечение сотрудников, внедрить и поддерживать выполнение новых видов исследований, снизить себестоимость проводимых диагностических манипуляций.

Лабораторная служба явилась своеобразным полигоном отработки новых финансовых технологий, пригодных для применения в условиях работы стационара скорой медицинской помощи. Под эгидой «СклифЛаб» объединены все параклинические службы НИИ СП, формируется алгоритм работы коммерческого амбулаторного центра диагностики и лечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОИНФЕКЦИИ ВИЧ И ГЕПАТИТА С У ПАЦИЕНТОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ОТДЕЛЕНИЙ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

М.А. Годков, С.А. Солонин, А.И. Баженов

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Стремительное распространение ВИЧ-инфекции и гепатита С, наблюдаемое за последние 20 лет, имеет большое медицинское и социальное значение. В частности, отмечается бурный рост числа лиц с микст-инфекцией (ВИЧ+гепатит С). Это обусловлено наличием общего механизма передачи данных инфекций и особенностями социального поведения пациентов с девиантным типом поведения. Установлено, что микст-инфекция клинически имеет неблагоприятное течение, достоверно чаще приводит к развитию СПИДа. Кроме того, увеличение числа лиц со смешанной инфекцией приводит к росту их обращаемости в специализированные отделения стационара общесоматического (неинфекционного) профиля (СОП) как за плановой, так и экстренной медицинской помощью. При этом многократно возрастает риск передачи инфекции среди пациентов и медперсонала.

Цель исследования: определить эпидемиологические особенности распространения коинфекции ВИЧ и гепатита С у пациентов специализированных отделений многопрофильного СОП.

Материал и методы. В отделе лабораторной диагностики НИИ СП им. Н.В. Склифосовского протестированы на наличие маркеров ВИЧ-инфекции и гепатита С образцы сывороток крови, полученные от пациентов НИИ СП. Результаты выявления проанализированы ретроспективно за период с января 2008 г. по декабрь 2012 г. Выявляемость микст-инфекции определяли как число обнаруженных позитивных по данной инфекции лиц, отнесенное к 100 обследованным пациентам. Предполагали, что в течение анализируемого периода больные могли неоднократно поступать в различные отделения стационара. Количество выявленных сывороток с микст-инфекцией рассчитывалось как количество обращений пациентов, инфицированных ГВИ, в СОП.

Результаты. В 2008 г. обследованы 23 154 образца сывороток крови, из них в 0,9% случаев ($n=204$) обнаружены антитела к ВИЧ и гепатиту С. Наибольшая доля лиц с микст-инфекцией (ВИЧ + гепатит С) зафиксирована в: токсикореанимации – 40,2% ($n=82$), центре по лечению отравлений (ЦЛО) – 21,6% ($n=44$), психосоматическом отделении (ПСО) – 9,8% ($n=20$) от числа всех выявленных случаев. Выявляемость микст-инфекции в указанных отделениях составила 10,7%, 1,9% и 2,6% соответственно. В 2012 г. обследованы 22 273 образца, из них в 3,21 сыворотке (1,4%) были выявлены маркеры микст-инфекции. Наибольшая доля лиц с микст-инфекцией отмечена в отделениях токсикореанимации – 68,5% ($n=220$), ЦЛО – 15,3% ($n=49$), ПСО – 7,5% ($n=24$). Выявляемость составила 11,4%, 2,2% и 3,9% соответственно.

Таким образом, за исследуемый период количество обращений пациентов с маркерами ВИЧ + гепатит С в различные отделения СОП увеличилось в 1,6 раза. Наиболее существенные изменения произошли в отделении токсикореанимации: за 5 лет число выявленных лиц с маркерами микст-инфекции в этом отделении повысилось в 2,7 раза. Рост выявляемости коинфекции ВИЧ и гепатита С, по-видимому, обусловлен особенностями контингентов больных, нуждающихся в неотложной медицинской помощи, и социальной моделью их поведения (девиантный, делинквентный, употребление психоактивных веществ и др.).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об ухудшении эпидемиологической ситуации по микст-инфекции в СОП. Наиболее неблагоприятная ситуация зафиксирована у пациентов отделений токсикореанимации, ЦЛО и ПСО. В указанных отделениях за исследуемый период отмечен рост выявляемости маркеров коинфекции ВИЧ и гепатита С.

АДЕКВАТНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА И «НОРМА ПАТОЛОГИИ» ПРИ УРГЕНТНЫХ СОСТОЯНИЯХ

М.А. Годков, Г.В. Булава, Н.В. Борокова

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

В основе патологического процесса, разворачивающегося в ответ на травму (вне зависимости от ее генеза), лежит процесс воспаления. Кардинальным регулятором процесса воспаления является иммунная система (ИС) пострадавшего. Воспаление может выступать (с точки зрения перспектив выявления конкретного пациента) как процесс позитивный, обеспечивающий эффективный саногенез. В этом случае воспаление характеризуется как согласованный ответ волею гомеостатических систем организма, адекватный полученному поражению.

При развитии неадекватного по силе (гиперэргического или гипозэргического) воспалительного ответа, наличии дисбаланса в работе систем, обеспечивающих гомеостаз организма, развивается так называемый системный воспалительный ответ (CCBP или SIRS). ССБР является трудно купируемым самопроизводящимся патологическим процессом. Сочетание очага воспаления инфекционного генеза и ССБР на современном этапе оценивается как сепсис. И ССБР и сепсис могут приводить к развитию полиорганной недостаточности (ПОН), истощению защитных и гомеостатических способностей организма и часто заканчиваются фатальным исходом.

Своевременный прогноз развития и максимально ранняя диагностика ССБР и гнойно-септических осложнений при неотложных состояниях являются основой адекватной тактики лечения. ПерIOD наиболее динамичных изменений функционального состояния ИС приходится на 1–2-е сут после повреждения, максимум – на 2-е–3-и сут. На 7–10-е сут формируется индивидуальный ответ организма на полученную травму, в том числе неблагоприятный, реализующийся в развитии поздней органной недостаточности и сепсисе.

С целью разработки метода объективной оценки степени выраженности отклонений от границ «нормы патологии» нами проведен анализ прогностически значимых изменений, отражающих функциональную компенсацию ИС в ранние сроки (1–2-е сут) после травмы. Обследованы 117 человек с благоприятным исходом основного заболевания (15 – с перитонитом, 20 – с панкреатитом, 20 – с медиастинитом, 46 – с проникающими ранениями и кровопотерей более 2,5 л, 16 – с ожогами более 10% поверхности тела). Реакция ИС на действие разных повреждающих факторов была сходной. Направленность и степень выраженности изменений в 9 наиболее информативных показателях, характеризующих состояние гуморального, клеточного и фагоцитарного звеньев иммунитета, были однотипны, и их регистрировали в пределах одного стандартного квадратного отклонения. Выявлено двукратное увеличение общего количества лейкоцитов, двух-трехкратное увеличение доли гранулоцитов с признаками активации кислородного метаболизма (по данным спонтанного НСТ-теста). Установлены относительная лимфопения без уменьшения абсолютного количества Т-лимфоцитов и умеренное снижение числа В-лимфоцитов, концентрация сывороточных иммуноглобулинов А, М и G колебалась в границах физиологической нормы. Данные изменения в состоянии ИС определены как «норма патологии», а пределы отклонений показателей – в качестве критериев нормализованного (адекватного) воспалительного ответа организма на травму.

В группу пациентов с осложненным течением основного заболевания включены 172 пациента (48 – с медиастинитом, 44 – с тяжелым острым панкреатитом, 26 – с перитонитом и 54 пострадавших с травмой груди и живота), течение основного заболевания которых осложнилось развитием гнойно-септического процесса. В эту группу умерли 46 больных (27%). Уже в 1-е–3-и сут после операции или травмы у этих пациентов были выявлены изменения параметров иммунограммы, существенно отличавшиеся от нормализованного типа воспаления.

Для объективной оценки степени выраженности отклонений от границ «нормы патологии» нами разработан и использован принцип шкалы оценки адекватности воспалительного ответа. Изменение какого-либо из 9 информативных параметров на величину, соответствующую одной σ, как в сторону снижения, так и в сторону увеличения, нами принято за 0 баллов. Увеличение параметров иммунограммы в пределах от одной до двух σ было принято за 1 балл; от двух до трех – за 2 балла; более трех σ – за 4 балла. Снижение параметров в пределах 1–2 стандартных отклонений принято за 2 балла; от двух до трех σ – за 4 балла; более трех стандартных отклонений – за 8 баллов. Рассчитанные баллы суммировали.

У пациентов с развившимися гнойно-септическими процессами или полиорганной недостаточностью колебание оценочных баллов варьировало от 6 до 28 и составило в среднем 12,1±0,2 балла. При этом, у пациентов с медиастинитом колебание баллов составило от 6 до 28, в среднем 14,7±0,6; с тяжелым острым деструктивным панкреатитом – от 8 до 21 баллов, в среднем 12,4±0,7; с перитонитом – от 7 до 20 баллов, в среднем 10,9±0,9; с массивной кровопотерей – от 7 до 28 баллов, в среднем 15,3±0,8.

Таким образом, разработан объективный метод выявления в ранние сроки (1–2-е сут) развития воспалительного ответа пациентов с отклонениями параметров ИС за пределы границ, обозначенных нами как «норма патологии». Эти пациенты составляют группу риска развития гнойно-септических осложнений и нуждаются в дифференцированном подходе к лечению.

ЭКОЛОГИЯ И ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* У БОЛЬНЫХ С РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

М.А. Годков, Т.В. Черненко, Е.Д. Меньшиков, Д.Д. Меньшиков
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Инфекции, протекающие с участием *S. aureus*, продолжают оставаться важной проблемой здравоохранения. Традиционно используемые при их изучении статистические методы не дают полноценной информации об экологии возбудителей раневых инфекций на популяционном уровне. Это затрудняет разработку новых технологий профилактики и лечения раневой инфекции.

Цель работы: изучение экологии и этиологической значимости *S. aureus* у пациентов с раневой инфекцией, находящихся на лечении в стационаре скорой помощи.

При бактериологическом исследовании ран более 6000 больных, пролеченных в подразделениях разного профиля, выделено и идентифицировано почти 16 000 штаммов микроорганизмов. Сформирован компьютерный банк микробиологических данных. Разнообразие микрофлоры ран определяли по числу обнаруживаемых за год наблюдений вариантов возбудителей при моноинфекции одинаковой таксономической принадлежности, а при микстах – вариантах ассоциаций с идентичным составом. При определении этиологического значения возбудителей рассчитывали показатели частоты и постоянства *S. aureus* (в %), а также его количество в ассоциациях с другими микроорганизмами от общего числа штаммов этого вида. Для определения экологического сходства *S. aureus* с другими возбудителями раневой инфекции (РИ) рассчитывали значения коэффициента Жаккарда.

Установлено, что моноинфекции характеризует незначительное разнообразие возбудителей раневой инфекции. Оно более выражено среди вариантов ассоциаций в травматологических отделениях и ожоговом центре. Этиологическая роль *S. aureus* оказалась наивысшей в ожоговом центре, где он был «основным» возбудителем при РИ, а в других отделениях лишь «добавочным», оставаясь, однако, наиболее значимым, ведущим. Экологическая общность золотистого стафилококка с другими возбудителями РИ существенно отличалась в отдельные годы наблюдения, а у больных в отделениях разного профиля различия были не столь выражены. Самыми низкими, практически свидетельствующими об антагонизме значения коэффициента Жаккарда были с его же биоценозами (фенотипами) и с другими представителями рода *Staphylococcus*.

Полученные результаты свидетельствуют о низком видовом разнообразии микрофлоры ран, незначительной выраженности антагонизма для обычно несовместимых в одной популяции и не формирующих микстов микроорганизмов, т.е. о сильном негативном антропогенном влиянии на взаимодействие в системе «микроорганизм–организм многоклеточный».

Таким образом, данные исследований межвидового и межродового взаимодействия микрофлоры ран в различных подразделениях стационара показывают целесообразность регуляции микробиоценоза ран с помощью биопрепаратов, стимулирующих или подавляющих антагонистическую активность возбудителей инфекций в раневых и других микробиоценозах.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В.Р. Гольцов, А.М. Бакунов, Д.М. Курочкин
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Цель исследования: определить наиболее эффективные комбинации хирургического лечения при инфицированном панкреонекрозе.

Материал и методы. В исследование включены 187 больных с инфицированным панкреонекрозом, проходивших обследование и лечение в панкреатологической клинике Санкт-Петербургского НИИ СП им. И.И. Джanelидзе с 2003 по 2010 г. Для диагностики инфицированного панкреонекроза на 3-й нед заболевания были использованы клинические, лабораторные, инструментальные (СКТ, УЗИ, МРТ), патолого-анатомические, иммуноцитохимические методы исследования. Объем панкреонекроза верифицировали по данным СКТ с болюсным контрастированием во время проведения оперативных вмешательств и аутопсий.

Для обработки материала использовали корреляционный анализ Спирмена.

Результаты. Для определения влияния различных комбинаций оперативного лечения на исходы инфицированного панкреонекроза все пациенты были разделены на группы по виду оперативного вмешательства:

– 1-я группа – пациенты, у которых при развитии инфицированного панкреонекроза была выполнена только лапаротомия с некрэксеквестрацией (ЛТНСЭ) по методу профессора В.И. Филина ($n=86$);

– 2-я группа – пациенты, у которых при развитии инфицированного панкреонекроза первым этапом санации была проведена мини-лапаротомия с помощью набора «мини-ассистент» (МЛТ) и в последующем – ЛТНСЭ ($n=31$);

– 3-я группа – пациенты, у которых первым этапом санации было выполнено эндовидеохирургическое дренирование (ЭВХД) гнойного очага и в последующем – ЛТНСЭ ($n=23$);

– 4-я группа – пациенты, у которых первым этапом санации было проведено УЗ-контролируемое чрескожное дренирование (УЗЧД) инфицированного панкреонекроза и в последующем – ЛТНСЭ ($n=47$).

Лечение во всех группах было однотипным и включало: нутриционную поддержку, иммунотропную (цитокинную и заместительную) терапию, антибактериальную терапию «панкреотропными» препаратами.

В результате исследования установлено, что при инфицированном панкреонекрозе более целесообразно применение комбинации методов оперативного пособия (таблица). У пациентов 1-й группы, у которых при развитии распространенного инфицированного панкреонекроза была выполнена только ЛТНСЭ, частота развития тяжелого сепсиса и уровень летальности были наибольшими (84,8% и 61,6% соответственно).

Наиболее эффективной оказалась комбинация УЗЧД инфицированного панкреонекроза с выполнением ЛТНСЭ, которая позволила снизить частоту развития тяжелого сепсиса в 3 раза и уровень летальности в 2 раза.

Мини-инвазивные методы, как правило, не являются достаточными для полноценной санации инфицированного панкреонекроза. Для полноценной ревизии всех гнойных очагов, эвакуации крупных секвестров необходимо выполнение ЛТНСЭ.

Выводы. При инфицированном панкреонекрозе целесообразно использование комбинации различных методов оперативного пособия. Наиболее эффективным является применение УЗЧД инфицированного панкреонекроза с последующим выполнением ЛТНСЭ. Это позволило снизить частоту развития тяжелого сепсиса в 3 раза и уровень летальности в 2 раза.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТЯЖЕЛЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

И.А. Гольяпина¹, Е.В. Волков¹, А.Н. Коваленко²

¹Ставропольский государственный медицинский университет,
²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
Ставрополь, РФ

На Ставрополье смертность населения трудоспособного возраста составляет более 27% от общего количества умерших. При этом смертность вследствие несчастных случаев, отравлений и травм достигает 9%, что составляет 23% в структуре смертности населения трудоспособного возраста. Учитывая особое медико-демографическое значение травматизма, в Ставропольском крае с 01.01.2011 начата реализация федеральной программы помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) с выделением травмоцентра первого уровня на базе ГКБ СМП.

С началом реализации в Ставропольском крае федеральной программы помощи пострадавшим при ДТП произошло уменьшение тяжести последствий, несмотря на рост абсолютного количества ДТП: в 2011 г. – 2751 ДТП, 494 человека погибли, 3534 ранены, тяжесть последствий – 12,3; в 2012 г. – 2912 ДТП, 504 человека погибли, 3897 ранены, тяжесть последствий – 11,5. По данным Управления внутренних дел по Ставропольскому краю, наиболее частыми причинами ДТП с пострадавшими являлись наезд на пешеходов и столкновение транспортных средств. ДТП указанного типа характеризуются высокой тяжестью медицинских последствий. При этом наибольшие безвозвратные потери отмечены при наезде на пешеходов, что составило около 70%.

Неотложную помощь пациентам с травматическими повреждениями начинают осуществлять в операционном отделении для протившоковых мероприятий. За первые 2 года функционирования протившокового хирургического отделения выполнены 1203 оперативных вмешательства. Общая оперативная активность составила 44,5%. Оперативная активность у больных с сочетанной травмой составила 160,5%.

В течение 2011 г. в протившоковом хирургическом отделении помощь оказывали исходя из концепции ближайшей (немедленной) тотальной помощи (*early total care-ETC*). С 2012 г. помощь пострадавшим в отделении оказывали в соответствии с концепцией *Damage Control*. В качестве первого шага объективизации тяжести повреждений начато применение «Балльной шкалы шокогенности травм» (Г.В. Назаренко), что позволило «разбить» пострадавших на группы и определить «верхние границы» травматичности вмешательств у пациентов с различной степенью шока в острейшем периоде травмы.

При анализе итоговой статистики очевидна эффективность применяемой концепции. Несмотря на рост количества пострадавших (1320 обращений в 2011 г.; 1413 – в 2012 г.), рост оперативной активности (в 2011 г. выполнены 554 операции; в 2012 – 649), при том, что госпитальная оперативная активность составила 108% и 115% соответственно, отмечено снижение летальности на этапе проведения протившоковых мероприятий. Так, в 2011 г. досуточная летальность составила 1,06% (14 пациентов), в 2012 г. – 0,7% (10 пациентов) ($p < 0,05$). Особое внимание обращает на себя почти четырехкратное снижение смертности на операционном столе (7 пациентов в 2011 г. против 2 в 2012 г.) ($p < 0,05$). Отмечено также снижение госпитальной летальности – 2,7% в 2011 г. против 1,7% в 2012 г. ($p < 0,05$), послеоперационной летальности – 3,05% в 2011 г. против 2,1% в 2012 г. ($p < 0,05$). Таким образом, использование концепции *Damage Control* и балльной шкалы шокогенности травм позволило значительно улучшить качество помощи пациентам с тяжелой сочетанной травмой.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ХОЛЕЦИСТОТОМИИ ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

В.Р. Гольцов, А.Е. Демко, Е.В. Батиг

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Цель исследования: целесообразность применения холецистостомии при остром билиарном панкреатите.

Проанализированы истории болезней 267 больных с острым билиарным панкреатитом, которые находились на обследовании и лечении в панкреоцентре НИИ СП им. И.И. Джanelидзе в период с 2008 по 2012 г.

Состав лечения у всех пациентов был однотипным и включал в себя афферентный (антисекреторную, антиферментную терапию) и эфферентный (серийный лечебный плазмаферез и мини-инвазивные вмешательства по показаниям) компоненты.

Все пациенты были разделены на две группы:

1-я группа – 239 пациентов, которым холецистостомии не выполняли.

2-я группа – 28 пациентов, которым выполняли холецистостомии.

В качестве «выходных» параметров были исследованы следующие показатели:

– сроки купирования желтухи,

– частота развития гнойных осложнений (ЧГО),

– летальность.

В результате исследования установлено, что статистически значимых различий между двумя группами по сроку купирования желтухи (1-я группа – $3,3 \pm 0,4$ сут, 2-я группа $3,2 \pm 0,5$ сут, $p > 0,05$), ЧГО (1-я группа – 17,8%, 2-я группа – 21%, $p > 0,05$), летальность (1-я группа – 5,4%, 2-я группа – 7,1%, $p > 0,05$) не выявлено.

Таким образом, наложение холецистостомии при остром билиарном панкреатите нецелесообразно, т.к. данная операция не оказывает достоверного влияния на сроки купирования желтухи, ЧГО и летальность.

ДИАГНОСТИКА ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В.Р. Гольцов, В.Е. Савелло, А.М. Бакунов

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Целью работы явилась разработка и определение оптимальных и высокоинформативных методов диагностики инфицированного панкреонекроза для предупреждения осложнений и снижения уровня летальности.

Методы исследования. В исследование были включены 398 больных инфицированным панкреонекрозом, проходивших обследование и лечение в панкреатологической клинике Санкт-Петербургского НИИ СП им. И.И. Джanelидзе с 2005 по 2012 гг. Для диагностики инфицированного панкреонекроза применяли клинические, лабораторные, инструментальные (УЗИ, КТ, СКТ, МРТ), иммунологические, патоморфологические методы исследования. Объем панкреонекроза определяли по данным СКТ с болюсным контрастированием, а также во время оперативных вмешательств и аутопсий. Для статистической обработки и разработки диагностической шкалы использовали корреляционный анализ Спирмена и Пирсона.

Результаты. С целью оптимизации диагностического поиска были отобраны 89 диагностических признаков (клинических, лабораторных, инструментальных), которые регистрировали на 3-й нед течения острого деструктивного панкреатита у 398 пациентов. После проведения корреляционного анализа из исходных групп диагностических признаков были выбраны те, которые имели умеренную или сильную статистически значимую связь с развитием инфицированного панкреонекроза:

1. Клинические признаки:

- гектическая лихорадка с ознобами (0-нет, 1-есть);
- ЧСС в 1 мин (0-менее 100 в 1 мин, 1-более 100 в 1 мин);
- ожирение (0-нет, 1-есть).

2. Лабораторные признаки:

- количество лейкоцитов (0-менее $14 \times 10^9/\text{л}$, 1-более $14 \times 10^9/\text{л}$);
- количество лимфоцитов (0-более $1,2 \times 10^9/\text{л}$, 1-менее $1,2 \times 10^9/\text{л}$);
- уровень общего белка крови (0-более 60 г/л, 1-менее 60 г/л);
- уровень глюкозы крови (0-менее 8 ммоль/л, 1-более 8 ммоль/л);
- уровень С-реактивного белка крови (0-до 200 нг/мл, 1 более 200 нг/мл);
- уровень прокальцитонина крови (0-до 2 нг/мл, 1-более 2 нг/мл).

3. Инструментальные признаки:

- размер параколарных скоплений жидкости в наименьшем измерении (0-менее 5 см, 1-более 5 см);
- наличие пузырьков газа в пораженной забрюшинной клетчатке (0-нет, 1-есть);
- количество лейкоцитов, обнаруженных в аспирате при тонкоигольной пункции (0-менее 20 в поле зрения; 1-более 20 в поле зрения);
- положительный результат посева аспирата, полученного при выполнении тонкоигольной пункции (0-роста флоры нет, 1-рост флоры есть);
- плотность жидкостных скоплений (парапанкреальных, ретроколларных, параколларных) (0-ниже 20НН, 1-выше 20НН).

Эти признаки были включены в диагностическую шкалу, в результате статистической обработки которой выявлено, что при наличии у пациента 5 признаков и более инфицированный панкреонекроз был диагностирован в 96,8% случаев. Специфичность шкалы составляет 96,7%.

Выводы. На основании проведенного корреляционного анализа разработана диагностическая шкала, состоящая из 14 признаков, которая позволяет на 3-й нед течения острого деструктивного панкреатита верифицировать развитие инфицированного панкреонекроза. Чувствительность шкалы составляет 96,8%, специфичность – 96,7%.

МИХАИЛ НИКОЛАЕВИЧ НИЖЕГОРОДЦЕВ – ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПРОТИВОАЛКОГОЛЬНОЙ КОМИССИИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОХРАНЫ НАРОДНОГО ЗДРАВЬЯ

С.Г. Гончарова

Национальное НИИ общественного здоровья РАМН
Москва, РФ

Алкоголизм представляет собой сложное социально-патологическое явление, порождаемое целым рядом биологических и социальных факторов.

Большой вклад в изучение причин распространения алкоголизма в России внесла противоалкогольная комиссия Российского общества охраны народного здоровья (РООНЗ), созданная по инициативе Н.М. Нижегородцева в 1900 г.

Нижегородцев Михаил Николаевич (1851-?) врач-психиатр и общественный деятель. Окончил Медико-хирургическую академию в С.-Петербурге в 1876 г. Еще в студенческие годы, будучи на 3-м курсе Академии работал под руководством А.Я. Фрея в частной лечебнице Ф.А. Штейна для душевнобольных. После окончания академии, в январе 1877 г. занял место ординатора лечебницы. С 1885 г. – директор лечебницы. В 1885 г. предпринял поездку в Германию, Бельгию, Францию, Швейцарию и Австрию с целью научного изучения постановки дела призрания душевнобольных в странах Западной Европы.

М.Н. Нижегородцев состоял членом различных обществ (казначеем Общества психиатров в С.-Петербурге, в течение 17 лет – председателем Комиссии по вопросам об алкоголизме и о мерах борьбы с ним РООНЗ, был активным участником съездов Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова).

Число членов Комиссии в апреле 1900 г. доходило до 170. В число их вошли известные ученые, врачи и учителя (проф. А.Я. Данилевский, Д.А. Дриль, Г.И. Дембо и др.). Самое деятельное участие в работе комиссии принимали члены юридического и психиатрического обществ в С.-Петербурге (сенатор Э.Я. Фукс и академик И.П. Мерзеевский).

Комиссия сосредоточила главное внимание на изучении социальных и биологических факторов, вызывающих алкоголизм. Комиссия исследовала условия жизни различных слоев населения: ремесленников, фабричных рабочих, крестьян, воинских чинов, духовенства, учащихся и выделила три главные группы причин, способствующих распространению алкоголизма в населении. Первая группа – общие причины, которые кроются в условиях жизни населения: экономических, санитарно-гигиенических, культурно-нравственных, правовых. Вторая группа (бытовые) – питьевые обычаи и предассудки. Третья группа включала причины, связанные с организацией производства, ввоза, транспортировки и продажи спиртных напитков и алко-гольных веществ.

К биологическим факторам Комиссия отнесла влияние наследственности и физиологическое воздействие алкоголя на нервную систему, приводящее к изменению личности человека. Комиссия по инициативе М.Н. Нижегородцева создала комитет из видных представителей науки для изучения вопроса о физиологическом влиянии алкоголя на организм человека, а Государственное казначейство выделило 15 000 руб. на проведение эксперимента.

Комиссия по алкоголизму РООНЗ установила, что все эти причины взаимно и тесно связаны между собой, в каждом конкретном случае действуют совокупно, и поэтому борьба с алкоголизмом должна вестись одновременно по всем направлениям государственными органами с привлечением к участию местных самоуправлений, общественных организаций и частной инициативы.

Комиссия, возглавляемая М.Н. Нижегородцевым, предложила 23 пункта общих и частных мер для борьбы с народным пьянством. Многие пункты программы могут быть востребованы и в наше время.

ЭВАКОГОСПИТАЛИ ГЛУБОКОГО ТЫЛА В ПЕРИОД ФИНСКОЙ КАМПАНИИ В СВЕРДЛОВСКЕ

З.И. Горбунова

Уральский НИИ травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина
Екатеринбург, РФ

Впервые представлены сведения об организации и работе в Свердловске эвакогоспиталей (ЭГ) травматологического профиля в период Финской кампании. Исследование основано на данных центрального архива военно-медицинских документов (Санкт-Петербург) и архива научного отдела института.

В Свердловске в 1939–1940 гг. в подчинении 52 эвакопунктов были развернуты шесть ЭГ травматологического профиля (№ 1326, 1705, 1706, 1707, 1708, 1710) и функционировал окружной военный госпиталь. Более подробно представлены сведения по эвакогоспиталю № 1705, который был развернут в двух зданиях, одно из них с 1944 г. является главным зданием института (пер. Банковский, 7). ЭГ развернул свою работу с 1.01.1940 г., военнообязанных – 79 человек, вольнонаемных – 246 человек. Начальник ЭГ – военврач II ранга В.Н. Оpletин. Начальник административной медицинской части – военврач Ш ранга А.Г. Пентин. Политруки: А.С. Гобуев, П.П. Титов, заместитель начальника госпиталя по политической части Чесноков.

ЭГ развернут на 600 коек, в т.ч. 500 хирургических, 50 глазных, 50 ЛОР. В составе госпиталя работали 5 отделений: отделение для раненых в брюшную полость и грудную клетку – начальник отделения канд. мед. наук А.Е. Норенберг (1895–1980); отделение для раненых с повреждениями бедра, таза, позвоночника, головы – начальник отделения канд. мед. наук военврач В.Я. Тарковская (1900–1991); отделение раненых с повреждениями костей голени, стопы и плеча – начальник отделения военврач А.Н. Никулина; отделение для раненых с повреждениями предплечья, кисти, мягких тканей – начальник отделения В.И. Никулин; отделение для больных с ранениями глаз и ушей, а также мягких тканей – начальник отделения В.Б. Бродовский (1893–1976). Кроме того, начальником аптеки была Е.И. Баранцева, рентгенкабинета – Н.Н. Девятов (1893–?), лаборатории – Р.Д. Зацц, патологоанатомического кабинета – Л.И. Чернышева.

В развернутые ЭГ были мобилизованы шесть ведущих хирургов института – Н.Н. Никольский, Г.И. Улицкий, канд. мед. наук А.М. Наравцевич, канд. мед. наук Фамелис, Г.Г. Спиридонов, канд. мед. наук И.Я. Штернберг. Директор института проф. В.Д. Чаклин и д-р мед. наук Ф.Р. Богданов, кроме работы в институте, в Свердловском медицинском институте возглавляли кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой и общей хирургии. Они также читали лекции, проводили занятия по травматологии, участвовали в проведении госпитальных и межгоспитальных конференций, руководили выполнением научных работ в ЭГ. После окончания Финской кампании была проведена научно-практическая конференция, и санитарным отделением Уральского военного округа в 1941 г. издан сборник научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла. Научные работы начальников отделений и ординаторов ЭГ № 1705 составили 12,5% статей сборника.

По данным сводной статистики, в ЭГ глубокого тыла Уральского военного округа были признаны годными к службе в Красной армии 82,3% раненых, трудоспособными – 95,9%, а смертность составила 0,07% (М.Г. Лазарев, 1941).

Таким образом, опыт работы эвакогоспиталей глубокого тыла в период 1939–1940 гг. позволил в дальнейшем обеспечить преемственность в оказании помощи раненым в период Великой Отечественной войны и определить научный вклад в отечественную военно-полевую хирургию.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

А.В. Гордеев, М.В. Иванов, А.С. Ермоленко

Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи, Ульяновский государственный университет
Ульяновск, РФ

Переломы проксимального эпифиза лучевой кости составляют от 1,7 до 5,4% всех переломов костей скелета (J.Jr. Conn, P.A. Wade, 1961; A.D. Duckworth et al., 2013). Травмы локтевого сустава в 17–19% случаев сопровождаются переломами головки и шейки лучевой кости (К.И. Шапиро, 1996; D.E. Ruchelsman et al., 2013). Переломы головки и шейки лучевой кости приводят к дисконгруэнтности в локтевом суставе и нарушению его функций, а в последствии – и дистальном лучезапястном и лучезапястном суставах (L.P. Metaizeau et al., 1980; Ф.И. Горня, 1991; В.В. Ключевский, 1999).

При переломах проксимального эпифиза лучевой кости, сопровождающихся дислокацией отломков, которые вызывают гибельно-разгибательный или ротационный блок в локтевом суставе, показано хирургическое лечение.

В настоящее время в ГУЗ «УОКЦСВМП» весь спектр операций при лечении переломов головки и шейки лучевой кости: открытая репозиция с последующим остеосинтезом различными металлоконструкциями (винты, пластины) и эндопротезирование. Проводимую ранее в лечебном учреждении резекцию головки лучевой кости при ее переломах мы отвергли как метод хирургического лечения, так как в последующем развивается вальгусная деформация предплечья с нарушением функций в локтевом и лучезапястном суставах. Предоперационное планирование включает рентгенографию локтевого сустава в стандартных проекциях, которая в ряде случаев дополняется косыми проекциями. При многооскольчатых переломах проксимального эпифиза лучевой кости проводят компьютерную томографию локтевого сустава. Диагностическая оценка полученных результатов выполняется на классификации Mason (1954).

При переломах головки лучевой кости Mason type II осуществляют открытую репозицию перелома с последующим остеосинтезом винтами (в последнее время отдаем предпочтение винтам AutoFix).

При переломах головки лучевой кости с наличием двух и более отломков (Mason types II–III) выполняли остеосинтез мини-пластинами AO mini-T-Plates (DCP, LCP). При переломах головки и шейки лучевой кости оптимальным является использование Locking Strut Plate (Synthes) или Titanium Dynamic Mesh (Stryker).

При многооскольчатых переломах, когда выполнить реконструкцию не представляется возможным, а также при неправильно сросшихся переломах головки лучевой кости выполняем артропластику плече-лучевого сустава эндопротезом головки.

Таким образом, адекватные подходы в диагностике и выборе остеосинтеза, соответствующие тяжести перелома позволяют улучшить результаты лечения и уменьшить сроки временной нетрудоспособности.

ПЕРВЫЕ ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ (1898–1940)

Л.Е. Горелова, Е.А. Афанасьева
НИИ истории медицины РАМН
Москва, РФ

1898 г. можно считать началом организации скорой медицинской помощи в Москве. В Москве в 1898 г. были созданы первые станции скорой помощи Суевского и Сретенского полицейских участков, и при них появились первые кареты скорой помощи. 13 июня 1898 г. в истории Москвы произошла первая катастрофа (обрушение стены), обслуженная сотрудниками скорой помощи. Всем пострадавшим была оказана первая помощь, 5 из них были госпитализированы. А уже к 1902 г. в Москве работали 7 станций скорой помощи.

Следующий этап становления скорой медицинской помощи в Москве связан с именем профессора Московского университета Петра Ивановича Дьяконова (1855–1908), предложившего создать добровольное общество скорой медицинской помощи с привлечением частного капитала. В мае 1908 г. состоялось первое учредительное собрание общества, утвердившее устав и избравшее его правление. Общество ставило своей целью оказывать бесплатную медицинскую помощь пострадавшим от несчастных случаев на улицах, фабриках, железных дорогах и т.д. Обществом был выпущен первый сборник инструкций по оказанию первой медицинской помощи: «Несчастные случаи и подача помощи потерпевшим при них...».

Дальнейшее становление скорой помощи связано с именем доктора Владимира Петровича Поморцева, сконструировавшего в 1912 г. карету скорой помощи, положившую начало созданию отечественного санитарного транспорта. В этом же году общество открывает свою станцию скорой помощи с использованием санитарного автомобиля.

В.П. Поморцев внес большой вклад в создание экстренной медицинской помощи в Москве. 18 июля 1919 г. на заседании Коллегии врачебно-санитарного отдела Московского Совета рабочих депутатов, проходившего под председательством Н.А. Семашко, было принято предложение В.П. Поморцева по организации в Москве станции скорой медицинской помощи. Первым заведующим станцией скорой помощи в Москве стал доктор В.П. Поморцев. Для станции было предоставлено помещение бывшей Шереметевской больницы на Б. Сухаревской площади (ныне НИИ СП им. Н.В. Склифосовского). 15 октября 1919 г. Московская станция скорой помощи начала работать и с тех пор ни на минуту не прекращала своей деятельности.

Следующий этап работы станции скорой медицинской помощи связан с деятельностью А.С. Пучкова (1887–1952). 1 января 1923 г. Александр Сергеевич Пучков возглавил Московскую станцию скорой помощи и был ее бессменным руководителем до 1952 г. В настоящее время имя А.С. Пучкова носит самая крупная медицинская организация России – Станция скорой и неотложной медицинской помощи г. Москвы. Под руководством А.С. Пучкова было проведено коренное переустройство станции: введены должности старшего дежурного врача, организация дежурного пункта неотложной помощи, специализированная форма неотложной помощи – психиатрическая.

С 1930 по 1939 г. был открыт ряд подстанций скорой медицинской помощи (на территории 1-й Градской и 1-й Таганской больниц, при Ростокинской больнице и др.).

В 1940 г. станция скорой медицинской помощи была выделена из состава Института им. Н.В. Склифосовского в самостоятельное учреждение с непосредственным подчинением Мосгорздравотделу.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКИ-РЕПЕРFUЗИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

О.А. Гребенчиков, М.В. Скулачев, Д.Б. Зоров, В.В. Лихачев
НИИ общей реаниматологии им. В.А. Неговского РАМН,
Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова,
НИИ физико-химической биологии им. А.Н. Белозерского
Москва, РФ

Цель. Изучение нейропротекторных свойств лития и митохондриально-адресованного антиоксиданта SkQR, на модели фокальной ишемии головного мозга крысы.

Материал и методы. В первом эксперименте изучалась возможность фармако-логической коррекции нарушений, вызванных ишемией головного мозга, с помощью раствора хлорида лития LiCl и антиоксиданта SkQR, вводимых непосредственно после ишемии мозга. Ишемия головного мозга крысы вызывалась введением покрытой силиконом нейлоновой нити в правую среднюю мозговую артерию. Перекрестки кровотока сохранялись в течение 60 мин. после чего нить извлекали из сосуда, восстанавливая кровоснабжение в бассейне средней мозговой артерии. Во время и после операции температура тела животного поддерживалась на уровне 37°C. Ложиноперированные животные (ЛО) подвергались тем же процедурам, за исключением перерезания сосудов и введения нити. Объем инфаркта головного мозга определялся на 1-е или 7-е сутки после моделирования инсульта морфометрическим анализом цифровых изображений, полученных методом МРТ, или сканированием срезов мозга, окрашенных 2,3,5-трифенилтетразолия хлоридом (ТТС-метод). Все МРТ эксперименты были выполнены на приборе BioSpec 70/30 (Bruker, Germany) с индукцией магнитного поля 7 Тл и градиентной системой 105 мТл/м. Нами исследована нейропротекторная активность раствора LiCl при внутрибрюшинном введении (суммарная доза 3 ммоль/кг) и раствора SkQR, в дозе 1 ммоль/кг сразу после начала реперфузии. По результатам морфометрического анализа ТТС-изображений размер ишемического очага у животных на первые сутки после операции, которым инъецировали только физиологический раствор, был равен 286±29,5 мм² (n=5). При лечении раствором LiCl наблюдалось достоверное уменьшение очага повреждения, в этом случае его средний объем был 140±22 мм² (n=6). По усредненным данным объем очага уменьшался на 51% (p<0,01). Количественные данные, указывающие на уменьшение объема очага у животных, которым инъецировали раствор LiCl, полностью коррелировали с данными неврологического статуса, оцененного в тесте «Стимулирование конечностей». Для крыс, получавших LiCl, неврологический дефицит был в 4 раза ниже по сравнению с группой, которой инъецировали только физиологический раствор, и составлял 6 баллов (p<0,05) на 1-е сутки после операции. Объем отека головного мозга составлял при экспериментальном инсульте около 13% от всей мозговой ткани. При введении животного раствора хлорида лития наблюдалось более чем 3-кратное снижение зоны отека в мозге. При лечении митохондриально-адресованным антиоксидантом SkQR, наблюдалось достоверное уменьшение очага повреждения, в этом случае его объем был 183±18,5 мм² (n=6). По усредненным данным объем очага уменьшался на 36% (p<0,01). Количественные данные, указывающие на уменьшение объема очага у животных, которым инъецировали раствор SkQR, полностью коррелировали с данными неврологического статуса, оцененного в тесте «Стимулирование конечностей». Для крыс, получавших SkQR, неврологический дефицит был в 3 раза ниже по сравнению с группой, которой инъецировали только физиологический раствор, и составлял 5 баллов (p<0,01) на 1-е сутки после операции. Объем отека головного мозга составлял при экспериментальном инсульте около 13% от всей мозговой ткани. При введении животного раствора SkQR, наблюдалось более чем 2-кратное снижение зоны отека в мозге.

Во втором эксперименте изучалась возможность лечения экспериментального инсульта с помощью отложенного введения раствора хлорида лития, вводимого через 3 ч после ишемии мозга. Инсульт моделировали у крыс, как описано выше. Введение раствора LiCl внутрибрюшинно (суммарная доза 3 ммоль/кг) через 3 ч после инсульта приводило к значительному снижению отека мозга. В данном случае, несмотря на применение препарата практически в конце так называемого «терапевтического окна», наблюдалось уменьшение зоны отека почти в 2 раза. Кроме того, введение раствора LiCl приводило к достоверному уменьшению очага повреждения в среднем на 25% (p<0,01). Уменьшение объема ишемического очага у животных, которым инъецировали раствор LiCl, сопровождалось значительным улучшением неврологического статуса, оцененного в тесте «Стимулирование конечностей». Для крыс, получавших LiCl, неврологический дефицит был в 2 раза ниже по сравнению с группой, которой инъецировали физиологический раствор хлорида натрия, и составлял около 4 баллов (p<0,01) на 1-е сутки после операции. В настоящий момент продолжается работа по изучению эффективности SkQR1 через 3 ч после реперфузии.

Заключение. Полученные нами результаты указывают на возможность коррекции последствий ишемии и реперфузии головного мозга наряду с нормализацией функционального состояния ЦНС с помощью введения раствора хлорида лития LiCl и митохондриально-адресованного антиоксиданта SkQR1.

РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУРЫ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ СПОСОБОМ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛАДОННОГО ФАЦИАЛЬНОГО ФИБРОМАТОЗА

В.Г. Горюхов

Брянская областная больница № 1

Брянск, РФ

Актуальность проблемы. Известны различные способы хирургического лечения ладонного фасциального фиброматоза (контрактуры Дюпюитрена). Способ предложенный А.И. Ашкенази (1981) включал иссечение фасции через поперечные разрезы по спятивательным складкам на ладони и пальцах с последующим заживлением открытых ран вторичным натяжением.

Способ Me Cash, включал иссечение измененной фасции через поперечные разрезы по спятивательным складкам на ладони и пальцах с последующим ушиванием ран.

При таких способах неизбежен невррит пальцевого нерва вследствие его травматизации при мобилизации лоскута. Возможно формирование контрактуры пальца при заживлении раны, а на донорском месте формируется грубый рубец кожи. Длительность операции и индивидуальность применения метода не позволяет его широко использовать.

Предлагаемый способ комбинированного хирургического лечения ладонного фасциального фиброматоза (Патент РФ на изобретение № 2463005) отличается от существующих радикальностью иссечения рубцово-измененного апоневроза как на ладони, так и тяжелой, идущих на пальцы кисти.

Целью изобретения является создание высокоэффективного способа хирургического лечения ладонного фасциального фиброматоза с хорошим косметическим и функциональным результатом.

С 2009 г. в ГБУЗ «Брянская областная больница № 1» в травматолого-ортопедическом отделении № 2 прооперированы 23 пациента с ладонным фасциальным фиброматозом III–IV ст. по настоящему способу. Все больные обследованы по стандарту ФОМС с обязательными ЭНМГ, рентгенограммами кисти в двух проекциях.

Результаты и обсуждение. Способ комбинированного хирургического лечения ладонного фасциального фиброматоза состоит в том, что спланированный фигурный продольный разрез по намеченным линиям на пальцах и кисти с образованием трапециевидных и треугольных кожно-подкожных лоскутов. При этом разрезы совпадают или пересекают поперечные складки под углом не менее 45°. При разгибании пальцев кожно-подкожные лоскуты смещаются относительно противоположной стороны и позволяют ушить рану без дефекта кожи. В центр образовавшихся кожных лоскутов вводим шприцом Liевr 1А р-р новокаина 0,25% до полного сопирискования краев и прекращения капиллярного кровотока.

Введенный р-р новокаина 0,25% приводит к эффекту иммобилизации тканей, плотному смыканию краев ран, остановке капиллярного кровотока. Равномерное давление инфилтратом уменьшает трофические расстройства. Созданный искусственный отек усиливает дренажную функцию лимфатической системы, способствует сокращению фазы посттравматического отека, удалению из тканей неокисленных метаболитов, то есть созданию оптимальных условий для заживления ран. Обезболивающее и сосудорасширяющее действие новокаина дополнительно усиливает заживление ран с формированием нежного рубца, что доказано исследованиями А.В. Вишневецкого.

Для лучшего заживления операционных ран эффективным является комплексное использование метаболитической терапии для нормализации регенерации с клеточной дифференциацией (антиоксидантов: мексидола, комплекса витаминов А, Е, В) и регионального внутритканевого введения 0,25% раствора новокаина в область кожного шва. (Л.В. Тихонова, В.Г. Горюхов, и соавт., 2008).

Результаты. Отдаленные результаты прослежены в основной и контрольной группах не раньше 1 года с момента операции по Международной классификации хирургов кисти от 1980 г. и в соответствии с требованиями Международной комиссии экспертов по лечению рубцов (2002). Исследования проведены на родомизированных группах по 17 пациентов.

У 17 пациентов основной группы трудоспособность восстановлена к 21 сут. Контрактура в суставах и деформаций в области суставов нет. Инфекционных и неинфекционных осложнений не выявлено. Предлагаемый способ комбинированного хирургического лечения ладонного фасциального фиброматоза привел к положительному результату и хорошему косметическому эффекту.

Преимущества указанного способа состоят в следующем:

– позволяет ушить рану без дефекта кожи, что предотвращает ранние и поздние послеоперационные осложнения (ночную инфекцию, невриты пальцевых нервов, некрозы кожи и сухожилий, контрактуры суставов);

– позволяет радикально выдлеть и иссекать измененный ладонный фасциальный фиброматоз на пальцах и кисти любой локализации, использование микрохирургической техники и оптического увеличения (микроскоп) исключает повреждение сосудисто-нервных образований;

– созданный искусственный отек раствором 0,25% новокаина приводит к эффекту иммобилизации тканей, плотному смыканию краев ран, остановке капиллярного кровотока, что снижает вероятность ранних послеоперационных осложнений

– применяемая комплексная антиинфекционная и антиоксидантная терапия для стабилизации локальных микросудостных механизмов и мембран клеток крови (мексидола, комплекса витаминов А, Е, В) с введением 0,25% раствора новокаина в область кожного шва создает оптимальные условия для заживления ран.

– создает условия для восстановления функции кисти и полной трудоспособности на 20 сут с хорошим косметическим результатом.

ИШЕМИЯ-РЕПЕРFUЗИЯ – УНИВЕРСАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ПАТОГЕНЕЗА КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

М.В. Грунев

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе

Санкт-Петербург, РФ

Большое количество научных публикаций, посвященных критическим состояниям (КС) в неотложной медицине, и интерес к ним обусловлен высокой летальностью данного контингента больных, а также с успехами современной реаниматологии, добившейся возможности излечения больных, находящихся в КС, патогенез которого недостаточно четко очерчен в литературных источниках.

В хирургической клинической практике моделями КС являются тяжелая механическая и ожоговая травма, осложненная шоком, массивные кровотечения, абдоминальный и мезэнхимальный сепсис, некротизирующий фасциит, а также осложнения с манифестацией шока, возникающие при сложных оперативных вмешательствах (аневризмы, органная трансплантация).

Несмотря на актуальность темы, патогенез КС изучен недостаточно, из существующих разноречивых концепций позитивно воспринята теория R. Hardaway, основа которой выстроена на механизме диссеминированной внутрисосудистой коагуляции, приводящей к гипоксии эндотелия сосудов с развитием шока, сепсиса и ПОН. На представленных автором данной концепции схемах прослеживается динамика морфологических изменений эндотелия микроциркуляторного русла с исходом в некроз. В данной работе воспроизведены результаты опытов Hardaway на слайдах, опубликованных в журнале *Military Medicine*: слайд 1 – нормальное кровообращение МЦР; слайд 2 – гипоксия эндотелия (легкий шок); слайд 3 – некроз эндотелия (тяжелый шок). Незыблительно отметить, что Hardaway соотносит открытый им механизм патогенеза на 17 клинических моделях шока, что свидетельствует об универсальности данного патофизиологического процесса, трактовка которого была представлена медицинской общественности спустя 20 лет. Произошло это на заседании Чикагской согласительной конференции в 1991 г. по инициативе американского исследователя R. Bone, заложившего основу цитокинных отношений, запускающих развитие системного воспалительного ответа, в том числе и компонентов запуска внутрисосудистой свертываемости крови, что приводит к эффекту «no reflow» (невозможности кровотока) с исходом в системную гипоксию и некроз эндотелия. Тромбоз сосудов является следствием данного патогенеза, который по своей сути является защитным механизмом.

Однако существует и второй, более значимый источник развития критического состояния, именуемый реперфузией, т.е. воздействие гипероксидов на клеточные структуры, в 3–4 раза превышающее агрессивное воздействие на эндотелий сосудов. Источником свободнорадикального окисления являются супероксиды (O₂⁻, OH, HOCl, H₂O₂), образующиеся из гипоксантина ишемических тканей вследствие конверсии его при восстановлении артериального кровообращения.

Свой опыт, подтверждающий данный механизм шока, мы осветили в докладе на 2-м Европейском съезде хирургов в 1997 г. на опыте лечения 145 больных с септическим шоком, а также в своей монографии «Хирургический сепсис». В монографии «Некротизирующий фасциит» дана развернутая картина тяжелого сепсиса, включая фулминантную его форму с летальностью до уровня 100%.

Вывод. Патогенез критических состояний является единым универсальным процессом при различных по этиологии экстремальных клинических моделях, сформировавшимся в процессе эволюции живой системы в качестве защитного ответа организма на внешнюю (травма, ожог) или внутреннюю (эндо-эктоксин микробного или гистохимического происхождения) агрессию. Морфологическим локусом манифестации КС является микроциркуляторное русло органов и тканей с характерными признаками тканевой гипоперфузии на основе ишемического тромбоза цитокинного генеза и развития ПОН.

МИНИ-ИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНЫХ И ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ

А.А. Гринь, С.К. Ощепков, А.К. Кайков

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

Введение. Операции на позвоночнике с использованием классических доступов сопровождаются значительной интраоперационной травмой, кровопотерей и высокой вероятностью развития осложнений – посттравматический болевой синдром, дисфункция плечевого сустава, нагноение послеоперационной раны.

Зачастую тяжесть состояния пациента и объем сочетанной травмы не позволяют хирургу провести операцию на поврежденном позвоночнике в максимально короткие сроки после травмы. Поэтому операции приходится выполнять в два этапа с промежутком в 2–3 нед.

Применение мини-инвазивных методов хирургического лечения позвоночника позволяет большинству многоэтапных операций проводить одновременно.

Цель исследования: оценить результаты мини-инвазивных методов лечения больных с повреждениями грудного и поясничного отделов позвоночника.

Материал и методы. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за период 2008–2012 гг. эндоскопически оперированы 140 больных с повреждениями позвоночника. Из них 67 пациентов были с травмой грудного и 73 – с травмой поясничного отделов позвоночника.

Эндоскопические операции выполнены пациентам с осложненными и неосложненными переломами позвонков с нестабильным повреждением передней и средней колонн позвоночного столба. Всем больным проводили видеоскопическую декомпрессию спинного мозга и передний спондилодез с использованием различных имплантатов. При повреждении переднего и заднего опорного комплекса позвоночника мы выполняли эндоскопический передний спондилодез в сочетании с открытой или чрезкожной транспедикулярной фиксацией.

Осложнения. У одной пациентки отмечалось поверхностное нагноение раны, у 4 – развитие гидротракса на стороне операции. После дренирования осложнения регрессировали.

Результаты. Средняя кровопотеря при эндоскопических операциях составила 340±80 мл. Продолжительность госпитализации больных с неосложненной травмой позвоночника – 14±5 койко-дней, с осложненной травмой позвоночника – 25±12 койко-дней. Продолжительность операции – 210±55 мин. Интенсивность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде составила 3–5 баллов по шкале ВАШ.

Заключение. Эндоскопическая техника лечения повреждений и заболеваний позвоночника является эффективным мини-инвазивным методом. Ее применение позволяет значительно улучшить качество оказания медицинской помощи.

ПРОФИЛАКТИКА НЕПРЕДНАМЕРЕННОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОВЕНТИЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗНАЧИМЫМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

М.В. Грицкевич¹, В.Ф. Кулаков¹, Ю.А. Воронников¹, Е.А. Спирidonова^{2,3}

¹Городская клиническая больница № 60 ДЗ г. Москва,

²Московский государственный медико-стоматологический университет

им. А.И. Евдокимова МЗ РФ,

³Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева МЗ РФ
Москва, РФ

Актуальность. Перевод пациента на спонтанное дыхание может сопровождаться гиповентиляцией за счет остаточной куразации и седации (V.A. Lawrence, 2006). У больных ишемической болезнью сердца гиповентиляция может вызывать критические нарушения снабжения миокарда кислородом (M.M. Dawood, 1996). Управляемая миоплегия – существенная составная безопасности пациента.

Цель: улучшить результаты оперативного хирургического лечения пациентов со значимым риском сердечно-сосудистых осложнений за счет профилактики непреднамеренной гиповентиляции.

Материал и методы: 42 пациента; средний возраст – 69,7±10,1 года. Методом случайной выборки их распределили на три группы: в основной (n=10) проведена реверсия нейромышечного блока сугаммадексом (Брайдан, MSD), экзтубация – по данным спирометрии и динамометрии; в контрольной А (n=22) реверсия нейромышечного блока не выполняли, экзтубация – только по клиническим критериям; в контрольной Б (n=10) реверсия нейромышечного блока не проводили, экзтубация – по данным спирометрии и динамометрии. Все группы сопоставимы по риску сердечно-сосудистых осложнений (1–3 балла по шкале Lee), характеру хирургических вмешательств, виду анестезии. Качество коронарного кровотока оценивали холтеровским монитором по динамике сегмента ST на ЭКГ; степень угнетения сознания – клинически по шкале Aldrete и BIS-мониторю; характеристики мышечного тонуса – клинически по шкале Aldrete с помощью динамометрии и спирометрии (по индексу быстрого поверхностного дыхания – RSB, отрицательному усилению на вдохе – NIF, P_{ET}CO₂, SpO₂).

Результаты. У пациентов всех групп после окончания операции на фоне восстановления сознания (шкала Aldrete > 6 баллов; BIS > 90) сохранились остаточная миоплегия (динамометрия – 5–20% от исходной) и гиповентиляция (20 < RSB < 110; NIF < 10 см вод.ст.; нарастание P_{ET}CO₂). Время до экзтубации у больных основной группы составило 3,1±1,6 мин; в контрольной А – 16,8±12,6 мин; в контрольной Б – 23,9±11,7 мин (различия в группах достоверны – p<0,01). У 3 пациентов контрольной А группы (13,6%) обнаружили снижение сегмента ST > 1 мм в первые 15 мин после экзтубации, что, вероятно, было связано с развитием непреднамеренной гиповентиляции; в других группах отклонения сегмента ST не отмечено.

Выводы. Инструментальные критерии (динамометрия, спирометрия) объективизируют показания к экзтубации. Риск ишемии миокарда на этапе пробуждения, вероятно, связан с развитием гиповентиляции и зависит от степени остаточной миоплегии. Сугаммадекс сокращает время до экзтубации, позволяет избежать гиповентиляцию и снизить риск развития ишемии миокарда.

ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЗВОНОЧНО-СПИНОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

А.А. Гринь, А.К. Кайков

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

Проведен анализ результатов хирургического лечения 835 пациентов с травмой позвоночника и спинного мозга (ПСМТ). Мужчин было 586 (70,2%), женщин – 249 (29,8%), средний возраст больных составил 31±12,1 года. Большая часть пострадавших была доставлена в институт бригадами СМП в первые 3 сут с момента получения травмы. В течение первых суток поступили 273 больных (32,7%), в течение 25–72 ч – 238 (28,6%), в течение 4–14 сут – 194 (23,3%), после 14 сут – 130 пациентов (15,5%).

Причинами ПСМТ являлись: кататравма – 329 больных (39,4%), ДТП – 263 (31,5%), ныряние на мелководье – 65 (7,8%), прочие – 178 пациентов (21,8%).

Преобладали больные с повреждениями шейного – 435 (51,5%) и поясничного – 202 (31,1%) отделов; травма грудного отдела позвоночника выявлена у 139 (25,0%), многоуровневая травма – у 59 пациентов (12,4%), множественное повреждение позвоночника наблюдали у 173 пострадавших (46,7%). Осложненная травма позвоночника была у 582 пациентов (69,7%).

Оперативное лечение выполняли в течение первых 3 сут с момента поступления. Задержка с проведением операции была обусловлена тяжестью состояния больного. Из других стационаров было переведено 6 оперированных пациентов.

Мы наблюдали следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны – у 35 (4,2%), раневую ликворею – у 6 (0,6%), ятрогенную травму паравerteбральных органов и тканей – у 4 (0,5%), поломку и миграцию фиксаторов – у 12 (4,1%), несостоятельность спондилодеза – у 21 (11,9%).

Выявлена зависимость развития нагноения раны позвоночника от интраоперационной кровопотери и исходно низким уровнем гемоглобина. Также на развитие нагноения области операции влияло количество перенесенных вмешательств.

Повреждения пищевода наблюдали у 4 пациентов – все больные были переведены в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского из других стационаров для дальнейшего лечения. У 2 больных повреждение пищевода произошло во время выполнения доступа, у 2 других больных – в результате неправильной установки фиксаторов и их миграции.

Причинами поломки фиксирующих систем явилось отсутствие формирования спондилодеза в послеоперационном периоде, что связано с недостаточным объемом выполненного хирургического лечения.

Неудовлетворительное положение имплантатов связано с несоблюдением технологии установки фиксирующей системы и отсутствием интраоперационного рентгенологического контроля.

Разработан алгоритм профилактики осложнений и лечения у больных с позвоночно-спинальной травмой, внедрение которого позволило снизить количество осложнений в 3,5 раза.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ И ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Е.А. Гришина, Е.Ю. Трофимова, И.В. Дмитриев

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

Цель исследования: оценить возможности ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике изменений трансплантата поджелудочной железы (ТПЖ) и отрицательных скоплений жидкости при сочетанной трансплантации почки и панкреатодуоденального комплекса (ПДК).

Материал и методы. За период с сентября 2011 по декабрь 2012 гг. мы наблюдали 13 пациентов в возрасте от 26 до 42 лет; из них мужчин было 6 (43%), женщин – 7 (53%). Все больные страдали сахарным диабетом 1-го типа тяжелого течения с различными осложнениями, основным из которых являлась диабетическая нефропатия, приводящая к терминальной почечной недостаточности. Всем пациентам была выполнена сочетанная трансплантация почки и поджелудочной железы.

УЗИ выполняли в 1-е сут после операции с последующим ежедневным динамическим контролем в течение 1-й нед всем пациентам, далее по показаниям, но не реже 1 раза в неделю до выписки.

Результаты. В ходе исследования у всех больных выявляли наличие небольшого количества свободной жидкости в брюшной полости в 1-е–3-и сут после операции, у 5 пациентов свободная жидкость определялась до 6–7 сут. У 2 больных в 1-е сут отмечались трудности визуализации ТПЖ, связанные с отеком тканей и послеоперационным разрезом кишечника.

У 12 пациентов (92%) удавалось визуализировать топографо-анатомические особенности: ретроперитонеальное расположение ТПЖ и сформированный дуодено-дуоденальный анастомоз; в одном случае – топография железы в брюшной полости в правой подвздошной области, кишечный анастомоз сформирован с тощей кишкой. В одном наблюдении выявлена особенность расположения трансплантата железы – выраженный изгиб ТПЖ в области перехода тела в хвост. У всех пациентов со 2-х сут отмечали увеличение ТПЖ в размерах из-за отека, при осмотре в динамике – уменьшение размеров с 8–10-х сут в ходе лечения. У 1 больной выявлено расширение вирсунгова протока в области хвоста трансплантата железы до 3 мм. На 2–4-е сут у 11 пациентов (84%) отмечали очаговые изменения паренхимы трансплантата железы в виде гиперэхогенных участков с нечеткими контурами как в подкапсульных отделах, так и в толще паренхимы. У всех больных в 1–7-е сут выявляли утолщение стенок и признаки отека донорского фрагмента кишки до 7–11 мм, в области наложения скоб – до 10 мм. Отмечены отек и инфильтративные изменения клетчатки около трансплантата железы в 1-е сут у 9 пациентов (69%), на 2–3-е сут – у 13 (100%); при динамическом контроле отек исчезал к 6–10-м сут после трансплантации; инфильтративные изменения сохранялись на протяжении до 3 нед.

У 1 пациента при УЗИ на 45-е сут после операции в клетчатке около хвоста ТПЖ определяли гипозоногенный линейный ход, сообщавшийся с подкожной клетчаткой области гигаострия, также отмечали инфильтративные изменения и неоднородность подкожной клетчатки в этой области. При динамическом контроле выявляли жидкостное скопление в подкожной клетчатке в области инфильтрации, при пункции получено гнойное содержимое.

У 1 пациентки на 13-е сут выявлено неоднородное скопление жидкости в клетчатке железы больших размеров (объемом около 50 мл), в содержимом определены взвесь и плотные структуры, при пункции под УЗ-наведением получено гнойное содержимое.

У 1 больной на 10-е сут при УЗИ отмечали прерывистость стенки дуоденального анастомоза (3 мм) и неоднородную жидкостную зону около него; эти признаки были расценены как несостоятельность анастомоза, подтвержденная при рентгено-контрастном исследовании.

У 10 пациентов (76%) выявлено повышение индекса резистентности паренхиматозного кровотока трансплантата железы до 0,75–0,8, у 1 больного на 10-е сут индекс резистентности увеличился до 0,8–1,0, базальный кровоток в ТПЖ отсутствовал.

Выводы. У пациентов после сочетанной трансплантации панкреатодуоденального комплекса и почки в раннем послеоперационном периоде наиболее часто развивается диффузный отек ТПЖ, отмечаются небольшое количество свободной жидкости и явления дуоденита. В течение 1-й нед у больных формируются очаги некроза ТПЖ. В позднем послеоперационном периоде у пациентов с явлениями панкреонекроза трансплантата определяются скопления жидкости в клетчатке ложа трансплантата железы. УЗ-мониторинг позволяет эффективно и своевременно осуществлять диагностику осложнений сочетанной трансплантации панкреатодуоденального комплекса и почки, оценивать их динамику и проводить их своевременное хирургическое лечение.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЗИВНЫХ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Д.А. Губанович, М.С. Бойко, Р.Н. Манкевич, Г.М. Лагир, А.П. Кудин
Городская детская инфекционная клиническая больница
Минск, Республика Беларусь

Актуальность изучения острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей обусловлена их широким распространением, ростом заболеваемости в последние годы, а также недостаточной эффективностью этиотропной терапии. Сложности проведения этиотропной терапии связаны с возникновением полирезистентных штаммов-возбудителей ОКИ. Использование традиционных антибактериальных средств не всегда эффективно. Поэтому терапия ОКИ требует постоянного пересмотра с поиском и внедрением новых высокоэффективных препаратов.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность лечения азитромицином инвазивных ОКИ у детей раннего возраста.

Материал и методы. Обследованы 19 детей с инвазивными ОКИ в возрасте 1–24 мес (средний возраст – 6±1,5 мес), находившихся на лечении в 2012 г. в Городской детской инфекционной клинической больнице Минска (главный врач – М.В. Соколова), из них 12 мальчиков и 7 девочек. Все пациенты были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли дети, которые в качестве стартовой терапии получали азитромицин в дозе 10 мг/кг в 1-е сут, 5 мг/кг в последующие дни; курс терапии – 5 сут. Во 2-ю группу включены дети, стартовой терапией которых являлись другие антибактериальные средства (цефтриаксон, амикацин), но из-за отсутствия клинического эффекта в среднем на 6-е сут они были переведены на азитромицин. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием стандартного программного обеспечения для IBM PC.

Результаты. Не у всех пациентов удалось установить этиологическую причину заболевания: так, у 50% больных 1-й и у 22% больных 2-й групп этиологический фактор не был установлен. Среди типированных случаев кишечных инфекций в обеих группах преобладающим оказался *St. aureus* (1-я группа – 40%, 2-я – 44,5%). Сальмонеллез (*Sal. enteritidis*) был установлен в 1-й группе у 10% детей, во 2-й – у 33,5%.

При поступлении в стационар у 68,4% пациентов отмечалась температура выше 37,0°C, рвота – в 21,1% случаев, боли в животе – в 5,3%. У всех детей имел место неустойчивый стул с наличием примесей, а именно гемоколит, что являлось основным критерием отбора детей в группы.

На фоне проведения терапии азитромицином в 1-й группе наблюдалось достоверное снижение температуры тела с 37,3±0,3 до 36,6±0,04°C (P<0,05). Также отмечено достоверное уменьшение кратности стула с 5,5±0,7 до 2±0,7 раза (P<0,05), в 90% случаев исчезли примеси в стуле. Диспептические расстройства на момент окончания терапии отсутствовали.

Во 2-й группе на фоне лечения другими антибактериальными средствами не было улучшения состояния, а именно у пациентов сохранялись субфебрильная температура, кратность стула в среднем 4,1 раза за сутки, патологические примеси в стуле. После назначения азитромицина температура достоверно снизилась с 37,1±0,2 до 36,6±0,03°C (P<0,05), кратность стула достоверно уменьшилась с 4,1±0,9 до 1,9±0,3 раза (P<0,05), полностью исчезли патологические примеси.

Таким образом, при назначении азитромицина у детей раннего возраста с инвазивными ОКИ отмечается достоверное снижение температуры тела, уменьшение кратности стула, отсутствие колита.

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

М.М. Дамиров, О.Н. Олейникова, Л.А. Даниелян
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

За последние годы отмечается значительное возрастание частоты доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки. Существующие методы лечения этих заболеваний нередко приводят к их рецидиву, а также могут вызвать различные осложнения в ближайшие и отдаленные сроки после лечения. Совершенствование методов диагностики и лечения этих заболеваний – одна из важнейших задач гинекологии, конечной целью которой является предупреждение их прогрессирования в рак шейки матки (РШМ).

В клинической практике для диагностики и лечения различных заболеваний широко применяется новая медицинская технология – радиоволновая хирургия. Однако она не нашла широкого применения в гинекологической практике, особенно в ургентной гинекологии.

Цель исследования – улучшение результатов диагностики и лечения больных с доброкачественной и предраковой патологией шейки матки путем применения радиоволновой хирургии.

Материал и методы. В исследование было включено 19 больных (средний возраст 32,7±2,87 г.) с различной патологией шейки матки. Комплексное исследование женщин включало: общеклиническое, гинекологическое исследование, кольпоскопию, цитологическое, гистологическое исследования. Всем пациенткам проведено лечение с помощью радиоволнового аппарата «Сургитрон™». Выбор данной методики лечения был связан с тем, что данный метод позволяет получить практически неповрежденную ткань для гистологического исследования, поскольку толщина зоны некроза после его воздействия составляет 0,05 мм. Выбор объема и метода радиохирургического лечения (эксцизия, конизация) зависел от данных кольпоскопического и цитологического исследований.

Результаты исследования. Радиохирургическое лечение было выполнено в объеме эксцизии патологически измененных зон (15 больных) и конизации шейки матки (4 больных). Прицельная биопсия шейки матки произведена у 10 больных с лейкоплакией шейки матки; у 5 – с CIN I–II шейки матки. Вначале проводили кольпоскопический ориентированный забор материала для гистологического исследования, после чего коагуляцию зоны воздействия шариковой насадкой. Радиоконизация была произведена у 4 больных с CIN II шейки матки.

Интраоперационных и послеоперационных осложнений при выполнении радиохирургического лечения не было отмечено ни у одной больной. Полная эпителизация раны после радиохирургического воздействия возникла через 28–45 сут. Рецидивы заболевания не отмечались ни у одной больной в течение года наблюдения.

Радиоволновой метод лечения заболеваний шейки матки позволяет иссечь патологически измененную часть шейки матки без повреждения здоровой ткани по принципу «экономии хирургии», обеспечивая в дальнейшем физиологическую возможность родоразрешения через естественные родовые пути.

Таким образом, радиоволновая технология как малоинвазивный и органосохраняющий метод хирургического лечения, является чрезвычайно перспективным и приоритетным направлением в диагностике и лечении патологических процессов шейки матки. Правильный диагноз, поставленный на основании кольпоскопически ориентированной зоны поражения и подтвержденный гистологическим исследованием, полное удаление патологической зоны на шейке матки в пределах здоровой ткани приводит к выбору оптимальной лечебной тактики ведения больной.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ МАТОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

М.М. Дамиров, Л.С. Коков, Г.Е. Белозеров, Г.П. Тутова, О.Н. Олейникова, О.В. Майорова
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Актуальность темы. Миома матки (ММ) является самой распространенной опухолью женских половых органов, частота которой в структуре гинекологической патологии достигает 27–45%. Актуальной проблемой в ургентной гинекологии являются маточные кровотечения, поскольку 60% больных ММ оперируют по поводу патологической кровопотери.

Ведущим методом остановки кровотечения является хирургическое удаление матки (тотальная или субтотальная гистерэктомия). В последние годы концепция функциональной хирургии у больных ММ становится общепризнанной. Поэтому продолжается поиск эффективных методов остановки маточного кровотечения. В клинической практике широко применяется метод остановки кровотечения путем эмболизации маточных артерий (ЭМА), однако он редко применяется для остановки кровотечений у больных ММ.

Цель исследования: повышение эффективности лечения больных ММ, осложненных кровотечением и постгеморрагической анемией, путем применения ЭМА.

Материал и методы исследования. Комплексное обследование и лечение проведено у 55 больных ММ (средний возраст 43,5±3,47 г.), у которых течение заболевания осложнилось профузным маточным кровотечением. Диагноз данной патологии был установлен на основании комплексного клинично-инструментального (УЗИ, гистероскопия) обследования. В состав исследуемой группы вошли 29 больных, у которых размеры ММ не превышали 12 нед беременности (субмукозная и интрамуральная локализация узла), а также 26 больных ММ больших (13–30 нед беременности) размеров, осложненных кровотечением и постгеморрагической анемией. С учетом интенсивности кровотечения ЭМА выполняли в различные сроки от момента поступления. В сроки от 2 до 5 часов ЭМА провели у 32 больных (58,1%). У остальных пациенток сроки проведения ЭМА варьировали от 5 до 10 сут.

ЭМА выполняли под местной анестезией на ангиографической установке *GE Advantx*. Использовали односторонний трансфеморальный доступ. При выполнении ЭМА у 42 больных (76,3%) применяли микроэмболы поливинилалкоголя, а у 13 (23,7%) – окклюзирующие спирали. Результаты ЭМА считались удовлетворительными при полном прекращении кровотока в эмболизируемой артерии.

Результаты исследования. Отмечено, что применение ЭМА у больных ММ до 12 нед беременности, осложненной кровотечением, можно рассматривать как органосохраняющее вмешательство и альтернативу выполнению гистерэктомии.

Установлено, что использование ЭМА при ММ больших (13–30 нед беременности) размеров, осложненных кровотечением, позволяет получить стойкий гемостатический эффект, после чего провести им адекватную предоперационную подготовку и хирургическое вмешательство, при котором значительно уменьшается объем интраоперационной кровопотери.

Таким образом, ЭМА является эффективным, малотравматичным и мини-инвазивным методом остановки кровотечения у больных ММ различных размеров.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОПНЕВМАТОЦЕЛЕ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

Ш.Н. Даниелян, М.М. Абакумов, А.М. Гасанов, И.Е. Попова, А.А. Саприн, О.В. Кеардакова
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Цель: анализ результатов диагностики и лечения гемопневматоцеле (ГПЦ) при закрытой травме груди (ЗТГ).

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 134 пострадавших с ГПЦ после ЗТГ за последние 10 лет. Средний возраст пациентов составил 34,2 года. По механизму травмы преобладали: дорожно-транспортные происшествия (50%) и падение с высоты (33,9%). Переломы ребер имелись в 74,1% наблюдений, гемопневмоторакс – в 11,2%, пневмомедиастинум – в 33,5%. У 15% пострадавших имелась сочетанная травма груди, средний балл по шкале ISS составил 27,2, средний объем утечной кровопотери – 1022,1 мл.

Результаты. У всех 134 пострадавших имели место геморрагическое пропитывание ткани легкого в сочетании со скоплениями крови и (или) газа в толще легкого. Легочное кровотечение отмечено в 55,2% наблюдений ГПЦ. Объем поврежденной легочной ни в одном случае не совпадал с долевыми или сегментарными границами. Чувствительность рентгеновского метода в первичной диагностике ГПЦ (в течение первых 3 суток) составила 4,5%, после 7 суток – 46,3%. У всех пациентов по данным СКТ на 1–3-е сутки был выявлен ушиб легкого (100%), разрывы легкого с образованием полостей в толще ткани в сочетании с очагами ушиба были верифицированы у 128 из 134 пациентов (95,5%), на более поздних сроках чувствительность СКТ в диагностике ГПЦ составила 100%. Однако у большинства из них имелись трудности в определении точных размеров и объема ГПЦ из-за коллабирования или наличия массивного ушиба ткани легкого.

Тактика лечения пострадавших зависела не от размеров и локализации ГПЦ, а исключительно от интенсивности легочного или внутриплеврального кровотечения. В подавляющем большинстве наблюдений проводили консервативное лечение, включающее антибиотики широкого спектра действия, санационные бронхоскопии, постуральный дренаж (при возможности) и отхаркивающие препараты, по показаниям проводили дренирование плевральных полостей. В 12 наблюдениях ГПЦ была выполнена торакотомия (9%), основными показаниями к которой были: продолжающееся легочное кровотечение (6), внутриплевральное кровотечение (3) и разрыв бронхов (3). За последний год у 2 пациентов с интенсивным легочным кровотечением проводили клапанную бронхооблокацию, что позволило добиться надежного гемостаза и избежать экстренной торакотомии. В группе пациентов, перенесших экстренную торакотомию, средний балл по шкале ISS составил 39,9, воспалительные и гнойные осложнения выявлены в 83,3% наблюдений, летальность составила 33,3% (12,7% – общая летальность). При неосложненном течении посттравматического периода полное обратное развитие очагов ушиба наблюдалось, в среднем, за 13,7±4,2 сут. Одновременно с постепенным уменьшением объема ГПЦ наблюдалась трансформация характера содержимого травматической полости с тенденцией к замещению газового содержимого жидкостным и фибриновым. У 9 из 26 обследованных (34,6%) через 3 месяца после травмы сохранялись остаточные изменения в виде очагового фиброза. Частота развития нагноения ГПЦ оказалась многократно меньше по сравнению с ушибом легкого (4,5% против 23,3%).

Заключение. Пострадавшим с гемопневматоцеле после ЗТГ показано интенсивное консервативное лечение, что позволяет добиться выздоровления у подавляющего большинства из них. Тактика хирургического лечения зависит от интенсивности легочного или внутриплеврального кровотечения. Применение клапанной бронхооблокации при легочном кровотечении позволяет избежать у части пациентов экстренной торакотомии, сопряженной с высокой летальностью. Тяжесть повреждений прямо коррелирует с частотой развития гнойно-воспалительных осложнений.

СОЧЕТАНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТРАДИЦИОННЫХ И МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ – СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

М.В. Данилов, В.Г. Зурабиани, Н.Б. Карпова

**Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Городская клиническая больница № 53
Москва, РФ**

Цель: оценка эффективности комплексного лечения осложнений деструктивных форм панкреатита с применением традиционных открытых и минимально инвазивных пункционно-катетеризационных вмешательств.

Материал и методы. За период с 2000 по 2013 гг. наблюдали 106 пациентов, которым авторами на различных этапах хирургического лечения осложненного панкреатита были выполнены как открытые операции на поджелудочной железе (ПЖ) и желчных путях, так и чрескожные пункционно-катетеризационные вмешательства под контролем ультразвунографии. У 89 из них данные вмешательства были проведены в стадии острого некротизирующего панкреатита, а 17 пациентам минимально инвазивные вмешательства осуществляли по поводу сформированных интра- и парапанкреатических постнекротических псевдокист. У 53 больных (50%) чрескожные вмешательства с эффектом применяли при лечении таких осложнений панкреатита, как острые панкреатогенные жидкостные скопления – ОПЖС (n=24), сформированные постнекротические псевдокисты ПЖ (n=11), интра- и парапанкреатические абсцессы (n=18), они являлись единственным завершающим способом хирургического лечения. Пациентам другой группы (n=53) потребовалось комплексное хирургическое лечение – выполнение взаимодополняющих минимально инвазивных и открытых операций. У 24,5% пациентов (n=26) в связи с неэффективностью интервенционных методов лечения распространенных форм деструктивного панкреатита и его осложнений потребовалось выполнение лапаротомных операций. В 6 случаях (5,6%) исходом пункционного лечения кистозных образований были стойкие наружные панкреатические свищи, потребовавшие в последующем формирования панкреатодигестивных анастомозов. У 21 пациента пункционно-катетеризационные вмешательства оказались завершающим способом лечения осложненных операций на ПЖ. В целом среди 106 больных объектом для выполнения пункционно-катетеризационных вмешательств были: ОПЖС – 44,3% (n=47), псевдокисты ПЖ – 27,3% (n=29), интра- и парапанкреатические абсцессы – 28,3% (n=30).

Результаты. Эффективность пункционно-катетеризационных вмешательств в лечении осложнений панкреатита значительно различалась в зависимости от распространенности некротического процесса в ПЖ и парапанкреатическом пространстве, от локализации гнойных и некротических жидкостных очагов: ОПЖС – 29,7%, псевдокист ПЖ – 72,4% (n=21), абсцессов ПЖ – 73,3% (n=22). При осложнениях (n=6) или неэффективности (n=30) минимально инвазивных вмешательств требовалось последующее выполнение лапаротомных корригирующих вмешательств. Основными причинами неэффективности пункционно-катетеризационных методов были: недостаточность дренирующих катетеров и прогрессирование на этом фоне основного заболевания; переоценка эффективности методов минимально инвазивной хирургии; в ряде случаев «несопоставимость» возможностей этих методов с распространенностью деструктивного процесса. Осложнениями самих минимально инвазивных лечебных процедур явились: кровотечение в полость кисты (2), оставление части дренирующего катетера в полости кисты (1), травмы смежных органов, в частности субкапсулярная напряженная гематома печени (1), травма селезенки с внутрибрюшным кровотечением (1), пневмоторакс (1). Как вспомогательный и взаимодополняющий метод лечения пункционно-катетеризационные вмешательства были эффективно применены 21 больному после открытых операций на ПЖ.

Заключение. Методы минимально инвазивной хирургии показали высокую эффективность при очаговых ограниченных жидкостных поражениях ПЖ и парапанкреатической клетчатки. При распространенных формах деструктивного панкреатита с большим объемом секвестрации интра- и парапанкреатической ткани по-прежнему золотым стандартом остаются открытые методы лечения в связи с ограниченной эффективностью пункционно-катетеризационных вмешательств. Сохранение у части пациентов после лапаротомных операций на ПЖ резидуальных инфицированных полостей заставляет обращаться к методам минимально инвазивной хирургии как к завершающему способу лечения, что особенно актуально для тяжелых астенизированных больных, уже перенесших санационные релапаротомии.

Резюме: стремление к использованию у всех пациентов с разнообразными осложнениями деструктивного панкреатита исключительно открытых или только минимально инвазивных способов лечения ведет к ухудшению его результатов, напротив, содружественное и взаимодополняющее применение этих методов может рассматриваться как современная прогрессивная концепция лечения осложненного панкреатита.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЭНДОСКОПИИ В ХИРУРГИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

В.Г. Дашьян, А.Н. Коршикова

**Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова,
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Введение. В структуре кровоизлияний при геморрагическом инсульте преобладают гематомы глубокой локализации – путаменальные, таламические (до 75%). Общепризнанной позицией является дифференцированная тактика лечения пациентов с данной локализацией гематом. Одной из малоинвазивных методик удаления таких кровоизлияний служит видеондоскопическая аспирация.

Цель исследования: определить возможности и преимущества метода эндоскопии в хирургии гипертензивных внутримозговых гематом (ВМГ).

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 40 пациентов с гипертензивным ВМГ, оперированных с использованием метода видеондоскопии. В группу вошли 26 мужчин и 14 женщин в возрасте от 20 до 75 лет. У всех больных имели место грубая очаговая неврологическая симптоматика, дислокационный и гипертензионный синдромы. У 17 пациентов (42,5%) бодрствование не было нарушено, у 23 (57,5%) – снижено до оглушения различной степени выраженности (14–12 баллов по шкале комы Глазго). У 30 больных выявлены путаменальные ВМГ, у 3 – таламические, у 4 – мозжечковые, у 2 – субкортикальная и у 1 – обширная гематома смешанного типа. Объем ВМГ колебался от 14 до 131 см³. Вентрикулярное кровоизлияние отмечено у 9 больных (22,5%). Показанием к хирургическому лечению в остром периоде кровоизлияния являлись компрессия и дислокация мозга, а в отсроченном периоде – малая эффективность консервативной терапии и сохраняющийся грубый неврологический дефицит у пациентов с большими подострыми и хроническими ВМГ.

Результаты. Через 21 сут после операции у 8 больных (21%) был отмечен полный регресс неврологических нарушений, у 7 сохранялся умеренный неврологический дефицит, у 20 – глубокий неврологический дефицит. Умерли 5 пациентов (12,5%). Результаты хирургического лечения зависели от уровня бодрствования, локализации гематомы, выраженности поперечной дислокации, наличия рецидивов кровоизлияния. У больных с субкортикальной и мозжечковыми ВМГ получены только хорошие результаты. У пациентов с глубинными ВМГ чаще наблюдали глубокий неврологический дефицит и летальные исходы. Из 5 больных, перенесших повторное кровоизлияние (12,5%), умерли 3. Рецидив кровоизлияния мы относим к одному из наиболее грозных осложнений послеоперационного периода, связанному с некорригируемыми колебаниями артериального давления.

Заключение: эндоскопическое удаление гипертензивных внутримозговых кровоизлияний является малоинвазивным методом хирургического лечения геморрагического инсульта, сопоставимым по эффективности с открытыми вмешательствами, но менее травматичным.

ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЙ ТРАВМАТИЗМ КАК СОВРЕМЕННАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ПРОБЛЕМА ПОТЕРЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

В.А. Данилов, А.В. Усатов, О.В. Еремина

**Клиническая станция скорой медицинской помощи
Волжский, Волгоградская область, РФ**

Проблема обеспечения безопасности дорожного движения в стране в последние годы становится все более острой. Постоянное увеличение автомобильного парка, плохие дороги и водительские умения, вождение автомобиля в состоянии алкогольного опьянения, невнимательность и многие другие факторы привели к резкому росту количества дорожно-транспортных происшествий (ДТП), тяжесть последствий которых вполне сравнима с национальным бедствием.

Об актуальности проблемы свидетельствует тот факт, что ежегодно (по данным ВОЗ) в результате ДТП получают травмы свыше 2,4 млн человек. Общее количество ДТП на территории РФ постоянно растет. Только в 2010 г. количество ДТП в РФ составило 199 431, в Волгоградской области – 3 047, в Волжском – 384, а к 2012 г. общее количество ДТП в РФ увеличилось и составило 203 597, также увеличилось число ДТП в Волгоградской области и Волжском и соответственно составило 3 052 и 393.

Гибель населения от ДТП серьезно влияет на демографическую ситуацию. Только в 2010 г. число погибших в РФ составило 26 567 человек, в Волгоградской области – 435, в Волжском – 21. В 2012 г. число погибших в РФ увеличилось и составило 27 991, в Волгоградской области и Волжском незначительно снизилось и составило соответственно 432 человека и 6 человек.

Среди причин смертности в РФ травмы занимают 3-е место, уступая лишь болезням системы кровообращения и онкологическим заболеваниям. Высокая инвалидизация пострадавших требует больших затрат на социальные выплаты инвалидам и в настоящее время является тяжелой ношей для государства. Как считают эксперты, это около 3% ВВП, что, например, соизмеримо с текущими расходами на оборону страны. Все это придает особую актуальность вопросам оказания медицинской помощи пострадавшим и снижению необоснованной смертности на догоспитальном этапе.

Несмотря на всесторонние профилактические мероприятия, проводимые органами Минздравтранса, ГИБДД, медицинскими и другими организациями, все еще сохраняется большое количество ДТП, принятые меры пока не дают положительных результатов. Безопасность на дорогах не только зависит от организаций участвовавших в профилактических мероприятиях, но и дисциплинированности и моральных качеств самих участников дорожного движения.

На сегодняшний день в РФ основными причинами, которые могут ухудшить эффективность оказания экстренной медицинской помощи при ДТП, являются:

- отсутствие навыков само- и взаимопомощи участников дорожного движения;
- увеличение времени доезда бригад СМП из-за пробок на дорогах города, плохого состояния сельских дорог, особенно в осенне-зимнее время;
- не проведение или неправильное проведение медицинской сортировки;
- нарушение правил транспортировки пострадавших;
- не оказание необходимого объема медицинской помощи;
- недостаточная подготовка медицинского персонала к оказанию помощи при сочетанных и множественных травмах.

Не секрет, что неэффективная организация работы по оказанию скорой медицинской помощи пострадавшим является одной из основных причин высокой смертности в ДТП. В спасении жизни и здоровья пострадавших при травмах одним из ключевых является фактор времени начала оказания квалифицированной помощи. Именно в этот достаточно короткий промежуток времени определяется судьба большинства пострадавших. Результаты достигаются в течение 30 мин с момента получения травм. Отсутствие помощи в течение первого часа с момента получения травмы увеличивает число летальных исходов среди тяжело пострадавших на 30%, до 3 ч – на 60%, до 6 ч – на 90%.

Таким образом, рациональная организация оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в ДТП возможна лишь в рамках единой системы, связывающей деятельность всех участников ликвидации при ДТП. По нашему мнению, анализ имевших в нашем распоряжении данных показал, что оказание первой помощи очевидцами происшедшего до приезда бригады СМП, проведение лечебной тактики в период «золотого часа» согласно разработанным стандартам оказания медицинской помощи при повреждениях, целенаправленная подготовка медицинского персонала по оказанию помощи пострадавшим в ДТП улучшают результаты оказания помощи пострадавшим в ДТП.

РЕЗУЛЬТАТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОКБ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST КАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ И ЛИНЕЙНЫМИ БРИГАДАМИ

А.А. Дворников, И.А. Большакова

**Станция скорой медицинской помощи
Новосибирск, РФ**

Острый коронарный синдром (ОКС) — собирательное понятие для описания состояний, вызванных острой прогрессирующей ишемией миокарда — любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ОИМ) или нестабильную стенокардию (НС). Включает в себя ОИМ, инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМПСТ), инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (ИМБПСТ), инфаркт миокарда, диагностированный по изменениям ферментов, по биомаркерам, по поздним ЭКГ-признакам, и нестабильной стенокардией (НС).

ОКС по клиническому течению и динамике изменений на ЭКГ подразделяется на два подтипа: ОКС без подъема ST-сегмента на ЭКГ (ОКС-БПСТ) и ОКС с подъемом ST-сегмента на ЭКГ (ОКС-ПСТ).

Были проанализированы 35 106 случаев обращений в скорую помощь Новосибирска пациентов с диагнозами, относящимися к определению острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST за период 2010–2011 гг.

Распределение в структуре ОКС-БП ST на ИМБПСТ и НС показало, что основной объем вызовов приходится на группу нестабильной стенокардии (84,1% в 2010 г. и 84,3% в 2011 г.), что даже несколько выше цифр приведенных И.Н. Божаревым (2006).

Полученные данные показывают динамику снижения количества пациентов с ОКС-БПСТ, которым отказано в госпитализации. Особенно заметно это прослеживается в группе больных ИМБПСТ. Кроме того, у этих же больных значительно уменьшился процент расхождения диагнозов (с 20,2% в 2010 г. до 17,1% в 2011 г.).

Высокий процент пациентов с ОКС-ПСТ, направленных на госпитализацию, близкий к 100% уровень госпитализации таких больных, очень низкая доля расхождения диагноза наглядно показывает, на сколько больше сложностей на догоспитальном этапе вызывают пациенты с ОКС-БПСТ.

Количество вызовов, выполненных линейными бригадами, лишь не намного меньше количества вызовов, выполненных специальными бригадами. В 2010 г. линейными бригадами было выполнено 31 765 вызовов, а специальными бригадами совокупно – 35 174. В 2011 г. соответственно 26 150 вызовов против 31 390.

Выводы. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST — структурно стабильный комплекс схожих между собой заболеваний, вызывающий каждый год большое количество обращений в скорую помощь (в среднем по 2 350 вызовов в день). Эта совокупность нозологий, трудных в диагностике на догоспитальном этапе, вызывает определенную степень гипердиагностики, большой (по сравнению с ОКС-ПСТ) процент расхождения диагнозов, отказов в госпитализации. И несмотря на то, что в последнее время наблюдается тенденция к улучшению качества оказания помощи таким пациентам (особенно это касается больных с ИМБПСТ), тем не менее в целом (за счет большого количества пациентов с НС) ситуация остается без качественных улучшений. В том числе это связано с большой долей (около 50%) передачи вызовов к таким пациентам линейным врачам, несмотря на то, что в таких случаях, как правило, требуется оказание специализированной помощи.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

¹Е.Н. Деговцов, ²Л.И. Телятничкова, ³А.В. Волосюкова

¹Омская государственная медицинская академия,

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1
О м с к , Р Ф

Актуальность проблемы. У 42–53% пациентов основной причиной развития острого панкреатита является патология желчевыводящих путей.

Цель исследования: изучить результативность эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) у пациентов с острым билиарным панкреатитом (ОБП).

Материал и методы. В 2010–2012 гг. были обследованы 30 пациентов с диагнозом «ОБП», у которых в разные сроки от начала заболевания была выполнена ЭПСТ. Средний возраст пациентов составил 59,2±16,3 года. Пациенты старше 60 лет – 17 (56,6%). Из 30 пациентов 23 женщины (77%), 7 мужчин (23%).

У 97% пациентов хирургических вмешательств на желчевыводящих путях ранее не проводили. По данным УЗИ, желчнокаменная болезнь выявлена в 22 наблюдениях (73,3%), расширение общего желчного протока – у 19 пациентов (63,3%).

При анализе лабораторных показателей уровень общего билирубина у 13 пациентов (43%) был нормальным либо не превышал 40 мкмоль/л, от 40 до 100 мкмоль/л – в 9 наблюдениях (30%). В 8 случаях гипербилирубинемия была свыше 100 мкмоль/л.

При анализе уровня диастазы мочи отмечали значительное повышение у 15 пациентов (50%). Амилаза крови была повышена у 27 пациентов (90%). Эндоскопические вмешательства проводили в первые сутки от начала заболевания до 8-х суток. У 23 пациентов (76,6%) ЭПСТ проведена в сроки до 72 ч, после 72 ч от начала заболевания ЭПСТ проводили 7 пациентам, что составило 23,4%.

Результаты. В результате проведенных исследований выявлено, что основной причиной ОБП в 24 наблюдениях (80%) были включенные конкременты ампулы БСДК и папиллит (в 3 наблюдениях). Реже причинами, являвшимися ОБП, являлись стриктура терминального отдела холедоха с холедохолитиазом и без него, стеноз устья БСДК и парапапиллярные дивертикулы.

У 4 пациентов (13,3%) был диагностирован гнойный холангит – литокстракция и санация холедоха.

В одном наблюдении пациент находился в резидуальном периоде острого нарушения мозгового кровообращения, у него для проведения ЭПСТ потребовалась анестезиологическая поддержка.

У одного пациента эндоскопическое вмешательство неэффективно – конкремент общего желчного протока удалить не удалось (ввиду крупного размера).

После проведенного лечения 24 пациента выписаны в сроки от 4 до 14 сут. Остальные (6 пациентов) были подвергнуты традиционному хирургическому лечению. Летальность в данной группе больных не отмечена.

Заключение. Таким образом, эндоскопические вмешательства на БСДК при ОБП остаются сложным разделом хирургии. Проведенный анализ позволил сделать ряд выводов:

- 1) основной причиной развития ОБП являются включенные камни ампулы БСДК;
- 2) отсутствие ультразвуковых признаков билиарной гипертензии не может считаться фактором, позволяющим исключить билиарную природу панкреатита;
- 3) при повышении уровня ферментов в крови и моче в сочетании с повышением билирубина пациенту показана фиброгастроэнтероэнскопия в экстренном порядке;
- 4) поступление в поздние сроки от начала заболевания не является причиной отказа в проведении манипуляций на БСДК;
- 5) старческий возраст, тяжелая сопутствующая патология не являются противопоказанием для минимально инвазивных вмешательств, потому что ЭПСТ в сочетании с удалением включенного конкремента, восстановлением пассажа желчи и панкреатического сока, санацией желчевыводящих путей позволяет купировать явления ОБП.

АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КООАГУЛЯЦИЯ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

¹Е.Н. Деговцов, ²Л.И. Телятничкова, ³А.В. Волосюкова

¹Омская государственная медицинская академия,

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1
О м с к , Р Ф

Актуальность проблемы. Несмотря на совершенствование методов диагностики и профилактики, проблема желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) остается одной из самых актуальных в неотложной хирургии. Летальность при данной патологии составляет в настоящее время 5–10%, а при рецидиве кровотечения возрастает до 40%.

Цель исследования: изучить возможность и эффективность применения аргонноплазменной коагуляции (АПК) для эндоскопического гемостаза у пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями.

Материал и методы. В 2009–2012 гг. в эндоскопическом отделении клиники был проведен гемостаз с использованием АПК у 164 пациентов.

Проанализировали 81 историю болезни пациентов указанной категории. Для гемостаза использовали зонды для коагуляции фирмы «Eebe» и аппарат электрохирургической высокочастотной с аргонсодержащей коагуляцией «Фотек ЕА141», коагуляцию проводили в режиме «спрей».

Средний возраст пациентов в изучаемой группе составил 52,3±3,4 года. Преобладали пациенты от 40 до 80 лет — 57 пациентов, что составило 70,4%. Из 81 пациента 26 женщин (32%), 55 мужчин (68%).

Основной причиной кровотечения являлась язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – 69 наблюдений, что составило 85%. По результатам гистологии у 4 пациентов выявлена аденокарцинома желудка, у 6 пациентов, ранее перенесших резекцию желудка по Бильрот-2, источником кровотечения были пептические язвы анастомоза и культи желудка.

Чаще всего АПК применяли при кровотечениях по классификации Forrest 1B и 2A — 50 пациентов, что составило 72,5%.

АПК-гемостаз при остановившемся кровотечении: 44 случая (язвенные и неязвенные кровотечения). При активном кровотечении АПК применяли в 38 случаях. Рецидивное кровотечение отмечали у 12 пациентов. Эндоскопический гемостаз с использованием АПК успешно применяли, начиная с 1-х сут, до 2–3 раз при возникающих рецидивах.

Результаты. Из 81 пациента, которым был проведен эндоскопический гемостаз с применением АПК, без хирургического лечения были выписаны 65 пациентов (80,25%). Прооперированы 8 пациентов (10%), из них 6 – из-за несостоятельности гемостаза и 2 — ввиду высокого риска кровотечения.

Летальность в группе пациентов с эндоскопическим гемостазом составила 10% (8 пациентов).

Заключение. Проведенный анализ результативности АПК при эндоскопическом гемостазе позволил сделать ряд выводов:

- 1) применение АПК при активном кровотечении дает возможность отказаться от хирургической тактики лечения ЖКК;
- 2) АПК как метод гемостаза при кровотечении из сосудов большего диаметра наиболее эффективна в сочетании с инъекционным методом;
- 3) АПК в отсроченном порядке позволяет существенно снизить риск рецидивов ЖКК;
- 4) АПК может являться альтернативой хирургическому лечению первого рецидива ЖКК;
- 5) мы считаем, что неудачи в применении АПК напрямую коррелируют, в первую очередь, с опытом эндоскописта, а также с локализацией источника и с диаметром кровоточащего сосуда. При диаметре сосуда, превышающем 2 мм, АПК может рассматриваться только как временный гемостаз, дающий возможность подготовить больного к хирургическому вмешательству.

Таким образом, способ АПК при гастроудоденальных кровотечениях, применяемый в клинике, высокоэффективен, имеет малое количество осложнений и является методом выбора при данной патологии.

ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

¹А.Е. Демко, ²Г.И. Синенченко, ³М.Г. Зайцев

¹Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе

Санкт-Петербург, Р Ф

В современной литературе имеются немногочисленные сообщения об особенностях клинической картины и тактике лечения стенозирующих дуоденальных язв, сочетающихся с кровотечением. Тем не менее, эти осложнения являются наиболее опасными в связи с развитием синдрома взаимного отягощения, что значительно ухудшает прогноз и исход заболевания.

С 2003 г. нами были пролечены 56 пациентов с язвенной болезнью 12-перстной кишки (ДПК), осложненной одновременно стенозом и кровотечением. При диагностической эндоскопии отчетливо определить источник язвенного кровотечения и оценить степень устойчивости гемостаза удалось только в 81% случаев. У 8,3% больных из-за выраженных морфологических изменений в зоне язвенного стеноза выявление источника кровотечения оказалось невозможным, а у 10,7% пациентов язвенный дефект был осмотрен частично. Таким образом, у этих пациентов значительно снижается роль лечебной эндоскопии.

У больных с субкомпенсированным язвенным стенозом ДПК, сочетающимся с кровотечением, классические критерии оценки тяжести кровотечения могут приводить к заблуждению, поскольку показатели красной крови не отражают объективного состояния объема кровопотери. Изменения в гемостазе организма, связанные со стенозом ДПК, у большинства этих пациентов приводят к гемоконцентрации. Так, средние значения гемоглобина у этих больных даже при тяжелой кровопотере остаются в пределах 115,3±5,1 г/л. В большей степени клиническая оценка тяжести кровотечения должна строиться на показателях гемодинамики и объективных признаках желудочно-кишечного кровотечения. У пациентов с декомпенсированным стенозом показатели как гемодинамики, так и красной крови, не следует считать критериями, объективно отражающими тяжесть кровопотери. У данной категории больных при определении тяжести кровотечения на первый план выходят клинические признаки желудочно-кишечного кровотечения, длительность и частота его проявления, а также данные эндоскопического исследования. Наличие у таких больных выраженной тахикардии и гипотензии в большинстве случаев является отражением стойкой гиповолемии на фоне стеноза, даже при легкой степени кровопотери. Все это играет важную роль наряду с биохимическими показателями при оценке тяжести состояния этих больных.

В неотложном порядке были оперированы 34,8% пациентов, в отсроченном – 33%. Им произведена двухсторонняя поддиафрагмальная ваготомия и пилоропластика по Финнею, при которой хирург имеет возможность провести ревизию ДПК, обеспечить надежный гемостаз и адекватную проходимость пилородуоденального канала, что сводит к минимуму число таких послеоперационных осложнений как ранний гастроэктаз, кровотечения из залучивших язв, линии швов и острых изъязвлений слизистой оболочки желудка.

Послеоперационная летальность составила 6,3%; общая – 5,4%.

При сочетанных осложнениях язвы 12-перстной кишки, когда рубцовый стеноз осложняется кровотечением, ситуация не вписывается в общепринятые принципы хирургической тактики. Таким образом, только комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование данной категории больных с избирательным определением хирургической активности позволяет улучшить результаты лечения пациентов со стенозирующими кровоточащими язвами ДПК.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОГО И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ КАК ВАРИАНТА ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

¹О.В. Дмитриев, ²Г.И. Синенченко, ³Р.В. Ваשתко,

⁴М.И. Кузьмин-Крутецкий, ⁵М.И. Сафоев, ⁶К.С. Кремнев

¹Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе

Санкт-Петербург, Р Ф

Обследованы 516 больных с клиникой дивертикулярного кровотечения (ДК). У 483 больных (94%) ДК являлось самостоятельным осложнением дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК) – I группа, у 33 больных (6%) кровотечение отмечалось при перфорации или микроперфорации дивертикула – II группа.

В I группе причиной кровотечения была арозия сосуда, в области шейки дивертикула. В 93% случаев при микроскопии обнаруживались признаки хронического рецидивирующего воспаления в слизистой и подслизистой оболочках с патологической трансформацией расположенных в ней сосудов. В этой группе отмечались кровотечения тяжелой (52%) или средней степени тяжести (38%). У 112 больных (23%) ДК носили рецидивирующий характер. Обязательная лечебно-диагностическая программа включала: проведение инфузионной гемостатической терапии, гемо- и плазмотрансфузии, выполнение фиброколоноскопии (ФКС). В большинстве случаев (96%) удалось остановить кровотечение из дивертикула благодаря консервативной гемостатической терапии и лечебно-диагностической ФКС. Срочное оперативное вмешательство проводили только по жизненным показаниям, при возникновении рецидива профузного массивного кровотечения у 18 больных (3,7%). Объем оперативного вмешательства определялся распространенностью ДБТК: резекция сигмовидной кишки – 3, левосторонняя гемиколэктомия – 10, субтотальная колэктомия – 4 больных. Операцией выбора являлась обструктивная резекция толстой кишки. У одного больного в связи с крайне тяжелым состоянием было выполнено наложение проксимальной двухствольной колостомии. Послеоперационная летальность составила 33,3%.

Во II группе причинами кровотечения являлась гнойная деструкция или некроз стенки дивертикула с переходом на область его шейки. Как правило, кровотечение из сосудов дивертикула отмечалось в этом случае на начальной стадии заболевания, в период от 1 до 3 суток, до манифестации его островоспалительных проявлений. У 26 больных (79%) ДК отмечалось при перфорации дивертикула в толщу брыжейки или жирового подвеса толстой кишки, что было обусловлено прохождением в данных областях перфорантных сосудов, питающих стенку толстой кишки. В отличие от предыдущей группы ДК имели легкую (54,5%) или среднюю (33,3%) степень тяжести. Только у 4 больных (12,2%) кровотечение носило массивный профузный характер. ДК сочеталось у 12 больных (36%) с образованием перидивертикулярного инфильтрата, у 18 (55%) – перидивертикулярного абсцесса, у 3 (9%) – с явлениями разлитого перитонита. В большинстве случаев (78%) наличие кишечного кровотечения на начальной стадии перфорации дивертикула существенно скрывало наличие воспалительного процесса и нередко доминировало в клинической картине заболевания. Кроме того, мы наблюдали 2 больных с перфорацией дивертикула в толщу брыжейки сигмовидной кишки с формированием нагноившихся гематом брыжейки. Еще у одного больного перфорация дивертикула в свободную брюшную полость сопровождалась не только признаками кишечного кровотечения, но и значительным (до 0,6 л) внутрибрюшным кровотечением, что в значительной степени меняло привычную для данного вида перфорации клиническую картину заболевания. Рецидивы ДК в данной группе встречались крайне редко из-за формирования и роста грануляционной ткани на фоне вялотекущего воспаления в области шейки дивертикула. ФКС выполняли у 17 больных (52%) при отсутствии перитонеальных симптомов, еще у 13 больных (39%) с сомнительной перитонеальной симптоматикой ФКС проводили после предварительной диагностической лапароскопии. У 3 больных (9%) с признаками толстокишечного кровотечения и явлениями разлитого перитонита экстренную ФКС выполняли интраоперационно. Хирургическую тактику определяли прежде всего локализацию перфорированного дивертикула, а также выраженность и распространенность имеющегося воспаления. Объем резекции толстой кишки ограничивался сигмовидной кишкой или ее сегментом (94%). У 18 больных была выполнена операция Гармана, резекция сигмовидной кишки с первичным анастомозом – у 15 больных. Послеоперационная летальность составила 9%.

- Заключение:**
- 1) ДК могут являться как самостоятельным вариантом осложненного течения ДБТК, так и начальными клиническими проявлениями острого осложненного дивертикулита или перфорации дивертикула.
 - 2) Изолированные ДК характеризуются среднетяжелым и тяжелым течением, имеют склонность к рецидивам и возникают, как правило, при распространенных формах ДБТК. В большинстве случаев (96%) консервативная гемостатическая терапия и методы эндоскопического гемостаза позволяют избежать выполнения срочных операций, которые при данной форме ДК имеют достаточно высокую послеоперационную летальность (33%).
 - 3) ДК на фоне возникшей перфорации дивертикула отличаются меньшей интенсивностью и имеют легкое или среднетяжелое течение без тенденции к рецидивам кровотечения.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРФОРАЦИИ ДИВЕРТИКУЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ
О.В. Дмитриев, Р.В. Вахетко, Г.И. Синенченко
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Изучены данные о 167 больных с перфорацией дивертикула толстой кишки. Типичную картину заболевания (острые боли в левой подвздошной области, сопровождающиеся фебрильной температурой и клинико-рентгенологическими признаками перфорации полого органа с явлениями местного или разлитого перитонита) наблюдали у 59 больных (35,3%). Стертое или малосимптомное течение при перфорации дивертикула отмечали у 52 больных (31,7%), наиболее часто – в случае перфорации дивертикула в толщу брыжейки толстой кишки. У 56 больных (33%) клиническая картина заболевания имитировала другие острые заболевания органов брюшной полости, малого таза и мочевыделительной системы особенно при развитии прикрытой перфорации дивертикула (38%). Отсутствие или сомнительная перитонеальная симптоматика при поступлении отмечена у 106 больных (63,4%), у 87 больных (52%) проявления системной воспалительной реакции также носили слабовыраженный характер (SIRS I-II). Абдоминальный сепсис наблюдали у 43 больных (25,5%), тяжелый абдоминальный сепсис с полиорганной недостаточностью (ПОН) – у 22 больных (12,5%), явления инфекционно-токсического шока (ИТШ) – у 15 больных (10%). Диагностическая программа включала все доступные методы инструментальной диагностики данного осложнения ДБТК на этапе экстренной и неотложной помощи. Обзорная рентгенография брюшной полости – скрининговый метод диагностики, и ее производили всем больным при поступлении. Ложноотрицательные результаты отмечены у 115 больных (69%), свободный газ под куполами диафрагмы – у 23 больных (13,7%), горизонтальные кишечные уровни – у 29 больных (17,3%). Чувствительность метода составила 31,2%. Ультразвуковое исследование также выполняли всем больным без исключения. Ложноотрицательный результат наблюдали у 85 больных (50,8%), свободную жидкость в брюшной полости определили у 24 больных (14,3%), наличие инфильтрата – у 29 больных (17,3%), межпетельного абсцесса – у 20 больных (12,2%), абсцесса малого таза – у 9 больных (5,4%). Чувствительность метода составила 49,2%. Фиброколоноскопия (ФКС) выполняли 33 больным (19,7%) при наличии кишечного кровотечения или обнаружении инфильтрата, отграниченного абсцесса или опухолевого образования брюшной полости при условии отсутствия перитонеальных симптомов. При выполнении ФКС у 5 больных (15,1%) была выявлена перфорация дивертикула, признаки острого дивертикулита наблюдали у 16 больных (48,4%), наличие дивертикулов как источника кровотечения – у 8 больных (24,2%), ФКС была неинформативна у 4 больных (12,3%) вследствие стеноза или острой ангуляции просвета толстой кишки, что, как правило, отмечалось на более поздних сроках заболевания. Чувствительность метода – 100%, специфичность – 87,7%. Диагностическая лапароскопия (ДЛ) была выполнена 116 больным (69,4%). В экстренном порядке – при наличии признаков местного или разлитого перитонита с целью выявления его источника, а в некоторых случаях – срочная или отсроченная ДЛ при подозрении или появлении перитонеальных симптомов, а также определении характера инфильтрата или образования брюшной полости. При ДЛ у 47 больных (40,5%) выявлено неспецифическое воспаление толстой кишки и перитонеальной области, у 31 больного (26,7%) обнаружены признаки осложненного течения дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК), у 29 больных (25,3%) – осложненного рака толстой кишки, ДЛ была неинформативна у 9 больных (7,7%) вследствие выраженного спаечного процесса брюшной полости. Эффективность ДЛ была значительно выше в первые сутки от начала заболевания: чувствительность – 100%, специфичность – 67%. На более поздних сроках заболевания при развитии обширных инфильтратов и рубцово-спаечного процесса в брюшной полости данные показатели существенно снижались: чувствительность – 85%, специфичность – 17,6%. Общая чувствительность метода составила 92,3%, специфичность – 26,7%. Ирригоскопия выполняли у 16 больных (9,6%) при отсутствии признаков перитонита, выраженного внутрибрюшного воспаления и патологического экссудата в ходе предварительной ДЛ. Наличие дивертикулов обнаруживали у 7 больных (43,4%), признаки острого дивертикулита – у 2 больных (12,5%), стеноза и деформацию просвета толстой кишки – у 3 больных (17,5%). Исследование было неинформативным у 4 больных (26,6%). Чувствительность метода составила 73,4%, специфичность – 56,2%. Перфорация дивертикула толстой кишки была установлена у 6 больных (3,5%) при поступлении в стационар на основании анамнестических данных, у 38 больных (22,7%) – при дополнительном обследовании в дооперационном периоде, у 31 больного (18,5%) – в ходе ДЛ, у 50 больных (30%) – при выполнении оперативного вмешательства, у 42 больных (25,3%) – после патологоанатомического исследования. Позднюю госпитализацию наблюдали у 27 больных (16,2%), позднюю диагностику – у 12 больных (7,2%), гипердиагностику рака толстой кишки – у 43 больных (25,7%), недооценку распространенности ДБТК – у 34 больных (20,3%).

Заключение:
1. Особенности клинической картины, а также эффективность и спектр используемых методов инструментальной диагностики при перфорации дивертикула зависят прежде всего от анатомо-топического варианта имеющейся перфорации и от сроков ее возникновения.
2. Учитывая различную эффективность используемых диагностических методов, целесообразно осуществлять своевременную и комплексную диагностику данного осложнения ДБТК на этапе оказания экстренной и неотложной помощи.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ И ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОПИАТАМИ
Ю.С. Дорожкин, И.А. Большакова
Станция скорой медицинской помощи
Новосибирск, РФ

Был проведен анализ карт вызова скорой медицинской помощи за 2012 и 2007 гг. к пациентам Советского района Новосибирска, которым был выставлен диагноз отравления опиатами (ОА).

Всего в течение 2012 г. зарегистрировано 39 случаев ОА. Диагноз выставляли на основании анамнеза и объективных данных: наличия на коже следов от инъекций, нарушений сознания (в 100% случаев), мимоза (87%), цианоза (33%), редкого или поверхностного дыхания (у 79%). В 20,5% ОА сочеталось с алкогольным опьянением. Состояние пациентов было расценено как тяжелое в 74% случаев, средней степени тяжести – в 21%, как удовлетворительное – в 5%. Из нарушений сознания кома зарегистрирована в 60% случаев, сопор – в 20%, оглушение – в 20%. Средняя оценка по шкале комы Глазго составила 7,7 балла. Дыхательные нарушения в 4 случаях (10,25%) достигли степени апноэ. Гемодинамика пациентов, как правило, не страдала – в 74% случаев, а в 23% зафиксирована артериальная гипертензия. Лишь в одном случае на момент прибытия бригады АД не определялось.

Помощь пациентам оказывали введением Налоксона в 38 случаях из 39 (97,4%), в 25,6% случаев потребовалось проведение кратковременной ИВЛ мешком Амбу, в двух из них в связи с развитием тяжелой постгипоксической энцефалопатии потребовалась аппаратная ИВЛ во время транспортировки в стационар. Доза введенного Налоксона колебалась от 0,2 до 1,6 мг, в среднем – 0,63 мг. В 31,5% случаев дополнительно вводились дыхательные аналептики, а в одном случае Кордиамин и Кофеин вводили без использования Налоксона. В 2 случаях тяжелой постгипоксической энцефалопатии в процессе транспортировки проводили инфузию Цитофлавина. В 2 случаях вследствие развития судорожного синдрома потребовалось введение Диазепала. В 7,7% случаев потребовалось промывание желудка вследствие сочетанного действия опиатов с алкоголем. В 23% случаев пациенты доставлялись на госпитализацию в токсикологическое отделение (из них госпитализировано 66,7%), в 77% оставались на месте (отказ от госпитализации). За год не зарегистрировано случаев смерти от отравления опиатами ни до приезда, ни в присутствии бригады скорой медицинской помощи. Группу сравнения (2007) составила 119 человек, из которых у 5% констатирована смерть до прибытия бригады скорой помощи. Из остальных 113 пациентов на госпитализацию доставлены всего 2,6%, госпитализированы – 2, остальные 110 были оставлены на месте.

Таким образом, за 5 лет количество вызовов к пациентам с отравлениями опиатами на территории Советского района Новосибирска уменьшилось в 3 раза. Однако потребность в их госпитализации возросла с 2,6 до 23%. В большинстве случаев отравлений опиатами достаточным оказывается проведение кратковременной респираторной поддержки через лицевую маску и введения антагониста опиатов Налоксона в дозе 0,4–0,8 мг. Недостаточная эффективность Налоксона может свидетельствовать о развитии гипоксического поражения головного мозга. В этих случаях требуется транспортировка в стационар на фоне проведения аппаратной ИВЛ и введения нейротропных (антигипоксантов). При одновременном указании на прием алкоголя и недостаточной эффективности антидотной терапии показано зондовое промывание желудка. Показания к введению дыхательных аналептиков четко не определены. Во всяком случае, их можно эффективно использовать при отсутствии специфических антидотов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
А.Е. Добровольская, Г.А. Прокопович, Е.Ю. Тявкина,
В.Э. Пашковский, А.Г. Софронов
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе,
Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова
Санкт-Петербург, РФ

Цель и задачи исследования. Определить распространенность пагубного употребления алкоголя, а также алкогольной и наркотической зависимости среди пациентов токсикологического стационара.

Материал и методы исследования. Сплошным методом обследованы 516 больных, поступивших в токсикологическое отделение НИИ СП им. И.И. Джanelидзе Санкт-Петербурга. Наркологические диагнозы ставили в соответствии с критериями МКБ-10 по результатам клинического интервью с заполнением формализованной карты обследования пациента. Всем больным выполнен химико-токсикологический анализ крови и мочи.

Результаты исследования. Выявлен высокий процент больных с наркологической патологией (79,2%) среди пациентов токсикологического стационара. Пагубное употребление алкоголя или алкогольная зависимость отмечена у 47,8% получавших лечение. Доля наркозависимых составила 31,4% от всех госпитализированных. Только 3,1% больных от общего числа поступивших сообщили о том, что состоят на наркологическом учете, 10,2% всех поступивших получали лечение анонимно без постановки на наркологический учет. Подлежащее количество острых отравлений явилось результатом передозировки алкоголя или наркотиков (73,3%). В этих случаях отравление было связано с неверным расчетом дозы алкоголя или наркотических веществ, предшествующим спонтанным или вынужденным воздержанием от их приема и как следствие снижением толерантности.

Основные токсиканты при острых отравлениях: метадон (24,8%), этанол (15,8%), производные барбитуровой кислоты (9,0%). В 23,7% случаев отмечены отравления прочими психоактивными веществами или их смесью (героин, амфетамины, каннабиноиды, оксибутират натрия).

Выводы. Среди пациентов токсикологического стационара преобладают больные, страдающие алкогольной и наркотической зависимостью. Основной причиной госпитализаций с явлениями острого отравления является передозировка ПАВ. Среди больных, поступающих в токсикологический стационар, количество лиц, фактически страдающих наркологической патологией, намного превышает количество пациентов, состоящих на наркологическом учете, причем большая часть этого «неучтенного» контингента не получает наркологического лечения. Представляется целесообразной организация дополнительной наркологической помощи в условиях токсикологического стационара.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ
М. Драйер, И.И. Кирсанов, А.А. Гуляев, П.А. Ярцев,
В.Д. Левитский, К.А. Мамедов
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Актуальность. Несмотря на активное и успешное использование видеолaparоскопической герниопластики в плановой хирургии, при ущемленных паховых грыжах данный метод до настоящего времени не нашел широкого применения.

Цель исследования: оценить возможности лапароскопии в диагностике и лечении больных с ущемленными паховыми грыжами.

Материал и методы. Материалом исследования послужили результаты диагностики и лечения 61 пациента с ущемленной паховой грыжей, оперированного за период с 2009 по 2013 гг. Преобладали больные трудоспособного возраста. Время от ущемления грыжи и до поступления в стационар в среднем составило 6,4±3,3 ч.

Для оценки эффективности использования лапароскопического метода в диагностике и лечении ущемленных паховых грыж больные были распределены на две группы: основную группу составил 31 пациент, который был оперирован эндоскопическим методом; в группу сравнения вошли 30 пациентов, оперированных по методике Лихтенштейна.

Результаты исследования. Лапароскопию при ущемленной паховой грыже использовали: с целью оценки состояния ущемленного органа и решения вопроса о дальнейшей тактике оперативного вмешательства; при подозрении на пристеночное ущемление; для оценки кишки при состоянии после ущемления, при сохранении болевого синдрома.

Противопоказаниями к лапароскопической герниопластике при ущемленных паховых грыжах считали: тяжелую сопутствующую патологию, не позволяющую выполнить операцию в условиях напряженного пневмоперитонеума; наличие осложненной ущемленной паховой грыжи (перитонит, флегмона грыжевого мешка).

Преимуществом лапароскопии является возможность самостоятельного вправления грыжи при внутривенном наркозе за счет релаксации и растяжения тканей передней брюшной стенки. У 26 больных (83,8%) в основной группе происходило самостоятельное вправление. В 4 наблюдениях (12,9%) для расширения ущемляющего кольца внутрибрюшное давление увеличивали до 18 мм рт.ст. на промежуток времени от 10 до 60 с, при этом изменений гемодинамики не было отмечено. У 5 пациентов (16,1%) даже при увеличении давления газа до 20 мм рт.ст. не происходило вправления ущемленных органов в брюшную полость. Для рассечения ущемляющего кольца нами предложено использование инструмента *LigaSure Atlas*, что было особенно важно при ущемлении петли кишки.

Заключение. Таким образом, использование малоинвазивных методов при ущемленной паховой грыже за счет меньшей операционной травмы передней брюшной стенки позволило сократить сроки реабилитации пациентов, уменьшить количество послеоперационных осложнений со стороны операционной раны, а также сроки стационарного лечения в основной группе до 5,9 койко-дня против 7,9 койко-дня в группе сравнения. Мы считаем, что пред-ставленные сроки лечения в основной группе превышают реально необходимые, что связано с наступорженным отношением хирурга к новой методике операции. Обращает на себя внимание, что в конце 2012 г. средние сроки стационарного лечения после лапароскопической операции составили уже 4,2±0,3 сут.

ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТАКТИКИ DAMAGE CONTROL У РАНЕНЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМИ ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

В.Э. Дубров¹, И.А. Палтышев², А.П. Колмоуц²

¹Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова,
²Главный военный клинический госпиталь внутренних войск
МВД РФ, МО Балашиха, ³Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Санкт-Петербург, РФ

Преобладающим видом комбинированной травмы являются термомеханические повреждения, которые в общей структуре составляют 5–10% (В.А. Иванцов и соавт., 2004; R. Noto, 1992).

Материал и методы: в исследовании проанализированы результаты лечения 93 раненых с комбинированными термомеханическими повреждениями (КТМП).

Для оценки эффективности дифференцированной хирургической тактики (*Damage Control Surgery* у *Early Total Care*) был проведен анализ продолжительности предоперационной подготовки, хирургической операции, клинических показателей после хирургических вмешательств.

Первую группу составили 59 пациентов (63,4%) с КТМП, которым был выполнен весь объем хирургической помощи одновременно. Преобладали раненые, поступившие в тяжелом и среднетяжелом состоянии, – 20 (33,9%) и 23 (38,9%) соответственно.

Во второй группе 34 пациентам (36,6%) проводили этапное устранение повреждений. Данную тактику чаще применяли у раненых, поступивших в крайне тяжелом состоянии – у 16 (47,1%).

Продолжительность предоперационной подготовки в обеих группах достоверно не различалась и составила при применении: традиционной тактики – 49,8±7,6 мин; тактики этапной хирургической помощи – 45,4±6,3 мин.

Дифференцированный подход к хирургическому лечению раненых позволил сократить время хирургической операции со 125,2±18,0 мин (традиционная тактика) до 71,4±14,0 мин (*DCS*).

При продолжительности хирургической операции более 2 ч летальность в послеоперационном периоде возросла с 3 до 6,8%. Это связано с феноменом «второго удара», декомпенсации систем организма на фоне дополнительной интраоперационной травмы.

К концу 1-х началу 2-х сут после ранения применение тактики этапного устранения повреждений у тяжелораненых позволило стабилизировать их состояние и приблизить показатели гомеостаза к показателям, которые бы позволили эвакуировать пострадавших авиатранспортом в тыловые госпитали.

Интраоперационная кровопотеря у раненых в группе с исчерпывающей хирургической тактикой была 840,4±36,8 мл. В группе с использованием тактики *DCS* она была в 2 раза меньше и составляла 476,6±27,6 мл.

Различий в средних значениях сроков эвакуации не выявлено: они составляли 2,7±0,7 и 2,5±0,8 сут. Отсутствие различий обусловлено тем, что сроки эвакуации не только зависят от тяжести состояния раненого и характера полученных им ранений, но и регламентируются Указаниями по военно-полевой хирургии (2000).

Таким образом, применение *DCS* на этапе оказания квалифицированной медицинской помощи у раненых с КТМП позволило уменьшить продолжительность предоперационной подготовки, длительность первой (экстренной) операции, кровопотерю и, как следствие, снизить тяжесть интраоперационной травмы.

АРТРОСКОПИЯ КАК МЕТОД ВИЗУАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С ОСТРЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОБЛАСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

А.К. Дулаев, В.В. Заяц, А.В. Дыдыкин

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. И.П. Павлова

Санкт-Петербург, РФ

Введение. Частота встречаемости повреждений голеностопного сустава составляет 25,2% среди всех травм опорно-двигательного аппарата, причем до 75% из них сопровождаются повреждением хряща суставных поверхностей.

Цель исследования. На основании анализа результатов хирургического лечения оценить эффективность артроскопической поддержки при лечении пострадавших с переломами в области голеностопного сустава.

Материал и методы исследования. В период с 2008 по 2013 гг. хирургическое лечение было выполнено у 67 пострадавших. Средний возраст составил 38,5 года (19–58 лет). Мужчины – 39 (58,2%), а женщины – 28 (41,3%). Средний возраст – 38,5 лет (19 лет – 58 лет). Артроскопию применяли у пострадавших с: изолированными разрывами дистального межберцового синдесмоза (8 случаев (11,9%)), изолированными переломами внутренней лодыжки (14 случаев (20,9%)), переломами заднего края большеберцовой кости (5 случаев (7,5%)), переломами переднего отдела большеберцовой кости (или отрывными переломами типа *Tillaux-Chaput*) (2 случая (3%)), комбинированными переломами наружной и внутренней лодыжек (23 случая (34,3%)), трехкомпонентными переломами (11 случаев (16,4%)), переломами таранной кости (4 случая (6%)). При этом у 42 пострадавших (62,7%) в ходе артроскопического контроля были диагностированы травматические повреждения хряща таранной или большеберцовой кости. Противопоказаниями для выполнения артроскопии считали случаи выраженного отека, переломовыхих области голеностопного сустава, открытые переломы, а также случаи, сопровождавшиеся сосудисто-нервными нарушениями. Для артроскопии голеностопного сустава использовали 30° широкоформатную оптику диаметром 2,7 мм и набор инструментов для малых суставов. Диагностику и внутрисуставные манипуляции осуществляли через стандартные переднелатеральный, переднемедиальный, заднелатеральный и заднемедиальные порты. В ходе артроскопического этапа выполняли лаваж, удаление кровяных сгустков, свободных внутрисуставных тел из полости сустава, обработку краев костных отломков и участков поврежденного хряща, закрытую репозицию внутрисуставных фрагментов при помощи спиц Киршнера, проведенных в отломки через кожу. Окончательно отломки фиксировали канюлированными винтами.

Результаты. В послеоперационном периоде в течение 3 недель выполняли иммобилизацию голеностопного сустава U-образной гипсовой повязкой с полным исключением нагрузки на прооперированную ногу. Затем гипсовую иммобилизацию заменяли на съемный ортез и начинали восстановление функции голеностопного сустава. В период с 6 по 8 нед разрешили дозированную нагрузку на прооперированную ногу. И на 9-й нед – хождение без дополнительной опоры. Удовлетворительными результатами считали отсутствие болевого синдрома и восстановление полной функции голеностопного сустава (56 пострадавших (80,6%)).

Выводы. Артроскопический контроль при лечении переломов области голеностопного сустава позволяет выполнить анатомически точную репозицию суставных отломков, исключает наличие свободных костно-хрящевых внутрисуставных тел, а в случае необходимости дает возможность удалить их, снижает травматичность оперативного вмешательства и уменьшает риск развития хронического болевого синдрома, посттравматического артроза и контрактуры голеностопного сустава.

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

А.К. Дулаев, А.Н. Цед

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
Санкт-Петербург, РФ

Проблема лечения пострадавших с тяжелыми множественными повреждениями опорно-двигательного аппарата занимает одно из ведущих мест в современной медицине по своей актуальности.

На сегодняшний день традиционной является тактика двухэтапного последовательного лечения пациентов с тяжелой политравмой – «*damage control*». Применительно к травматологии данная тактика предполагает использование методики внеочагового остеосинтеза, который при различных клинических ситуациях может оставаться окончательным видом фиксации либо конвертироваться в наkostный или интрамедуллярный остеосинтез. С развитием минимально инвазивных технологий остеосинтеза стало возможным их применение в качестве окончательного способа фиксации у пациентов с политравмой в ранние сроки госпитализации.

Целью нашего исследования являлась разработка и внедрение в клиническую практику усовершенствованных алгоритмов хирургического лечения переломов опорно-двигательного аппарата при политравме.

Материал и методы. Авторы ретроспективно изучили результаты лечения 38 пациентов с политравмой, находившихся под наблюдением в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе с 2010 по 2012 г. Критериями включения были: пациенты в возрасте от 18 до 75 лет с политравмой со степенью тяжести от 26 до 40 баллов по шкале *ISS* (с нестабильным состоянием) и сомнительным прогнозом для оперативного вмешательства $\pm T=12-24$ ч (по Ю.Н. Цибину), которым в различные сроки с момента поступления выполняли методы как последовательного, так и окончательного остеосинтеза. В соответствии с предложенными критериями все пациенты были разделены на две группы: основную – 17 человек, и контрольную – 21 пострадавший. В контрольной группе всем больным выполняли двухэтапный остеосинтез: на первом этапе, как правило, внеочаговый остеосинтез или скелетное вытяжение, а на втором этапе – интрамедуллярный или наkostный остеосинтез. Пострадавшим основной группы в первые 12 ч от момента поступления выполняли ранний исчерпывающий остеосинтез.

Результаты. Для определения эффективности предложенной тактики хирургического лечения в обеих группах исследования оценивали показатели летальности, среднюю продолжительность койко-дня, развитие осложнений в раннем послеоперационном периоде (пневмония, энцефалопатия, инфекционные осложнения, сепсис). Показатели летальности в контрольной группе составили 7,9% по сравнению с 2,6% в основной группе. Средний койко-день в основной группе с достоверностью $p<0,05$ был меньше и составил 11,6±2,5 сут (в контрольной группе – 19,8±3,3 сут). Достоверных различий в развитии таких осложнений как пневмония, энцефалопатия, сепсис и других инфекционных осложнений между группами получено не было в связи с незначительной выборкой. Однако необходимо отметить, что применение методики раннего исчерпывающего остеосинтеза позволяет выполнять раннюю активизацию с вертикализацией у пациентов с политравмой, что способствует снижению таких осложнений, как гипостатическая пневмония, пролежни, тромбозы глубоких вен нижних конечностей.

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕФИКСАЦИЯ ОТРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ ОТ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

А.К. Дулаев, В.В. Заяц, А.В. Дыдыкин

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Учреждение высшего профессионального образования
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Санкт-Петербург, РФ

Введение. Переломы межмыщелкового возвышения большеберцовой кости – это синоним отрыва передней крестообразной связки с костным фрагментом от большеберцовой кости. Наиболее часто такие повреждения возникают у пациентов молодого возраста и составляют 5 случаев на 100 000 человек населения.

Цель исследования. На основании анализа результатов хирургического лечения пострадавших с отрывными переломами межмыщелкового возвышения большеберцовой кости оценить эффективность выполнения анатомической репозиции и рефиссации передней крестообразной связки под артроскопическим контролем.

Материал и методы исследования. В период с 2011 по 2013 гг. под наблюдением находились 9 пострадавших с отрывными переломами межмыщелкового возвышения большеберцовой кости: трое мужчин (33,3%) и 6 женщин (66,7%). Средний возраст больных – 24±2 года. Всем пострадавшим выполняли рентгенографию поврежденного коленного сустава в стандартных передне-задней, боковой и аксиальной проекциях; КТ, а по необходимости – МРТ.

У 3 пострадавших (33,3%) повреждения носили III, у 5 (55,6%) – II и у 1 (11,1%) – IV тип переломов по классификации *Mayer and Mc Keevers* (1959), дополненной *B. Zaricznyj*.

Хирургическое лечение выполняли через стандартные артроскопические доступы: удаляли интерпозицию мягких тканей в межотломковой зоне, обрабатывали раневые поверхности, выполняли анатомически точную репозицию ретрагированного костно-связочного фрагмента и его фиксации. Для этого основание передней крестообразной связки прошивали 2–3 лигатурами из нерассасывающегося материала. Через дополнительный разрез (1,0–1,5 см) в большеберцовой кости, по обе стороны от места отрыва межмыщелкового возвышения проводили 2 независимых внутрикостных канала, через которые затем проводили свободные концы лигатур. После натяжения лигатуры парно завязывали в положении сгибания в коленном суставе под углом 160°–165°.

Результаты. По данным рентгенографии сращение переломов наступило в сроки от 2,5 до 3 месяцев после хирургического лечения, без признаков вторичного смещения отломков. Полное восстановление функции сустава наблюдали в эти же сроки у 8 больных (88,9%). У 1 пострадавшего развился «циклоп-синдром». После артроскопической обработки места перелома и notch-пластики функция сустава восстановилась. К прежней физической активности пострадавшие смогли вернуться в сроки от 4,5–7 месяцев после хирургического вмешательства.

Вывод. Выполнение анатомически точной репозиции и трансоссальной рефиссации отрывных переломов межмыщелкового возвышения большеберцовой кости под артроскопическим контролем позволяет создать условия для восстановления функции передней крестообразной связки и всего сустава в целом, давая возможность вернуть пациента к полноценной физической активности в средние сроки после полученной травмы.

ЭХОСЕМИОТИКА И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Н.К. Ермолаева, С.С. Маскин

Волгоградский государственный медицинский университет МЗ России
Волгоград, РФ

Цель. Уточнить эхоэмиотику и диагностическую значимость ультразвукового исследования (УЗИ) при закрытой травме органов брюшной полости (ЗТОБП).

Материал и методы. С 2000 по 2010 г. обследованы 485 пациентов с подозрением на ЗТОБП. У 261 (54,3%) – выявлены повреждения внутренних органов (ПВО) при УЗИ. Изолированные ПВО были у 109 пациентов, множественные – у 155. УЗИ выполнены на аппарате SonoAce 8800 Medison конвексным датчиком 3,5 и 5 МГц и аппарате Sonolain SL1 механическим секторальным 3,5 МГц и линейным датчиком 3,5 МГц в В-режиме.

Результаты. Повреждений печени – 26, селезенки – 70, поджелудочной железы (ПЖ) 22, мочевого пузыря (МП) – 22, брыжейки – 13, тонкой кишки – 15, забрюшинная гематома (ЗГ) – 22, почек – 67, разрыв мышц живота – 4.

Выявлены УЗ-признаки разрыва паренхиматозных органов (печень, селезенка) – неровность и прерывистость контуров с возможной визуализацией линии разрыва в виде анэхогенной полости, неоднородность паренхимы (внутриорганные гематомы в виде гипо-, гиперэхогенных или неоднородных структур в зависимости от стадии гематомы) с неровными, нечеткими контурами, свободная жидкость в брюшной полости (БП). Информативность УЗИ следующая: чувствительность (Ч) – при повреждении печени – 94,4%, селезенки – 97,2%; специфичность (С) – 99,2 и 98,5%; общая точность (ОТ) 98,9% и 98,4% соответственно.

Основными УЗ-признаками повреждения (разрыва) ПЖ были: неровность, нечеткость контура органа или его части соответственно месту повреждения в сочетании с локальным или диффузным увеличением размеров ПЖ, неоднородная структура, жидкость в сальниковой сумке и БП. При ушибе ПЖ ультразвуковая картина соответствовала таковой при остром панкреатите. Информативность УЗИ была: Ч – 83,9%, С – 99,2%, ОТ – 98,2%.

При повреждении полых органов (кишка) основными УЗ признаками были: свободная жидкость, расширение диаметра кишки, отсутствие перистальтики. Информативность составила: Ч – 55%, С – 100%, ОТ – 98,4%.

Были выявлены следующие УЗ-признаки повреждения почки – увеличение размеров, изменение контура и нарушение его целостности, расширение собирательной системы, выявление подкапсульных и забрюшинных гематом. Информативность: Ч – 63,1%, С – 99,8%, ОТ – 93,9%.

При внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря выявляли свободную жидкость в брюшной полости при первичном УЗИ или после заполнения мочевого пузыря жидкостью. При внебрюшинном разрыве выявляли эхогенные структуры (струпки) в просвете и анэхогенные перивезикальные включения. Информативность составила: Ч – 81,2%, С – 100%, ОТ – 99,5%.

Информативность УЗИ при гемоперитонеуме: Ч – 83,6%, С – 97,7%, ОТ – 94,4%. Минимальное количество выявляемой жидкости было около 100 мл.

При множественной и сочетанной травме основным УЗ-признаком ПВО является свободная жидкость в брюшной полости. Информативность УЗИ повышается в динамическом режиме: Ч при поступлении – 87%, в динамике – 91,4%, С – 95,6–97,1% и ОТ – 92,1–94,0% соответственно.

Заключение. УЗИ при ЗТОБП целесообразно применять в качестве скрининговой диагностики. При использовании УЗИ в динамическом режиме его информативность и диагностическая значимость возрастает.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СЕЛЕЗЕНКИ

А.С. Ермолов, А.А. Гуляев, П.А. Ярецев, О.А. Черныш, В.Д. Левитский, И.И. Курсанов

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

Цель работы. Оценить возможность выполнения лапароскопической спленэктомии при повреждении селезенки.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 35 пациентов с повреждением селезенки, которым была выполнена лапароскопическая спленэктомия за период с 2009 по 2013 гг. У всех больных была диагностирована травма селезенки II и III степени по классификации AAST. Возраст пациентов составил 33,4±15,3 года. Женщин – 13 (37,1 %); мужчин – 22 (62,9 %). Алгоритм диагностики на этапе приемного отделения включал осмотр хирургом, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенография органов груди и живота, клинический анализ крови и мочи. Для верификации диагноза при подозрении на повреждение селезенки выполняли компьютерную томографию при наличии стабильной гемодинамики у пациентов. Тяжесть повреждений оценивали по шкале ISS, и она составила 20,4±4,6. Тяжесть состояния оценивали по шкале RTS, и она и составила 7,512 ± 0,530. У 15 пациентов (42,9%) была II степень повреждения селезенки, у 20 больных (57,1%) – III степень. Время от момента получения травмы до операции в среднем составило 31,7 ± 47,3 ч (с учетом больных с подкапсульной гематомой селезенки). Интенсивность внутрибрюшного кровотечения у пациентов, оперированных лапароскопическим способом, не превышал 500 мл/ч (по данным динамического УЗИ).

Результаты. Показанием к выполнению диагностической лапароскопии являлась неясная клиническая и инструментальная картина у пациентов с абдоминальной травмой, а также необходимость верификации диагноза и определения степени повреждения при травме селезенки. Показаниями к лапароскопической спленэктомии являлись повреждения селезенки II и III степени по AAST. Операцию начинали с диагностического этапа лапароскопии в положении пациента на спине. При верификации диагноза и отсутствии других повреждений органов брюшной полости выполняли лапароскопическую спленэктомию в положении пациента на правом боку. Основные этапы операции: пересечение связочного аппарата селезенки при помощи ультразвукового скальпеля *Harmonic UltraCision* или электролигирующего инструмента *Ligasure Atlas*. Ножка селезенки также пересекалась инструментом *Ligasure Atlas*. Удаленный орган фрагментарно удаляли из брюшной полости в эндоконтэйнере через прокол от троакара в левом подреберье. Среднее время операции составило 145,5 ± 47,1 мин. Средний объем общей кровопотери 0,5±0,4 л. В послеоперационном периоде осложнений, связанных непосредственно с операцией, не отмечено. Среди пациентов с тяжелой сочетанной травмой, которым была выполнена лапароскопическая спленэктомия, было 2 смертельных исхода в послеоперационном периоде, причиной которых являлась тяжелая черепно-мозговая травма.

Заключение. Лапароскопическая спленэктомия может являться адекватной альтернативой «традиционной» спленэктомии у пациентов с повреждениями селезенки II и III степени по AAST.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.С. Ермолов, М.Л. Роголь, П.А. Иванов, Д.А. Благовестнов, А.Н. Лотов, С.А. Бузаев, С.Н. Новосел, З.М. Озова, Е.В. Степан, Ф.Р. Алмакаев, Д.А. Омелянович, К.Т. Ааханова, Н.Б. Иселиани

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Российская академия последипломного образования
Москва, РФ

Цель исследования: оценка результатов различных подходов к тактике лечения пострадавших с травмой поджелудочной железы (ПЖ).

Материал и методы. За последние 20 лет наблюдали 347 пострадавших с травмой ПЖ. Из исследования исключены 42 пациента, которые умерли в течение 2 сут после травмы от тяжести сопутствующих повреждений. Все больные оперированы. Характер операции зависел от степени повреждения ПЖ.

Результаты. С 1991 по 1995 г. наблюдали 77 пациентов, умерли 16 (20,8%), гнойные осложнения отмечались у 39 (50,7%). Высокая летальность и частота гнойных осложнений побудили к поиску путей их снижения. Данные аутопсии 22 умерших с травмой ПЖ убедили нас, что травматический панкреатит является закономерным результатом травмы ПЖ. В связи с этим каждый пострадавший с травмой ПЖ стал нами рассматриваться как больной с травматическим панкреатитом. Этот подход принес свои положительные результаты. Летальность снизилась до 13,2%, а частота гнойных осложнений – до 36,8%. Анализ зависимости результатов лечения от характера хирургических вмешательств показал, что при дренировании зоны повреждения ПЖ осложнения наблюдались у 34,2% пострадавших, летальность – 10,7%. Ушивание раны ПЖ приводило к росту осложнений и летальности до 51,6% и 15,2% соответственно. При дистальной резекции ПЖ осложнения развились у 38,1% больных, а летальность составила 14,3%. При операциях без дренирования сальниковой сумки или при тампонировании зоны повреждения гнойные осложнения достигали 77,8%, а летальность – 44,4%.

Ретроспективный анализ результатов лечения в зависимости от соблюдения принципов хирургической обработки и сроков начала антисекреторной терапии показал, что среди 158 пациентов с полным соблюдением указанных принципов лечения осложнения возникли у 24 (15,2%), умерли 12 (7,6%). Из 86 больных с запаздыванием в сроках начала антисекреторной терапии на 3–4 сут или при нарушении принципов хирургической обработки осложнения были у 46 (53,5%), умерли 15 (17,4%). Среди 48 пациентов с отступлением от вышеперечисленных принципов осложнения развились у 41 (85,4%), умерли 18 (37,5%).

Заключение: таким образом, за последние 20 лет хирургическая тактика у пострадавших с травмой ПЖ претерпела значительные изменения в сторону ограничения операций на ПЖ с обязательным дренированием сальниковой сумки.

ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ТРАВМ

У.У. Жабборов, З.Д. Каримов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Гормональный статус при физиологической беременности изучен достаточно хорошо, имеет место ряд работ, рассматривающих гормональные показатели при патологическом течении беременности, но исследований, рассматривающих гормональный статус беременных при травмах, практически нет.

Цель: изучить показатели хорионического гонадотропина, эстриола и прогестерона в крови у беременных женщин с различными видами травм в зависимости от срока гестации.

Материал и методы исследования. За истекшее время в РНЦЭМП и в его областные филиалы поступили 158 женщин (в выборку вошли беременные только с тяжелой травмой). Из их числа: после дорожно-транспортных происшествий (ДТП) – 66 (41,8%), бытовой травмы – 51 (32,3%), кататравмы – 20 (12,7%), термических ожогов – 21 (13,3%). Политравма отмечена у 18 беременных (11,4%), поступивших после ДТП и кататравмы, а летальность среди них составила 55,6% (умерли 10 женщин из 18).

Сроки беременности у пострадавших колебались от 8 до 40 нед. По сроку гестации до 12 нед беременности были 32 (20,2%), во втором триместре – 58 (36,7%) и в третьем триместре было 68 женщин (43,0%).

Возраст беременных колебался от 18 до 35 лет. Паритет пострадавших: первобеременных было 59 (37,3%), повторнородящих – 99 (62,6%).

В первом триместре беременности у женщин с различными видами травм анализировали человеческий хорионический гонадотропин (ЧХГ). Во втором и третьем триместре у беременных женщин изучали уровень прогестерона и свободного эстриола, так или иначе, уровень плацентарных гормонов в крови.

Результаты и их обсуждение. При анализе ЧХГ было выявлено следующее: что наиболее низкий уровень гормона оказался у больных с высотными травмами (42,8%) по сравнению с другими видами травм, а у беременных женщин с бытовыми травмами в первом триместре напротив, установлено незначительное снижение (25,0%) ЧХГ в крови. В среднем по группе у 32 беременных женщин с травмами и с малым гестационным сроком только у 12 (37,3%) отмечено снижение уровня гормона ЧХГ ниже нормы.

При анализе эстриола и прогестерона у беременных женщин во втором триместре с различными видами травм было выявлено, что наиболее низкий уровень гормона оказался у больных с высотными травмами (62,5%) и у беременных с ДТП (41,6%) по сравнению с другими видами травм. А у беременных женщин с бытовыми травмами (25,0%) и ожогами (33,3%) напротив, установлено незначительное снижение эстриола и прогестерона в крови. В среднем по группе у 58 беременных женщин во втором триместре с травмами только у 22 (37,9%) отмечено снижение уровня плацентарных гормонов ниже нормы.

Уровень плацентарных гормонов у беременных женщин с поздним гестационным сроком был следующим: почти во всех видах травм отмечено снижение уровня эстриола и прогестерона. Особенно это отмечается у больных с высотными травмами (60,0%), беременных с ДТП (50,0%) и ожогами (50,0%). У беременных женщин с бытовыми травмами напротив, только в 37,0% случаев установлено незначительное снижение эстриола и прогестерона в крови. В среднем по группе у 68 беременных женщин в третьем триместре с различными видами травм почти у большинства женщин (31 – 45,5%) отмечено снижение уровня плацентарных гормонов ниже нормы.

Вывод. Установлена прямая корреляционная связь уровня стероидных гормонов у беременных женщин с тяжестью полученной травмы.

**РОЛЬ ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЙ В РАЗВИТИИ НИИ СП
им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО
С.В. Журавель, А.В. Пинчук
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Трансплантология является высокотехнологичной, развивающейся отраслью медицины в России.

Трансплантация печени в России имеет более чем 20-летнюю историю. Первая трансплантация печени была выполнена в 1990 г. в РНЦХ группой хирургов под руководством проф. А.К. Ерамишанцева, в том же году трансплантация печени была проведена в Институте трансплантации органов и тканей под руководством академика В.И. Шумакова. К сожалению, в силу разных причин к концу 90-х гг. XX столетия в России выполняли только родственные трансплантации печени.

Московский центр трансплантации печени НИИ СП им. Н.В. Склифосовского был открыт в марте 2000 г. в одном из 2-этажных флигелей (корпус № 5) бывшего Странноприимного дома графа Н.П. Шереметева, являющегося памятником архитектуры начала XIX в.

Необходимость открытия отделения трансплантации печени в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского возникла давно. Это было связано как с большой потребностью в этом вмешательстве жителей города (~20 на 1 000 000 населения ежегодно), так и с поступлением большого количества пациентов с декомпенсированным циррозом печени различной этиологии в отделение лечения острых эндотоксикозов НИИ СП, помочь которым консервативными мероприятиями нельзя и надеяться на благоприятный исход можно только в случае выполнения трансплантации печени.

Первая трансплантация печени в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского была проведена проф. А.В. Чжао 18 сентября 2000 г. и явилась стимулом для развития и внедрения трансплантационных программ во многих городах России.

17 декабря 2008 г. директором института чл.-кор. РАНН М.Ш. Хубутия была выполнена сотая ортопедическая аллотрансплантация печени.

В последние годы в институте открыты и успешно функционируют программы по пересадке почки и поджелудочной железы, сердца, легких, кишечника.

Появление трансплантационных программ оказало влияние на развитие всего института в целом. Так, в лечении трансплантированных пациентов задействовано большинство клиник и лабораторий института, возникли новые научные направления, связанные с трансплантологией, развиваются клеточные технологии, усовершенствовались подходы к проведению анестезиологического пособия и интенсивной терапии. Появление трансплантации способствовало внедрению высокотехнологичных хирургических вмешательств на печени, сердце, легких, поджелудочной железе.

**МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД VAC-ТЕРАПИИ
В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ЛЮДЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ
А.А. Захаренко, С.А. Поззун, Р.В. Ващетко,
О.В. Бабков, Д.А. Суров, Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен,
Н.Ю. Новицкая, В.А. Ильина, Д.В. Кодолов, А.А. Кулешов
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ**

Цель исследования. Усовершенствовать методику установки VAC-системы при лечении перитонита у больных с ожирением.

Материал и методы. Проведено экспериментальное исследование на 26 трупах умерших в возрасте от 55 до 80 лет людей. У каждого трупа оценивали соматометрические показатели: рост и вес, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). В соответствии с полученными данными, исходя из их трофологического статуса, все трупы были распределены на 3 группы: трупы с ожирением (ИМТ более 30 кг/м²) – 7, трупы с эйтрофическим статусом (ИМТ от 19 до 30 кг/м²) – 7, трупы с гипотрофическим (ИМТ менее 19 кг/м²) – 6.

Ход эксперимента: тотальная срединная лапаротомия, назогастроинтестинальная интубация тонкой кишки, дренирование всех отделов брюшной полости (8 дренажей), установка VAC-системы (*Suprasorb CNP, Lohmann&Rauscher*). Далее в каждый из дренажей одновременно вводили по 100,0 мл контрастного препарата (раствор NaCl 0,9% с добавлением брильянтового зеленого). Дренажи герметично перекрывали, после чего создавали отрицательное давление в брюшной полости на уровне 120 мм рт.ст. в течение 60 минут. Затем удаляли VAC-систему и оценивали количество оставшегося в брюшной полости раствора.

Результаты и их обсуждение. У трупов умерших людей с гипо- и эйтрофическим статусом достигнута практически полная элиминация введенного раствора. Однако при применении традиционного метода установки VAC-системы у трупов с ожирением в подавляющем большинстве случаев (у 6 трупов из 7) отмечены скопления контрастного раствора в малом тазу и межпеченочно в объеме 80,0 ± 10 мл. В связи с этим нами была разработана модифицированная методика наложения VAC-системы с тщательным укрыванием дренажной пленкой межпеченочных пространств тонкой кишки (это привело к трехкратному увеличению расхода пленки). Данная методика была апробирована у 6 трупов с ожирением согласно изложенному выше ходу эксперимента. В результате удалось значительно снизить остаточное количество раствора в межпеченочном пространстве до 20,0 ± 10 мл.

Выводы. Метод VAC-терапии является эффективным способом санации брюшной полости, при котором достигается практически полная элиминация патологического экссудата. Однако у пациентов с ожирением эффективность данного метода снижается в первую очередь за счет скопления патологического экссудата в межпеченочных пространствах и в малом тазу. Это может приводить к формированию межпеченочных абсцессов, являющихся достаточно часто встречающимся осложнением методики VAC-терапии (A.J. Fieger, F. Schwatlo, 2011) и являться причиной прогрессирования перитонита. Применение модифицированного метода VAC-терапии в эксперименте позволяет достоверно уменьшить количество патологического экссудата в брюшной полости за счет более эффективного дренирования межпеченочных пространств, что, по нашему мнению, должно значительно снизить вероятность формирования межпеченочных абсцессов и способствовать регрессу воспалительного процесса в брюшной полости.

**УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЫ ДЬЕЛАФУА ХИРУРГАМИ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**И.Г. Заговеньев, С.Н. Заговеньева, В.Р. Дубовко,
А.А. Полфунтиков, Л.С. Турушева**

**Шадринская больница скорой медицинской помощи
Шадринск, Курганская область, РФ**

В связи с развитием эндоскопии в последние годы все чаще диагностируются пороки развития и сосудистые аномалии желудка и пищевода, которые осложняются профузными кровотечениями. К этим порокам относится изолированное расширение артериовенозных соустьев подслизистой оболочки желудка – язва Дьелафуа. Два аутопсийных случая этой патологии впервые описал T. Gallard в 1884 г., но она стала широко известна с 1898 г., когда Дьелафуа первый выделил ее как отдельную нозологическую форму – «простое изъязвление».

Клиника заболевания. Чаще всего заболевание начинается без предвестников с признаками профузного внутреннего кровотечения. Основной метод диагностики – фиброгастроскопия (ФГС) в 98% случаев профузного кровотечения. При этом участок поражения может быть легко просмотрен. Как правило, видна эрозивная артерия, выступающая в просвет желудка в виде небольшого сосочка-кратера вулкана с центральным обесцвеченным участком среди нормально окрашенной слизистой оболочки. На высоте кровотечения виден фонтан артериальной крови. Прогноз зависит от своевременной диагностики и метода лечения. Ранее смертность достигала 80%. При развитии эндоскопических методов лечения летальность сократилась до 20%.

Представлено редкое наблюдение болезни Дьелафуа, диагностированное при жизни пациентки 34 лет, которая выздоровела. На высоте профузного кровотечения ей была выполнена клиновидная резекция язвы. У этой больной имело место кровотечение в четырех эпизодах за 19 дней лечения. Срочная ФГС: острая язва желудка с профузным артериальным кровотечением F-1-A (адрес просмотра видеоролика в интернете: <http://youtu.be/c9VUj6wlenk>). Клинический диагноз подтвержден гистологически при жизни пациента, имеются снимки препаратов, выполненные электронным микроскопом, и их описание. В трех последующих эпизодах кровотечения остановлено эндоскопическим методом. При повторных профузных артериальных кровотечениях неясной этиологии необходимо помнить об этой патологии. Обязательное условие – повторное проведение ФГС. Методом выбора лечебной тактики у данной категории больных должно быть повторное эндоскопическое лечебное клипирование эрозивного сосуда в язве, которое с успехом может заменить хирургический метод иссечения и прошивания язвы желудка. При неэффективности эндоскопического гемостаза показана лапаротомия, гастротомия, клиновидная резекция кровоточащей язвы с последующим гистологическим исследованием. Больная осмотрена через год, жалоб нет, при ФГС язва не определяется.

**АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПОСТУПАЮЩИХ В
МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР**

ПО ЭКСТРЕННЫМ И НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЯМ

**А.А. Захаренко, О.В. Бабков, Д.А. Суров,
Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен, Д.В. Кодолов**

**Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ**

Проведен анализ годового массива онкологических больных, поступивших в ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе».

За год в многопрофильный стационар поступили 280 больных с раком ободочной и прямой кишки, что составляет 22,1% от общего числа онкологических больных. По количеству пациентов данная нозологическая единица занимает лидирующее положение по сравнению с другими заболеваниями, превышая более чем в 2 раза количество пациентов, доставленных с раком желудка ($n = 146$), поджелудочной железы ($n = 108$), яичников ($n = 98$) и легких ($n = 97$).

Анализ степени распространенности опухолевого процесса показал, что более 80% пациентов с осложненным колоректальным раком, поступающих в институт, не имеют отдаленных метастазов, соответственно, им возможно выполнение радикальных оперативных вмешательств. Подобное распределение по стадиям отмечено и у онкогинекологических больных, где I–III стадии заболевания диагностированы более чем у 60% больных.

Из всего массива пациентов онкологического профиля, поступающих в многопрофильный стационар по экстренным и неотложным показаниям, колопроктологические больные лидируют как в численном отношении, так и в возможности проведения радикального лечения, причем из-за особенностей данной локализации опухоли и клинической картины заболевания, специализированная онкологическая помощь большинству из них показана на этапе многопрофильного стационара.

Постоянно обсуждаемым вопросом среди онкологов и неотложных хирургов является место оказания медицинской помощи больным с осложненным КРР. Первые обосновывают целесообразность создания отделений ургентной помощи в специализированных онкологических учреждениях. Теоретически это было бы идеальным вариантом, но пациентов с осложнениями КРР скорая помощь доставляет с синдромальными диагнозами. Только в 18% случаев диагноз КРР известен при поступлении в многопрофильный стационар. За год через отделение экстренной медицинской помощи ГБУ «Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе» прошли 59416 пациентов, из них только у 1266 (2,13%) диагностировано онкологическое заболевание. Пациенты с осложненным колоректальным раком составили 0,47% ($n = 280$) от общего числа поступивших в институт больных ($n = 59416$) и 5,7% от группы, где КРР подозревался на догоспитальном этапе ($n = 4054$).

Спектр ургентных хирургических патологий, скрывающийся под догоспитальными диагнозами, очень широк и требует наличия мощного фильтра – многопрофильного стационара, располагающего полным арсеналом специалистов и современных методов диагностики и лечения, доступных в круглосуточном режиме.

МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

А.А. Захаренко, В.М. Луфт, О.В. Бабков, Д.А. Суров, Д.А. Рудаков, А.В. Лапицкий, Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен, Д.В. Кодолов, М.В. Гринев

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
Санкт-Петербург, РФ

В послеоперационном периоде у больных колоректальным раком, осложненным перифокальным воспалением и абсцедированием, имеет место послеоперационный парез желудочно-кишечного тракта, наличие которого диктует необходимость проведения мероприятий, направленных на его коррекцию.

Цель исследования. Доказать эффективность применения нутриционной поддержки для коррекции послеоперационного пареза желудочно-кишечного тракта у больных колоректальным раком, осложненным перифокальным воспалением и абсцедированием.

Материал и методы. Исследование проведено в Санкт-Петербургском НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 2011–2012 гг. на опыте лечения 45 больных, прооперированных по поводу колоректального рака, осложненного перифокальным воспалением и абсцедированием. Больные были распределены на 2 группы. Контрольная группа (21) – больные, получающие общепринятую послеоперационную терапию, и основная группа (24) – больные, у которых общепринятая послеоперационная терапия была дополнена нутриционной поддержкой. Больным обеих групп на 1-е, 3-и и 5-е сутки послеоперационного периода проводилось измерение миеоэлектрической активности (МЭА) желудочно-кишечного тракта при помощи прибора гастроэнтеромонитор ГЭМ 01 «Гастроскан-ГЭМ».

Результаты. На 1-е сутки отмечалось достоверное ($p < 0,05$) равномерное снижение миеоэлектрической активности у больных основной и контрольной групп (желудок – $4,7 \pm 1,2$ мВт и $4,9 \pm 1,4$ мВт; 12-перстная кишка – $0,3 \pm 0,11$ мВт и $0,3 \pm 0,9$ мВт; тощая кишка – $0,5 \pm 0,2$ мВт и $0,4 \pm 0,15$ мВт; подвздошная кишка – $1,2 \pm 0,3$ мВт и $1,1 \pm 0,45$ мВт; толстая кишка – $2,9 \pm 0,55$ мВт и $3,2 \pm 0,7$ мВт – контрольная и основная группы соответственно). Однако уже к 3-м суткам показатель МЭА у больных основной группы приближался к нормальным значениям, в то время как МЭА у больных контрольной группы оставалась достоверно ниже ($p < 0,05$): желудок – $6,2 \pm 1,5$ мВт и $9,1 \pm 1,1$ мВт; 12-перстная кишка – $0,5 \pm 0,13$ мВт и $0,9 \pm 0,2$ мВт; тощая кишка – $1,4 \pm 0,4$ мВт и $2,9 \pm 0,6$ мВт; подвздошная кишка – $3,2 \pm 0,75$ мВт и $7,6 \pm 1,5$ мВт; толстая кишка – $7,7 \pm 1,2$ мВт и $14 \pm 2,1$ мВт). На 5-е сутки послеоперационного периода исследуемый показатель обеих групп соответствовал нормальным значениям и достоверно друг от друга не отличался: желудок – $8,4 \pm 1,9$ мВт и $11,1 \pm 2,1$ мВт; 12-перстная кишка – $0,9 \pm 0,3$ мВт и $1,2 \pm 0,25$ мВт; тощая кишка – $3,1 \pm 0,7$ мВт и $3,2 \pm 0,8$ мВт; подвздошная кишка – $7,3 \pm 1,1$ мВт и $8,9 \pm 1,4$ мВт; толстая кишка – $16,3 \pm 2,2$ мВт и $17,8 \pm 3,1$ мВт; $p > 0,05$.

Вывод. Применение нутриционной поддержки позволяет к 3-м суткам послеоперационного периода нормализовать миеоэлектрическую активность различных отделов желудочно-кишечного тракта и, как следствие, нормализовать моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта у больных с гнойно-воспалительными осложнениями колоректального рака.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

А.Е. Захарова¹, В.Л. Бараташвили¹, Е.А. Спиридонова^{2,3}

¹ Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова,
² ФНЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева,
³ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
Москва, РФ

Цель исследования: определить интенсивность болевого синдрома у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 90 карт вызовов бригад ССИНМП Москвы к больным ОИМ, осложненным кардиогенным шоком, аритмией, отеком легких. Диагноз был установлен по данным анамнеза, клинической картины, очаговых изменений на ЭКГ, в некоторых случаях – по данным тропонинового теста, в дальнейшем диагноз был подтвержден в стационаре. Больные были в возрасте: 20% (18) – старше 80 лет, 28,9% (26) – 70–80 лет, 16,7% (15) – 60–70 лет, 25,5% (23) – 50–60 лет, 8,9% (8) – менее 50 лет. В исследование включены 39 женщин (43,3%) и 51 мужчина (56,7%). Q-образующий инфаркт миокарда диагностирован у 67 из 90 больных (74,4%), Q-необразующий инфаркт – у 17 из 90 (18,9%). У 6 из 90 пациентов (6,7%) дифференцировать изменения сегмента ST не удалось. ОИМ передней локализации установлен в 15,5% случаев (14 из 90), переднебоковой локализации – в 25,6% (23 из 90). ОИМ нижней локализации выявлен в 41,1% наблюдений (37 из 90), из них в 24,3% (9 из 37) имел место инфаркт нижней локализации с вовлечением правого желудочка. Инфаркт миокарда боковой локализации диагностирован в 3,3% случаев (3 из 90), задней локализации – в 1,1% (1 из 90), циркулярный – в 6,7% (6 из 90). У 6 из 90 больных (6,7%) четко установить локализацию инфаркта не удалось. Для оценки интенсивности болевого синдрома у пациентов в ясном сознании использовали вербальную числовую шкалу оценки степени выраженности болевого синдрома.

Результаты. Типичный ангинозный статус имел место у 69 из 90 больных (76,7%). В 28,9% случаев (20 из 69) пациенты описывали боль как сжимающую, в 44,9% (31 из 69) – как давящую, в 26% (18 из 69) – как жгучую. Установлена следующая локализация боли: за грудиной – у 72,5% больных (50 из 69), в левой половине груди – у 23,2% (16 из 69), в области верхней части живота – у 4,3% (3 из 69). На боль крайне высокой степени интенсивности указывали 22 из 69 пациентов (31,9%), выраженной интенсивности – 34 из 69 (49,3%), средней интенсивности – 13 из 69 (18,8%).

Вывод: болевым синдром высокой интенсивности установлен в 31,9% случаев.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРИТОНИТОМ И ТЯЖЕЛЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

А.А. Захаренко

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
Санкт-Петербург, РФ

Проведено проспективное клиническое обследование 15 больных колоректальным раком (КРР), осложненным распространенным перитонитом и тяжелым сепсисом, проходивших лечение в 2011–2012 гг. Критерии для включения пациентов в исследование: КРР, осложненный перфорацией опухоли или перифокального абсцесса в брюшную полость; распространенный перитонит (Мангеймский индекс перитонита > 20 баллов); наличие 3 признаков ССБР и более (SIRS 3–4); наличие полиорганной недостаточности (SOFA 4 и более баллов). Критерии исключения из исследования: наличие отдаленных метастазов; хронические сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации; возраст старше 90 лет. Больные были распределены на две группы. Контрольная группа – 8 больных; лечение по общепринятой тактике: интенсивная терапия в условиях отделения реанимации, санация очага инфекции, декомпрессия ЖКТ, закрытие передней брюшной стенки (ЗБС). Основная группа – 7 пациентов. Средний возраст больных основной группы составил $78,5 \pm 5,0$ года, контрольной – $77,4 \pm 4,5$ года. Пациенты основной группы распределены на две подгруппы. В 1-й подгруппе – больные без проявлений септического шока. На 1-м этапе лечения проводили обструктивные резекции, накладывали VAC-систему. Через 3 сут осуществляли программируемую санацию и решали вопрос о способе ЗБС (перустановка VAC-системы или ушивание). Во 2-й подгруппе – больные с развитием септического шока. На 1-м этапе выполняли санацию, декомпрессию ЖКТ (НГИИ, выведение колостомы), отграничение очага инфекции и наложение VAC-системы. После стабилизации состояния пациента выполняли удаление первичной опухоли, решали вопрос о способе ЗБС. В качестве объективного показателя к тактике этапных санаций (ЭС) применяли индекс брюшной полости. Для обоснования необходимости ЭС использовали прогностический индекс релапаротомий. Эффективность методики оценивали по непосредственным результатам лечения (послеоперационные осложнения и летальность), динамике уровня эндогенной интоксикации (эффективная концентрация альбумина – ЭКА), шкалам SOFA и SAPS-II, уровню внутрибрюшного давления (ВБД) в пред- и послеоперационном периоде.

У пациентов, лечение которых осуществлялось с применением разработанной тактики, в послеоперационном периоде отмечено достоверное снижение уровня ВБД (с $25,4 \pm 3,0$ до $10,2 \pm 1,8$ мм. рт. ст.; $p < 0,05$) и уровня эндогенной интоксикации (увеличение ЭКА с $20,4 \pm 1,2$ до $30,8 \pm 0,8$ г/л). Показатели по шкалам SOFA и SAPS на 1-е, 3-и, 7-е и 12-е сутки послеоперационного периода достоверно снижались с $7 \pm 0,5$ до $0 \pm 0,5$ балла, и с $52 \pm 3,3$ до $38 \pm 3,3$ балла соответственно. В основной группе выявлено снижение частоты послеоперационных осложнений до 52,3% (в контрольной группе – 100%), которое достигнуто преимущественно за счет уменьшения частоты воспаления тканей передней брюшной стенки с 75,0% в контрольной группе до 28,6% в основной группе и уменьшения частоты прогрессирования послеоперационного перитонита с 50,0 до 14,2% соответственно. Использование разработанной тактики позволило снизить летальность с 82,5 до 60,3%.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ОСТРЫХ СОЧЕТАННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПСИХОТРОПНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ ЗА 2010–2012 ГГ.

Л.Н. Зимина, М.В. Баринаева, В.А. Строкова, Г.В. Михайлова, С.В. Попов, П.А. Розумный, М.А. Полозов

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

Проведен клинико-анатомический анализ материала от 69 умерших от острых сочетанных отравлений психотропными лекарственными средствами (ПЛС) за 2010–2012 гг. и его сравнительная характеристика с аналогичными данными за 2005–2006 гг. Морфологическое исследование аутопсийного материала осуществляли с помощью общеизвестных гистологических методик. За последние 3 года число пациентов с острыми отравлениями ПЛС уменьшилось и составило 69 наблюдений против 76, за 2 года количество принятых ПСЛ составило от 2 до 5 (2005–2006 гг.). Спектр смесей ПЛС был разнообразен, независимо от количества ПЛС, как и прежде, преобладало сочетание барбитуратов с бензодиазепинами (41 наблюдение). Особенностью отравлений за последние 3 года было присутствие в смесях ПЛС опиатов (метадона) в 4 наблюдениях. В 6 наблюдениях отравление сочеталось с алкогольным, опьянением. Среди умерших обоюдо пола преобладали пациенты от 60 до 95 лет.

Причиной смерти у 10 пациентов (14,5%) в первые 2,5 суток была интоксикация, в более поздние сроки от 3 до 113 суток – у 32 (46,4%) – пневмония, у 8 (11,6%) – ТЭЛА, у 5 (7,3%) – полиорганная недостаточность, у 4 (5,8%) – септикопиемия, у 3 (4,3%) – инфаркт миокарда, у 3 (4,3%) – острая сердечно-сосудистая недостаточность, у 2 (2,9%) – ОПН в результате синдрома позиционного сдавления, у 1 (1,45%) – ОНМК, у 1 (1,45%) – генерализованный туберкулез. Как и в 2005–2006 гг. почти все пациенты, умершие в 2010–2012 гг., независимо от возраста, страдали тяжелыми соматическими заболеваниями: шизофрения – 3 наблюдения, олигофрения – 2, хронический алкоголизм – 6, наркомания – у 10. У пациентов пожилого и старческого возраста отмечались хронические соматические заболевания: ИБС – 18, ХНЗЛ – 3, цирроз печени – 6, перелом шейки бедра – 2, панкреатит – 12, онкологические заболевания – 4, сахарный диабет II типа – 7. Десять пациентов (14,5%) молодого возраста (от 27 до 35 лет, 6 наблюдений) и зрелого (от 36 до 47 лет, 4 наблюдения) страдали опийной наркоманией. Восемь из 10 наркоманов были ВИЧ-инфицированы, у 7 обнаружен гепатит С, у 1 – туберкулез, у 2 – септикопиемия, у 1 – пневмония, осложненная абсцессами в головной мозг, у 1 – пневмококковый менингит.

При морфологическом исследовании аутопсийного материала наиболее часто отмечались поражения печени – 47 наблюдений (68,1%) и поджелудочной железы – 39 (56,5%). В печени стеатоз был обнаружен у 34 умерших, гепатит HCV-этиологии – у 7, цирроз – у 6. В поджелудочной железе в 19 наблюдениях был отмечен фиброз и в 20 – липоматоз.

Особенностью аутопсийного материала последних 3 лет явилось значительное увеличение пациентов, страдавших опийной наркоманией (14,5% против 2,6% за 2005–2006 гг.), осложненной ВИЧ-инфекцией, гепатитом HCV-этиологии, туберкулезом, что отражает тенденцию к росту наркомании в стране.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО

О.В. Зубарева

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Истоки формирования психиатрической службы в НИИ скорой помощи относятся к началу XX века, когда была выделена специальная палата для больных, поступающих в состоянии психомоторного возбуждения, обусловленного совокупностью причин. Постепенно назрела необходимость создания лечебного отделения для пострадавших, нуждающихся в помощи психиатра. Открытие в 1936 г. специализированного изолятора на 12 коек ознаменовало создание скорой психиатрической службы в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, что явилось важной исторической вехой в развитии сети научных и практических учреждений психиатрического профиля в г. Москве. В 1964 г. в приемном отделении института был создан психосоматический кабинет, что явилось дальнейшим совершенствованием оказания психиатрической помощи и в НИИ скорой помощи. Дежурный психиатр и специалист по профилю имеющихся у больного соматических нарушений совместно осматривали больного и решали вопрос о месте и характере оказания медицинской помощи.

Развитие научной деятельности началось в 1970 г. с приходом проф. Д.Д. Федорова. С этого периода времени клиника активно занималась диагностикой и лечением психических расстройств у больных с неотложной хирургической, травматологической и терапевтической патологией. С 1977 г. под руководством д-ра мед. наук Е.А. Чуркина отделение стало научно-практическим центром, в 1980 г. на базе отделения был организован городской центр психосоматической помощи, в задачи которого входил как анализ деятельности психосоматических отделений городских больниц, так и разработка мероприятий по ее улучшению.

На рубеже двух столетий на фоне изменения социально-экономической ситуации в стране в институт стали поступать пострадавшие в техногенных авариях, авиа- и автокатастрофах, террористических актах и других чрезвычайных ситуациях (ЧС). Это послужило началом для формирования нового актуального научного направления – психотерапия пациентов в условиях многопрофильного стационара, перенесших тяжелый психический стресс. В июле 2002 г. было создано отделение кризисных состояний и психосоматических расстройств, в структуре которого имеется клиническое психиатрическое отделение на 24 койки (СПОХБ) и научная группа психотерапевтов и психиатров, оказывающих лечебно-консультативную помощь больным во всех клинических подразделениях института.

Отделение кризисных состояний и психосоматических расстройств сегодня обеспечивает неотложную специализированную медицинскую помощь пострадавшим в результате суицидальных действий, оказывает круглосуточную психиатрическую и психотерапевтическую помощь пострадавшим во всех клиниках многопрофильного стационара, таким образом играет важную роль в реализации задач по оказанию высококвалифицированной медицинской помощи пациентам НИИ СП.

Учитывая постоянное увеличение количества консультаций, выполняемых психиатрами и психотерапевтами в различных подразделениях института, можно говорить о востребованности такой деятельности и необходимости расширения спектра психиатрической и психотерапевтической помощи.

В перспективе предполагается создание комплекса лечебных мероприятий, направленных на повышение качества жизни пострадавших, перенесших тяжелый стресс, включающих сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов лечения психических расстройств у больных с ургентной патологией.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ПО ОБУЧЕНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

И.А. Зубков

Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» МЗ РФ

Москва, РФ

Качество оказания первой помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) во многом определяет их дальнейшую судьбу. Почти в 20% случаев можно избежать смертельных исходов в ДТП при соответствующей подготовке участников дорожного движения по оказанию первой помощи пострадавшим.

Одним из важных разделов федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах» являются совершенствование системы обучения водителей, сотрудников служб, участвующих в ликвидации последствий ДТП, приемов оказания первой помощи пострадавшим, создание системы дополнительного профессионального образования преподавателей, обучающихся указанных лиц. Потребность в подготовке таких преподавателей в каждом регионе составляет от 50 до 100 человек, а в федеральном округе – в среднем от 450 до 900 человек.

Во исполнение указанной федеральной целевой программы во Всероссийском центре медицины катастроф «Защита» МЗ РФ создан и с апреля 2007 г. функционирует Центр методического обеспечения подготовки преподавателей по обучению приемам первой помощи. За период 2007–2012 гг. проведены 28 учебных циклов, подготовлены 375 преподавателей из 67 регионов.

Одним из актуальных вопросов являются отбор и подготовка преподавателей, осуществляющих обучение водителей правилам оказания первой помощи. Организация контроля за качеством обучения водителей приемам первой помощи, нормативными документами в настоящее время не определена. Данное обстоятельство, видимо, можно считать причиной низких показателей оказания водителями первой помощи пострадавшим при ДТП в порядке само- и взаимопомощи (в целом по России при ДТП водители оказывают первую помощь всего около 5% пострадавших).

Важным является совершенствование методологии преподавания с использованием современных возможностей – интерактивное обучение, мультимедийная техника, манекны-тренажеры, симуляторы неотложных состояний, а также акцентирование подготовки на отработку практических навыков, в том числе решение ситуационных задач.

Для освоения практических навыков должны быть созданы учебные классы, оснащенные манекенами-тренажерами, имитаторами травм, симуляторами неотложных состояний, реальными устройствами и средствами первой помощи, входящими в аптечки, укладки. В качестве педагогов по обучению приемам оказания первой помощи должны быть использованы медицинские работники (врачи и фельдшера), имеющие опыт работы в сфере медицины критических состояний (реанимация, скорая помощь, медицина катастроф), а также прошедшие дополнительную подготовку по педагогическому мастерству.

Для решения качественной подготовки преподавателей необходимы: оптимизация организационно-штатной структуры центра подготовки преподавателей; совершенствование организационной и правовой базы; формирование плана комплексования в соответствии с реальной потребностью в преподавателях учебных центров при территориальных центрах медицины катастроф (ТЦМК); создание учебных центров по подготовке преподавателей в федеральных округах; проведение выездных циклов подготовки и обучения преподавателей; внедрение активных форм и методов обучения (создание симуляционных учебных классов, учебных полигонов, решение ситуационных задач); организация сотрудничества с министерствами, ведомствами и организациями, участвующими в подготовке преподавателей, обучающих приемам оказания первой помощи; изучение международного опыта в области научных исследований по образовательной деятельности (повышение квалификации) преподавателей; оказание методической помощи учебным центрам при ТЦМК.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

О.В. Зубарева, А.П. Карбиджанян, Н.Ю. Жукова, А.Г. Панова

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

По данным различных исследований (*M. Shepherd, 1981; M.P. Rogers et al., 1980; S. Snyder et al., 1989; H. Karlsson et al., 1995; А.Б. Смулевич, 1997*), число больных с психическими расстройствами в общесоматической сети колеблется в широких пределах – 10–50% всех обратившихся за медицинской помощью. Значительный рост числа психических больных в общесоматических учреждениях свидетельствует об актуальности создания системы специализированной помощи этим контингентам. В организации неотложной психиатрической помощи в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского совмещаются два принципиальных подхода: централизованный – когда пациенты с сочетанием острой соматической и психической патологии лечатся в специализированном соматопсихиатрическом отделении для хирургических больных (СПОХБ), и децентрализованный – при котором научные сотрудники, дежурная психиатрическая служба обеспечивают специализированную помощь больным «на местах», т.е. в клиниках института, соответствующих профилю их соматической патологии.

Лечебный процесс и консультативная работа обеспечиваются силами отделения кризисных состояний и психосоматических расстройств. Научно-практическая деятельность отделения осуществляется по нескольким направлениям. Это разработка и совершенствование методов оказания психиатрической и особенно оказания хирургической помощи пациентам с ранениями и травмами, полученными при аутоагрессивных (или) суицидальных действиях, совершенствование диагностики и психофармакотерапии психических расстройств, развившихся на фоне соматической патологии. А также осуществляется работа по совершенствованию немедикаментозных методов (мультимодальная ПТ) лечения расстройств, связанных с тяжелым стрессом. В процессе оказания специализированной помощи пострадавшим можно выделить несколько этапов: 1) этап госпитализации, 2) этап диагностики, 3) этап терапии и наблюдения, 4) этап выписки из стационара. На каждом из этапов обязательен осмотр психиатра и (или) психотерапевта, который проводится с согласия пациента, в отдельных случаях – недобровольно в соответствии со статьей 29-а Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Проводимые мероприятия на этапах оказания помощи: оценка психического и суицидального статуса больного, госпитализация/перевод в профильное отделение, решение юридических вопросов, выбор тактики ведения больного (психофармакотерапия, полимодальная психотерапия и их сочетание), заключительная оценка психического состояния, его прогноз и рекомендация. Основным показанием к помещению больных в СПОХБ является соматическое заболевание в сочетании с такими психическими нарушениями, при которых организация лечения, ухода и наблюдения за больными может быть осуществлена только в условиях психиатрического отделения.

Полноценная, включающая своевременную диагностику и адекватную терапию, специализированная помощь контингенту больных с психическими расстройствами осуществляется в условиях интеграции (в соответствии с разработанными этапами) психиатрической службы в общесоматическую медицину. Таким образом, модель «интегрированной медицины» не только обеспечивает тесное взаимодействие психиатров и врачей других специальностей (в том числе работающих в системе скорой и неотложной помощи), но и обеспечивает восстановление работоспособности и социально-бытовую реабилитацию, а также повышение качества жизни пострадавших.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ АКАДЕМИКА Б.А. ПЕТРОВА (К 115-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

П.А. Иванов

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

ПЕТРОВ БОРИС АЛЕКСАНДРОВИЧ (19.IX.1898 – 5.VI.1973) родился в Москве. Окончил медицинский факультет 1-го Московского университета (1922), хирург. Канд. мед. наук (1936). Д-р мед. наук (1943). Профессор (1944). С 1924 по 1926 г. работал в факультетской клинике 1-го МГУ: ординатор, ортопед, заведующий эндоскопическим кабинетом, экспериментальной лабораторией и клинической библиотекой. С 1927 по 1973 г. работал в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского: хирург, заведующий отделением, руководитель 2-й хирургической клиники. С 1939 по 1940 г. – главный хирург эвакогоспиталя в Ленинграде. С 1941 по 1943 г. – главный хирург Черноморского Военно-Морского Флота, с 1943 по 1945 г. – зам. главного хирурга Военно-Морского флота СССР. С 1931 г. – ассистент кафедры хирургии ЦИУВ, с 1944 г. – профессор кафедры госпитальной хирургии медицинского института Министерства здравоохранения РСФСР на базе института им. Н.В. Склифосовского, с 1951 г. – профессор кафедры госпитальной хирургии 1-го ММИ им. И.М. Сеченова, с 1964 по 1973 г. – заведующий кафедрой госпитальной хирургии 2-го лечебного факультета 1-го ММИ.

Ему принадлежат серьезные работы в области травматологии, военно-полевой и морской хирургии, неотложной хирургии брюшной полости, анестезиологии, в восстановительной и реконструктивной хирургии, впервые широко использовал метод лечения тяжелых огнестрельных ранений конечностей с помощью глухой гип-совой повязки, первым в стране начал производить внутрикостный остеосинтез металлическими штифтами при открытых переломах бедра и голени, под его руководством был сконструирован и внедрен в практику аппарат для проведения трехлопастного гвоздя для скрепления медиальных переломов шейки бедра. Одним из первых произвел наложение портокавального анастомоза, модифицировал операцию Таннера при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Под его руководством сконструированы и использованы в клинической практике первый отечественный аппарат для локальной гипотермии желудка при профузных гастродуоденальных кровотечениях и острым панкреатите, аппарат для экстракорпоральной перфузии и подключения к лечению к большому и печеночной недостаточности. Автор более 200 научных трудов, 8 монографий, 150 докладов, имеет 5 авторских свидетельств. Награжден орденами Ленина, «Красного Знамени», «Отечественной войны» I степени, медалью «За трудовую доблесть», медалью ВДНХ, имеет почетное звание Академик АМН СССР (1966), заслуженный деятель науки РСФСР, лауреат Государственной премии (1950). Почетный член Ленинградского, Горьковского, Пермского, Омского, Свердловского, Грузинского, Армянского, Дагестанского обществ хирургов, вице-президент XXI международного конгресса хирургов (Филадельфия, 1965), почетный член Международных обществ хирургов Чили, Франции, Бельгии, Италии, ГДР (Берлин), ФРГ (Мюнхен), удостоен звания почетного члена Американского колледжа хирургов, Ассоциации хирургов Великобритании и Ирландии при Королевском обществе хирургов, Академии хирургии Парижа. Член редколлегий журналов «Хирургия», его главный редактор, член редколлегий международного журнала «Acta Chirurgica Plastica» и американского журнала «Surgery».

Под руководством Б.А. Петрова были выполнены и защищены 45 кандидатских и 18 докторских диссертаций. Большинство его учеников возглавили кафедры в республиках бывшего Союза и многих городах Российской Федерации. Его лекции всегда привлекали большую аудиторию не только студентов, но и врачей, содержали новейшие данные науки, были интересными по существу и яркими по форме. Блестящий оратор, владеющий выразительной, живой речью, умением обобщать и резюмировать выступления докладчиков, он заслужил большой авторитет и признание. Его жизненный путь и творчество являются ярким примером гуманного служения обществу, примером для молодежи, посвятившей себя медицине. Международное признание Б.А. Петрова как выдающегося хирурга, ученого, педагога позволили поднять авторитет НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в элите медицинских учреждений мира.

ОТДЕЛЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЫ НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО

П.А. Иванов, А.М. Файн

**НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Отделение сочетанной и множественной травмы НИИ СП им. Н.В. Склифосовского было организовано 20 мая 1975 г., при этом большую организаторскую роль сыграл профессор А.П. Кузьмичев. Необходимость создания отделения сочетанной травмы была обусловлена увеличением числа пострадавших с политравмой, высокими показателями летальности, большим количеством осложнений в постреанимационном периоде и необходимостью научного обобщения данных по этой проблеме. В течение 1975–1983 гг. отделением руководил профессор П.Н. Петров. В 1983 г. руководителем отделения по конкурсу был избран Владимир Анатольевич Соколов. С мая 2010 г. отделением руководит доктор мед. наук П.А. Иванов.

Благодаря внедрению новых хирургических методик, совершенствованию профилактики развития осложнений, улучшению организации помощи пострадавшим и росту квалификации врачей и научных сотрудников удалось существенно сократить сроки стационарного лечения, увеличить число пролеченных больных и снизить летальность пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Так, если в 1975 г. в отделении были пролечены 570 пациентов, то в 2012 г. – 1224. Средний койко-день в 1975 г. достигал 31,6, а в 2012 г. он составил 18,9. Госпитальная летальность при сочетанной травме за это время снизилась с 31 до 8,5%.

Традиционным направлением научной деятельности отделения являются разработка и внедрение в практику новых прогрессивных методик оперативного лечения поврежденных опорно-двигательного аппарата при сочетанной травме. С 1971 г. (работы И.Л. Коваленко) в отделении активно разрабатываются способы оперативного лечения повреждений таза, в том числе и в случаях, осложненных повреждениями мочевыводящих путей. Были освоены способы внеочаговой фиксации нестабильных повреждений таза, погружной остеосинтез переломов вертлужной впадины и фиксации повреждений переднего и заднего полукольца таза, тактика и техника лечения одновременных повреждений таза и нижних конечностей. Отделение располагает опытом более 900 операций погружного остеосинтеза этих сложных травм, который является одним из самых больших в нашей стране. Существенным разделом работы отделения является выявление «скрытых» повреждений, профилактики и лечение осложнений постреанимационного периода, проведение ранней реабилитации пострадавших с обучением приемам самообслуживания и навыкам ходьбы.

Начиная с 1983 г. приоритетным направлением в работе отделения стало освоение методик оперативного лечения переломов согласно рекомендациям Международной ассоциации остеосинтеза. С 1997 г. внедрен в практику метод закрытого блокируемого остеосинтеза переломов костей конечностей. Широко используется также внеочаговой остеосинтез стержневыми аппаратами, особенно при открытых переломах. Внедрение в практику современных методик стабильного остеосинтеза (к настоящему времени выполнено более 6500 операций на всех сегментах конечностей) позволило резко снизить количество технических осложнений остеосинтеза, которые ранее приводили к потере прочности фиксации, вторичному смещению отломков. Ранний стабильный остеосинтез делает пациента гораздо более мобильным, благодаря чему количество общих инфекционных осложнений снизилось за 20 лет на 14,3%. Результаты научной работы широко представлены в научной печати. С 1975 г. опубликованы более 400 статей в научных журналах, 13 методических рекомендаций и пособий, 4 информационных письма, 8 монографий, получены 29 авторских свидетельств и патентов РФ. Ни одна из тематических конференций и симпозиумов по проблеме сочетанной травмы не прошла без участия сотрудников отделения.

СРАВНЕНИЕ ДВУХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ РАННЕЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ОСТЕОСИНТЕЗА: С УДАЛЕНИЕМ ИМПЛАНТАТА И БЕЗ УДАЛЕНИЯ

П.А. Иванов, Р.Р. Ганиев, В.О. Каленский

**НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Актуальность. Частота инфицирования после остеосинтеза закрытых переломов, по данным литературы, составляет 1–2%, в то время как после открытых может достигать 30%. Лечение острой послеоперационной инфекции в ортопедической хирургии представляет собой большую проблему и существенно различается в различных стационарах.

Основными алгоритмами ведения ранней послеоперационной инфекции являются лечение с сохранением имплантата (при условии сохранения стабильной фиксации) или же немедленное удаление металлофиксатора и стабилизация перелома средствами внешней фиксации.

Целью данного исследования явилось сравнение результатов двух этих методик лечения у пациентов с ранней инфекцией после остеосинтеза.

Материал и методы. Мы ретроспективно проанализировали 29 больных с ранней инфекцией после остеосинтеза. У 14 из них (48%) удаляли имплантат, производили санацию послеоперационной раны и фиксацию внешним аппаратом. У 15 пациентов (52%) сохраняли конструкцию, осуществляли ревизию и санацию раны. Во всех случаях сохранение имплантата производили на фоне сохранения стабильной фиксации. Критериями оценки исходов являлись сращение перелома и возникновение хронического остеомиелита.

Результаты. В группе пациентов, у которых удалили имплантат, частота несращения составила 28,5%, частота развития хронического остеомиелита – 21%. В группе, где сохранили имплантат, несращение возникло в 7% случаев, хронический остеомиелит – в 26%.

Выводы: по результатам проведенного ретроспективного исследования выбор тактики сохранения имплантата связан с более низким количеством несращений при одинаковой частоте развития глубокой инфекции.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ СРОКОВ И СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ФИКСАЦИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

П.А. Иванов, Н.Н. Заднепровский, В.О. Каленский, В.Б. Бондарев

**НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Актуальность. В настоящее время отмечается рост количества пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами. У подавляющего числа пациентов данной категории диагностируются переломы длинных костей конечностей. Консервативные способы обездвиживания отломков (скелетное вытяжение, гипсовая повязка) не обеспечивают стабильности костных отломков, что является препятствием для проведения комплексного протившокового лечения. Поэтому в настоящее время одним из обязательных элементов первичного реанимационного лечения является хирургическая стабилизация отломков поврежденных костей. Однако, несмотря на то, что современные способы остеосинтеза отличаются малоинвазивностью и сопровождаются минимальной кровопотерей, у пациентов в тяжелом состоянии операционная травма может привести к утяжелению состояния и развитию ранних осложнений.

Цель. Определить критерии для выбора оптимальных сроков и способов фиксации костей у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой конечностей и внутренних органов.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 37 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой конечностей, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии для экстренных больных НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского в период с 1 января 2012 г. по 31 декабря 2012 г. (основная группа). Мужчин было 29, женщин – 8, средний возраст составил 39,1±3,5 года. Большая часть пострадавших (67,2%) доставлены в институт в первые 3 часа от момента травмы. Локализация переломов была следующей: переломы бедренной кости – 25 (67,5%), большеберцовой кости – 9 (24,3%). У 3 пострадавших (8,2%) были диагностированы ipsilaterальные переломы бедренной и большеберцовой костей.

После завершения первичного обследования в реанимационном отделении производили динамическую оценку тяжести травмы по классификации Pape-Krettek. У пострадавших с закрытыми переломами и относящихся к группам стабильных и пограничных по Pape-Krettek в срок до 3 сут производили окончательный закрытый блокируемый остеосинтез интрамедуллярными штифтами. У пострадавших, отнесенных к категории нестабильных, производили первичную временную малоинвазивную фиксацию внешними стержневыми аппаратами. Пациентам критической группы проводили только консервативную фиксацию отломков ввиду их крайне тяжелого и нестабильного состояния, которое могло быть усугублено любой по объему и продолжительности ортопедо-травматологической операцией.

Для осуществления сравнительного анализа ретроспективно была сформирована группа из 52 пациентов (группа контроля) с сопоставимыми по тяжести и локализации повреждениями, которые находились на лечении в НИИ СП в 2009 г. Отличительной особенностью в этих случаях было то, что в условиях реанимации лечение проводилось только консервативными способами, а окончательный остеосинтез отломков проводили после перевода в отделение сочетанной и множественной травмы на 7–21-е сут после поступления в стационар.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ показал, что ранние результаты лечения у пациентов, которым проводили ранний окончательный остеосинтез на реанимационном этапе, были достоверно лучше. Так, у данной категории больных отмечалась лучшая по сравнению с группой контроля динамика восстановления гемодинамики и гомеостаза, что отразилось на сроках их нахождения в реанимационном отделении. Данный показатель в обеих группах составил 6,1±2,1 сут и 11±4,2 сут (p<0,05) соответственно. Необходимо отметить, что у пострадавших основной группы выполнение раннего остеосинтеза не приводило к ухудшению их состояния и развитию осложнений в раннем послеоперационном периоде. Применение современных малоинвазивных способов фиксации костных отломков позволяет быстро, малотравматично и надежно стабилизировать их с целью купирования общих расстройств и начала раннего реабилитационного лечения. Для оценки степени риска операции целесообразно использовать современные шкалы, основанные на объективных показателях тяжести травмы и тяжести состояния пациента.

Выводы.

1. Проведение раннего остеосинтеза длинных костей конечностей повышает эффективность реанимационных мероприятий и способствует стабилизации состояния пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

2. Для оценки степени риска и выбора сроков раннего остеосинтеза целесообразно применять шкалу Pape-Krettek.

3. Пациентам, относящимся к группам стабильных и пограничных по состоянию по шкале Pape-Krettek показано выполнение раннего интрамедуллярного остеосинтеза блокируемыми штифтами. Пострадавшим, которые относятся к категории нестабильных, целесообразно выполнение временной фиксации при помощи внешних стержневых аппаратов. У пациентов в критическом состоянии проведение каких-либо оперативных способов фиксации противопоказано.

ЗАМЕНА АППАРАТА ИЛИЗАРОВА НА ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ШТИФТ В КАЧЕСТВЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕТОДОМ ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА

П.А. Иванов, В.О. Каленский

**НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Введение. Метод дистракционного остеогенеза по Илизарову широко применяется при лечении дефектов длинных костей конечностей (ДДКК). Наряду с высокой эффективностью и низкой частотой глубокой инфекции, он имеет и ряд недостатков, часть из которых связана с длительным использованием внешнего аппарата. Своевременная замена аппарата на интрамедуллярный штифт после окончания дистракции может сократить время использования аппарата, и, таким образом, улучшить результаты лечения.

Цель. Сравнить результаты лечения пациентов с заменой аппарата наружной фиксации на штифт и без нее.

Материал и методы. В 2005–2013 гг. в нашем отделении 39 пациентам проводили замещение ДДКК методом дистракционного остеогенеза. Средний размер дефекта составил 7,50±5,50 см (от 3 до 21 см). Пациенты разделены на две группы. В 1-й группе (23 пациента, 59%) при появлении признаков сращения в зоне стыковки произведен демонтаж аппарата и остеосинтез штифтом. Во 2-й группе (16 пациентов, 41%) замену не производили, пациент ожидал консолидации в аппарате внешней фиксации.

Результаты. Из 39 пациентов сращение достигнуто у 32 (82,1%), несращение в зоне стыковки возникло у 7 (17,9%). Индекс наружного фиксатора (время использования аппарата в пересчете на 1 см дефекта: *EFI*) в 1-й группе составил 0,86 мес/см, во 2-й – 2,50 мес/см. Частота несращения в зоне стыковки в 1-й группе составила 17,4% (4 пациента из 23), во 2-й – 18,75% (3 пациента из 16). Частота развития глубокой инфекции в 1-й группе составила 13,0% (3 пациента из 23), во 2-й – 12,5% (2 пациента из 16). Важно отметить, что если во 2-й группе глубокая инфекция чаще всего представляла собой локальную форму хронического остеомиелита, то во 2-й среди инфекционных осложнений доминировал канальный остеомиелит.

Выводы. Своевременная замена аппарата на интрамедуллярный штифт позволяет сократить сроки использования аппарата и не ухудшает исходы при лечении пациентов с ДДКК. В то же время использование интрамедуллярного остеосинтеза, в отличие от внешней фиксации, несет риск развития канальной инфекции.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

П.А. Иванов, А.М. Файн

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

Актуальность. Важнейшими вопросами при проведении диагностических и лечебных мероприятий у пострадавших с сочетанной травмой таза являются определение тяжести состояния пострадавшего, выбор оптимального времени и очередности хирургических пособий при политравме.

Цель: оценить эффективность предложенного лечебно-диагностического алгоритма.

Материал и методы. Основную группу, в которую вошли 298 пострадавших с сочетанной травмой таза (2007–2012), лечили с применением разработанного лечебно-диагностического алгоритма. Группу сравнения составили 124 пациента с сочетанной травмой таза, лечившихся в НИИ СП в 1999–2004 гг.

Результаты. Объем диагностических исследований зависел от тяжести состояния пострадавшего (оценка по Н.С. Pape – С. Krettek, 2003). Всем поступившим в реанимационное отделение выполняли рентгенографию таза в прямой проекции. При стабильном или пограничном состоянии пострадавшего проводили рентгенографию таза в краниальной и каудальной проекциях и КТ-диагностику. При нестабильном состоянии выполняли рентгенографию в краниальной и каудальной проекциях, а КТ-исследование откладывали до стабилизации состояния до уровня пограничного. При критическом состоянии ограничивались рентгенографией в прямой проекции, дальнейшие исследования откладывали до относительной стабилизации состояния пациента.

Нестабильные повреждения тазового кольца типа В и С при поступлении пострадавшего фиксировали матрасным бандажом для создания горизонтальной компрессии таза. При вертикальной нестабильности таза, выявленной при первичном обследовании, заднее полукольцо фиксировали С-рамой при любой тяжести состояния пациента. При сочетанной черепно-мозговой травме наружную фиксацию переднего полукольца таза стержневым аппаратом проводили до начала трепанации черепа (19 операций – 6,4%). У всех пострадавших операции по поводу повреждения органов груди (57 операций – 19,1%) и живота (40 операций – 13,4%) заканчивали стабилизацией тазового кольца стержневым аппаратом. При открытом повреждении конечностей после остановки наружного кровотечения, временной иммобилизации перелома и промывания ран растворами антисептиков фиксировали таз стержневым аппаратом (45 операций – 15,1%), после чего выполняли первичную хирургическую обработку раны и остеосинтез наружным или внутренним фиксатором в зависимости от типа открытого перелома и степени повреждения мягких тканей. Остеосинтез закрытых переломов костей конечностей проводили при стабильном состоянии пострадавшего при фиксированном повреждении тазового кольца (125 операций – 41,9%). Окончательную фиксацию заднего полукольца при повреждениях типа С выполняли при достижении стабильного или пограничного состояния пациента (75 операций – 25,2%). Окончательную фиксацию переднего полукольца при повреждениях типа В и С – погружной остеосинтез – проводили при стабильном состоянии пострадавшего (267 операций – 89,6%).

Летальность в основной группе составила 2,7%, в группе сравнения – 5,6% ($p=0,23$). Количество инфекционных осложнений снизилось с 20,3 до 11,6% ($p=0,01$). Количество отличных и хороших функциональных результатов лечения (по шкале S.A. Majeed, 1989) увеличилось с 56,5 до 71,6% ($p=0,003$).

Заключение: предложенный лечебно-диагностический алгоритм является эффективным при лечении пострадавших с тяжелой сочетанной травмой таза.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАМЕЩЕНИЯ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ МЕТОДОМ ИНДУЦИРОВАННОЙ МЕМБРАНЫ

П.А. Иванов, В.О. Каленский

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

Актуальность. В настоящее время при лечении протяженных костных дефектов перед врачом стоит проблема выбора оптимального метода его замещения. Дистракционный остеогенез при ряде значимых преимуществ продолжителен по времени. Костная пластика, в свою очередь, часто затруднена в связи с недостатком материала для аутопластики при больших дефектах и связана с повышенным риском инфекции в случае открытых переломов и дефектов, вызванных инфекционным остеонекрозом.

В 2009 г. А. Masquelet предложил новый метод этапного лечения костных дефектов. По данным авторов, применявших этот метод (А.С. Masquelet, Т.А. McCall, Р.Р. Stafford), он имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционными методами. Основные заявленные достоинства, которыми он обладает – более быстрое, чем при дистракционном остеогенезе замещение протяженных дефектов на фоне относительно невысоких показателей инфекционных осложнений.

Цель: проанализировать ранние результаты использования нового подхода к лечению дефектов длинных костей конечностей.

Материал и методы. За 2012–2013 гг. в НИИ СП лечение костных дефектов по Masquelet проводили у 3 пациентов. Во всех случаях имел место вторичный дефект большеберцовой кости, как следствие резекции участка остеонекроза после инфицирования открытого перелома (у 2 пациентов) и нагноения послеоперационной раны после остеосинтеза (один пациент). Размеры дефекта составили 6, 15 и 9 см. На 1-м этапе на фоне фиксации внешним стержневым аппаратом после радикальной некрэктомии и санации раны выполняли имплантацию спейсера из полиметилметакрилата с ванкомицином с одновременной пластикой дефекта мягких тканей над спейсером кожно-фасциальным или мышечным лоскутом. При отсутствии инфекции через 2 мес после установки спейсера производили его удаление, замену наружного фиксатора на интрамедуллярный стержень и костную пластику. После повторной операции наблюдение с рентгенологическим контролем производили каждый месяц.

Результаты. Из 3 клинических наблюдений сращение достигнуто в 2 случаях. Во всех случаях отмечено возникновение инфекции, потребовалось хирургическое вмешательство. В 1-м случае инфекция возникла на позднем этапе, спустя полгода после костной пластики, что потребовало удаления штифта, фиксации внешним аппаратом и санации очага инфекции. Во 2-м наблюдении инфекция возникла на ранних сроках после имплантации спейсера. Выполнены удаление спейсера, санация раны. Выполненная после стихания инфекционного процесса повторная установка спейсера также осложнилась ранней инфекцией, в связи с чем от продолжения лечения по Masquelet у данного пациента решено отказаться. В 3-м случае, несмотря на благоприятно прошедший ранний послеоперационный период, через 9 мес после установки спейсера из-за значительного превышения сроков имплантации (пациент не явился в срок для повторной госпитализации) отмечены признаки вялотекущей инфекции в области спейсера, потребовавшей его замены. Последующая после санации полости костная пластика прошла без осложнений. В результате достигнуто сращение перелома.

Заключение. Первые результаты лечения по методу Masquelet в НИИ СП характеризуются большим количеством инфекционных осложнений. Тем не менее, по проведенным наблюдениям сделан ряд выводов. Пластика дефекта мягких тканей кожно-фасциальным лоскутом показала худшие результаты в плане возникновения инфекции в сравнении с мышечным лоскутом. Необходимо максимальное заполнение мертвого пространства спейсером во время первого этапа, в связи с чем спейсер не может быть изоготовлен заранее до операции.

СТРЕССОВЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

П.А. Иванов, В.Б. Бондарев, Т.П. Пинчук, М.Х. Гурцев

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

Актуальность. В настоящее время, несмотря на высокий уровень развития реаниматологии, хирургии, проблема стрессовых изъязвлений верхнего отдела ЖКТ сохраняется. Особую группу представляют пациенты с политравмой, у которых риск развития стрессовых язв наиболее высок. Среди факторов риска выделяют длительную ИВЛ, наличие шока, коагулопатии, повреждение головного мозга, острую почечно-печеночную недостаточность, балл тяжести повреждений (ISS) более 15 и др. Опасным осложнением стрессовых язв является желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК).

По данным литературы, частота ЖКК у пострадавших с сочетанной травмой колеблется от 0,2 до 45%. ЖКК на фоне тяжелой травмы приводит к летальному исходу у 8–48,5% пациентов, в то время как смертность без развития данного осложнения достоверно значительно ниже и составляет 9,1%.

Цель работы: определение частоты, сроков развития ЖКК у пострадавших с тяжелыми сочетанными повреждениями таза и конечностей.

Материал и методы. В 2009–2013 гг. из 4213 поступивших пациентов с политравмой ЭГДС выполнена 103. Показанием к экстренной ЭГДС у 57 больных явилось ЖКК. С целью ранней диагностики эрозивно-язвенных повреждений ЖКТ плановая ЭГДС была выполнена 45 пациентам, у 9 из которых развилось ЖКК.

Среди 66 пациентов с ЖКК (средний возраст – 45,2±16,59 года) преобладали мужчины – 47 (71,2%).

В 41 из 66 наблюдений (62,1%) ведущей была травма опорно-двигательного аппарата с повреждениями нескольких сегментов конечностей, таза, в 11 (16,7%) – травма груди. По тяжести состояния (шкала Pape/Krettek) при поступлении 44 пациента (66,7%) находились в стабильном состоянии (средний балл по ISS – 17,8), 19 (28,8%) – в пограничном (средний балл по ISS – 32,4), 3 (4,5%) – в критическом (средний балл по ISS 41,7).

Результаты. ЖКК возникло у 24 больных (36,4%) из 66 на 1–е–3–и сут после травмы, у 17 (25,7%) – на 4–9–е сут, у 12 (18,2%) – на 10–14–е сут и у 13 (19,7%) – на 15–23–е сут.

У 24 больных с развившимся ЖКК в первые 3 сут средний балл по шкале ISS составил 24,5, в нестабильном состоянии при поступлении находились 18 пострадавших (75,0%), в пограничном – 6 (25,0%). У всех 24 пациентов язвенный анамнез отсутствовал. Из 66 пострадавших с развившимся ЖКК умерли 14 (21,2%), при этом у 3 из 14 умерших (4,5%) рецидивирующее дуоденальное язвенное кровотечение на фоне полиорганной недостаточности явилось непосредственной причиной смерти.

Выводы: 1. ЖКК развивается в посттравматическом периоде у 1,6% пациентов с сочетанной травмой таза и конечностей. В первые 9 сут эрозивно-язвенные поражения ЖКТ у данных больных осложняются ЖКК в 62% наблюдений. 2. У 71,2% пациентов с сочетанными повреждениями таза и конечностей мужского пола в стабильном состоянии, со средним баллом по шкале ISS 17,8 имеется повышенный риск развития ЖКК, что требует проведения превентивной противоязвенной терапии с 1-х сут пребывания больного в стационаре.

СПОСОБЫ ФИКСАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

П.А. Иванов, Н.Н. Заднепровский

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

Актуальность. Частота повреждений таза составляет 1,7–4% от всех переломов, при этом у пациентов с политравмой может достигать 18%. Быстрая и надежная фиксация нестабильного перелома таза является приоритетной задачей реанимационного этапа у таких пациентов. Основная цель фиксации отломков – остановка кровотечения и уменьшение гематомы в малом тазу за счет уменьшения внутритазового пространства. Кроме этого, ранний остеосинтез позволяет снизить выраженность болевого синдрома, мобилизовать пациента за счет укрепления стабильности тазового кольца. Однако каждый из методов имеет свои показания для наиболее эффективного действия и каждый из них не лишен недостатков.

Цель работы: Целью стал обзор общепринятых способов и относительно новых методов фиксации повреждений тазового кольца у пациентов с политравмой при поступлении в стационар.

Материалы. Способы фиксации тазового кольца у пациентов с политравмой на реанимационном этапе можно разделить на несколько различных типов: фиксация тазовыми бандажами, наружными аппаратами и погружными конструкциями.

Для быстрой фиксации нестабильного тазового кольца применяются тазовые бандажи. Такой способ иммобилизации эффективен на этапах транспортировки и в первые часы после поступления пациента в стационар для всех типов переломов. Недостаток – временный характер фиксации.

Для фиксации переднего или заднего полукольца таза при В и С типах (AO/Tile) используют различные методы. Методика наружной фиксации переднего полукольца подразумевает использование винтов Шанца и соединяющих штанг. По локализации и вектору введения стержней Шанца выделяют надвертлужную, фиксацию за крылья подвздошных костей и так называемую «подгребневую» (*subcristal*) фиксацию. Наиболее биомеханически оправданной и наиболее жесткой считается надвертлужная схема введения стержней. Недостаток – нагноение мягких тканей в области введения винтов до 62%.

Для фиксации заднего полукольца таза типа В и С применяют противощоковую С-раму. После стабилизации пациента производят замену рамы на внутренние фиксаторы. Недостаток – опасность ятрогенного повреждения.

Погружной остеосинтез применяется при переломах типа А, В и С, например, разрывы симфиза, нестабильные переломы лонных и седалищных костей с одновременным разрывом мочевого пузыря, разрывы крестцово-подвздошных сочленений.

Альтернативным методом, по данным литературы, является подкожное введение и фиксация переднего полукольца при помощи пластин либо систем для транспедикулярной фиксации. Общим для обеих методик является закрытый и малоинвазивный способ фиксации.

Преимуществом таких подходов является полное укрытие мягкими тканями всех элементов фиксирующего устройства. По степени стабильности такая фиксация эквивалентна наружным стержневым аппаратам. Недостаток – удаление после сращения.

Заключение. У пациентов с политравмой для эффективной фиксации таза необходимо учитывать тип и характер перелома, что важно для выбора способа иммобилизации. Новые методы являются привлекательной альтернативой существующим, так как позволяют снизить количество осложнений. Требуется проведение качественных сравнительных исследований эффективности применения классических и новых методов фиксации повреждений таза.

МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

В.А. Иванов, Н.В. Сундушников, А.Е. Денисов, Е.Н. Кондрашенко, Р.Н. Малушенко, Н.С. Малюга

Российский университет дружбы народов им. П. Лумумбы, Городская клиническая больница № 24, Городская клиническая больница № 64 Москва, РФ

В хирургической клинике РУДН на базе ГКБ № 64 и ГКБ № 24 наблюдались 465 пациентов, которым были проведены 483 лечебных мини-инвазивных вмешательства (МИВ) под УЗ-контролем. В 87 наблюдениях (18,7%) жидкостные образования (ЖО) являлись основным заболеванием: абсцессы печени – у 51 (58,6%) и абсцессы брюшной полости – у 36 (41,4%). У 150 больных (32,3%) ЖО были осложнениями основного заболевания, которые в 105 случаях (70,0%) были осложнениями острого панкреатита, а в 45 (30,0%) – внеорганными ЖО (ВЖО). У 228 пациентов (49,0%) ЖО возникли после различных операций.

УЗИ проводили в нескольких плоскостях, что позволяло получить более полное пространственное представление об объекте, оценить его взаимоотношение с другими органами, определить размеры, выбрать оптимальную траекторию пункции и дренирования. МИВ проводили с использованием УЗ-аппаратов фирмы *General Electric*, моделей *Logic 400 MD, Logic 7, Logic P6* и *Pro Focus* фирмы *B-K Medical*, оснащенных конвексными и линейными датчиками с пункционными адаптерами. Использовали хирургические иглы длиной 15–20 см, диаметром 16–18 G и стилет – катетерами типа *pig-tail* диаметром 8–16 Fr.

При абсцессах печени показанием к МИВ (дренированию) считали наличие одиночного или множественных абсцессов диаметром более 4,5 см. При абсцессах печени до 4,5 см в диаметре считаем достаточным проведение одно- или двукратной пункции и санации. В 9 случаях (17,6%) использовали пункционную методику лечения, в 42 (82,4%) – катетерную. По возможности траекторию проводили через слой печеночной паренхимы, что давало возможность герметизировать катетерный канал и избежать подтекания гноя в брюшную полость. После установки дренажа в полость абсцесса максимально удаляли содержимое, затем промывали гнойник растворами антисептиков и фиксировали дренаж к коже лигатурами. При абсцессах брюшной полости в 32 случаях (88,9%) использовали катетерную методику лечения, в 4 (11,1%) – пункционную. При оментобурсите выбор методики лечения определялся в зависимости от данных УЗИ. Показаниями к пункции салниковой сумки считали наличие оментобурсита объемом от 50 до 150 мл без клинических признаков нагноения. При наличии жидкостного скопления объемом более 150 мл или клинических признаков его нагноения проводили катетерное вмешательство. Пункционная методика лечения оментобурсита была применена в 15 наблюдениях (14,3%), катетерная – в 90 (85,7%). При лечении больных с ВЖО, возникшими как осложнение основного заболевания и как послеоперационные осложнения, в 56 случаях (20,5%) использована пункционная методика и в 217 (79,5%) – катетерная.

Критериями эффективного лечения ЖО брюшной полости и забрюшинного пространства считали: изменение характера отделяемого с гнойного на серозный, сокращение его суточного объема до 5 мл, значительное уменьшение полости по данным УЗИ, фистулографии, нормализация температуры тела и лабораторных показателей.

Неэффективными МИВ во всей группе больных оказались в 6 наблюдениях (1,3%). Из них в 2 случаях (0,4%) были абсцессы брюшной полости, в 4 (0,9%) – забрюшинная флегмона. Этим пациентам выполнены традиционные хирургические операции.

Эффективность лечения при абсцессах печени составляет 98,0%, при ЖО салниковой сумки – 92,2%, при ВЖО, в том числе и забрюшинной локализации, – 94,5%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЧАСТИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ГРУДИ ТОРАКАЛЬНОГО ХИРУРГА В ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Е.П. Измайлов, А.Н. Титов, А.Г. Нагоза, Г.С. Комаров

СМП ИПО СамГМУ Минздрава России, Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова Самара, РФ

Большинство больных с травмой груди поступают в экстренном порядке в городские больницы. Однако в дежурной бригаде, да и в самом штате большинства городских больниц нет торакального хирурга.

Цель исследования – оценить эффективность участия торакального хирурга в лечебном процессе больных с травмой груди в условиях городской клинической больницы.

Материал и методы исследования. За период с 2003 по 2011 гг. пролечены 836 больных с изолированной травмой груди, осложненной пневмо- или гемотораксом. Мужчин было 623 (84,65%), женщин – 113 (15,35%), возраст пострадавших колебался от 15 до 92 лет. Среди больных с травмой груди, осложненной пневмо- или гемотораксом, пострадавших в возрасте до 20 лет было 47 (6,36%), от 20 до 60 лет – 554 (75,27%) и старше 60 лет – 135 (18,34%). Обследование и лечение больных проводили в соответствии со стандартами оказания помощи больным с травмой груди с применением современных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, в том числе компьютерной томографии и бронхоскопии. Наиболее тяжелыми по шкале повреждений *ISS* (1972) были пострадавшие с травмой груди, осложненной гемопневмотораксом, с продолжающимся кровотечением ($n=34$ больных) – 20,64±2,51 балла и со свернувшимся гемотораксом ($n=19$ больных) – 17,41±1,93 балла, менее тяжелыми были пациенты с пневмотораксом ($n=300$ больных) – 5,29±0,41 балла, гемопневмотораксом с остановившимся кровотечением ($n=157$ больных) – 5,47±0,51 балла и гемотораксом с остановившимся кровотечением ($n=226$ больных) – 4,79±0,51 балла. При лечении больных применяли активный подход к проведению санации плевральной полости с назначением физиотерапевтического лечения (патент РФ № 2478392 Е.П. Измайлов с соавт., 2012).

Всего при лечении больных с травмой груди, осложненной пневмо- или гемотораксом, было выполнено 88 оперативных вмешательств (11,96%), из которых у 44 (50%) составили переднебоковые торакотомии, а у 44 (50%) – видеоассистированные миниторакотомии.

При лечении больных с травмой груди, осложненной пневмо- или гемотораксом, осложнения в основной группе отмечены у 28 больных (6,53%): у 11 (2,56%) – посттравматическая пневмония; у 9 (2,1%) – длительный сброс воздуха по дренажам; у 5 (1,16%) – посттравматический плеврит; у 3 (0,69%) – недорасправленное легкое.

В группе сравнения осложнения возникли у 160 пострадавших (52,12%): у 53 (17,26%) – плеврит; у 28 (9,12%) – посттравматическая пневмония; у 25 (8,14%) – подкожная эмфизема на груди; 23 (7,49%) – длительный сброс воздуха по дренажам; у 16 (5,21%) – недорасправленное легкое; у 9 (2,93%) – нагноение раны на месте стояния дренажей; у 3 (0,98%) – нагноение торакотомной раны; у 2 (0,65%) – острая эмпиема плевры; у одного (0,32%) – летальный исход.

Таким образом, результаты исследования показали, что участие торакального хирурга в лечебном процессе больных с травмой груди обеспечивает повышение относительной пользы до 93,75%, повышает абсолютную пользу до 45%, ЧБЛН=2,22, снижения отрицательных результатов лечения на 45,59%, на 45,59% увеличивает число благоприятных исходов лечения, что доказывает необходимость введения торакального хирурга в штат городских клинических больниц.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

В.А. Иванов, С.А. Белякин, А.А. Прохорчик, А.В. Иванов, Е.В. Цымбал, С.Б. Жариков, И.С. Базанов

Центральный военный клинический госпиталь № 3 им. А.А. Вишневого МО РФ Красногорск, МО, РФ

За последние десятилетия внедрение в клиническую практику хирургических реперфузионных методик кардинально изменило прогноз пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС). С позиции современных знаний ранний инвазивный подход является «золотым стандартом» лечения данной группы больных.

Цель исследования: оценить непосредственные результаты хирургических методов лечения больных с ОКС.

Материал и методы. В период с 2008 по 2012 гг. в ЦВКГ № 3 им. А.А. Вишневого были пролечены 496 пациентов с ОКС, из них у 132 был подтвержден инфаркт миокарда, у 364 – нестабильная стенокардия. При поступлении всем больным в течение 2 ч выполняли диагностическую коронарографию. Выбор тактики лечения определялся консилиумом специалистов, включающим кардиологов, кардиохирургов и рентгеноэндоваскулярных специалистов.

В 74% случаев приоритет был отдан чрескожным коронарным вмешательствам (ЧКВ) на целевой артерии. У 26% пациентов с многососудистым поражением коронарного русла и невозможностью определения интракорт-ответственной артерии проводили аортокоронарное шунтирование.

В ходе ЧКВ всем больным выполняли механическую проводниковую реканализацию, в 24,2% в связи с распространенным тромбозом коронарной артерии применяли тромбозэкстракцию аспирационным катетером. Для снижения риска ишемических осложнений всем пациентам дополнительно вводили: ингибиторы IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов – в 3,8% случаев, прямые ингибиторы тромбина – в 1,5%.

Для сохранения просвета артерии всем больным были имплантированы коронарные стенты: 33,6% пациентам – стенты с лекарственным покрытием, 66,4% – гомометаллические стенты.

Результаты. Технический успех вмешательства (достижение магистрального кровотока *TIMI III*) был достигнут в 98,5% случаев. Летальность на госпитальном этапе составила 0,6% (1 пациент). В 4 наблюдениях на фоне выраженного кальциноза происходила перфорация коронарных артерий, требующая имплантации стент-графтов в 2 случаях, экстренного аортокоронарного шунтирования – в 1.

Выводы. Пациентам с ОКС показано раннее выполнение диагностической коронарографии и реваскуляризации миокарда. Коллегиальное принятие решения позволяет достичь наилучшего клинического результата и существенно снизить риск осложнений. В экстренных ситуациях ЧКВ является «золотым стандартом», в первую очередь при подтвержденном инфаркте миокарда.

ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ МОЧЕВИНЫ – ФАКТОР РИСКА БЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

М.Е. Ильинский, И.В. Александрова, С.И. Рей, В.В. Киселев, Г.А. Бердников, Л.В. Марченкова

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

Введение. Тяжелый острый панкреатит, несмотря на современные достижения в области диагностики и лечения, до настоящего времени сопровождается высокой летальностью, достигающей 47%. Исход заболевания во многом зависит от своевременной госпитализации больного в отделение интенсивной терапии и начала комплексного лечения.

Цель исследования – выявить оптимальный уровень мочевины в крови как фактор неблагоприятного прогноза у больных тяжелым острым панкреатитом.

Материал и методы. В исследование включены 152 пациента с тяжелым острым панкреатитом (ТОП), находившихся на лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2002 по 2009 гг. Медиана интервала между началом заболевания и поступлением пациента в стационар составила 24 (9;48) ч. Преобладали мужчины – 123 (80,9%). Возраст соответствовал 41 (32;50) году. Тяжесть состояния при поступлении по шкале *APACHE-II* соответствовала 13 (8; 18) баллам, по шкале *Ranson 6* (3;11) баллам, по шкале *SOFA 4* (2;6) баллам. Уровень мочевины в крови оценивали ежедневно в течение первой недели госпитализации.

Результаты. Применение регрессионной модели Кокса выявило, что повышение уровня мочевины в течение всей первой недели госпитализации являлось значимым фактором риска неблагоприятного исхода у больных ТОП ($p<0,003$). При сравнении концентрации мочевины в группах умерших и выживших пациентов выявлено, что медиана уровня мочевины в группе умерших пациентов составляла >10 ммоль/л. На основе регрессионного и *ROC* анализов, используя концентрацию мочевины в крови $>7,2$ ммоль/л в качестве прогностической модели неблагоприятного исхода у больных ТОП, отмечено: при поступлении данный критерий приближался к статистически значимому ($p=0,057$); *OR* 1,754 (95% *CI* 0,983–3,128); *AUC* (площадь под кривой) соответствовала значению 0,604 (0,505–0,703), чувствительность 0,542, специфичность 0,667. На вторые сутки госпитализации показатель был статистически значимым ($p=0,002$); *OR* 2,682 (95% *CI* 1,419–5,070); *AUC* 0,665 (0,569–0,761), чувствительность 0,674, специфичность 0,656.

Выводы. Таким образом, повышение уровня мочевины является фактором риска неблагоприятного прогноза у больных ТОП на протяжении всей первой недели госпитализации. Концентрация мочевины в крови $>7,2$ ммоль/л в течение 48 часов после поступления ассоциирована с более чем двукратным увеличением риска летального исхода в исследуемой группе больных. Раннее выявление пациентов с высоким риском тяжелого течения заболевания и своевременное начало интенсивной терапии, включающей методы экстракорпоральной гемокоррекции, могут способствовать улучшению результатов лечения данной категории пациентов.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДТП НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ТРАВМОЦЕНТРА III УРОВНЯ МБЛПУ «ЧЕБАРКУЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»
О.Е. Ильичева, А.Е. Локтев, У.В. Харламова
Челябинская государственная медицинская академия МЗ РФ
Челябинск, РФ

Число погибших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) по Российской Федерации достигает ежегодно около 30 000 человек. С целью снижения числа погибших и пострадавших в ДТП в целом по стране Правительство РФ издало ряд постановлений, а также была разработана областная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения в Челябинской области на 2009–2010 гг.». Во исполнение приказа министра здравоохранения и социального развития РФ от 03.02.2010 г. № 51-Н, от 26.01.2009 г. № 991-Н, постановления Правительства Челябинской области от 16.06.2010 г. № 33-П, директивы министра здравоохранения Челябинской области от 03.06.2010 г. № 01/4161 на базе МБЛПУ «Чебаркульская городская больница» был создан травматологический центр III уровня – догоспитальный этап.

Наибольшая концентрация ДТП на участке Федеральной автомобильной дороги М 5 «Урал», проходящей по территории Чебаркульского муниципального района 1798, 1808, 1812, 1815, 1817, 1825–1828 км (10 очагов). По данным таблицы, отмечена положительная динамика смертности пострадавших, доставленных с ДТП в травмоцентр III уровня МБЛПУ «Чебаркульская городская больница».

Таблица

Анализ аварийности на участке Федеральной автомобильной дороги М 5 «Урал», проходящей по территории Чебаркульского муниципального района, за период 2007–2012 гг.

Показатели	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Всего ДТП	150	175	191	247	283	251
ДТП с пострадавшими	25	30	23	21	26	25
Погибли	65	13	10	9	15	14
Ранены	201	55	27	25	42	36
Погибло детей	–	–	–	–	1	1
Ранено детей	–	2	2	3	–	2
Умерли в стационаре	20	21	16	10	10	2

Выводы:

1. Создание травмоцентра III уровня способствует сокращению сроков готовности и доставки сил и средств службы медицины катастроф в район ДТП для оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим на догоспитальном этапе.
2. Повышается качество оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим на догоспитальном этапе, уменьшаются сроки для спасения жизни и сохранения здоровья пострадавших в ДТП.
3. Своевременная сортировка и доставка пострадавших с ДТП в МБЛПУ «Чебаркульская городская больница» позволили снизить их смертность в стационаре.

ЭКСТРЕННЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ У БОЛЬНЫХ С ОИМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ОСТРОЙ ОККЛЮЗИЕЙ СТВОЛА ЛКА
Д.Г. Иоселиани, А.Г. Колединский, Д.С. Куртасов, А.В. Кононов, И.Ю. Костянов, П.С. Васильев
Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии
Москва, РФ

Цель исследования: оценить эффективность экстренной эндоваскулярной реваскуляризации у пациентов с ОИМ, обусловленной острой окклюзией ствола ЛКА.

Предпосылки. Острая окклюзия ствола ЛКА – один из наиболее тяжелых вариантов развития ОИМ. Прогноз у таких пациентов остается неутешительным: летальность исход у подавляющего большинства пациентов развивается в первые часы развития заболевания. Тем не менее, части больным удается оказать экстренную медицинскую помощь, в том числе эндоваскулярную реперфузию миокарда. Литературные сообщения, посвященные данной теме, исчерпываются небольшим количеством публикаций. Ниже представлен опыт эндоваскулярного лечения таких больных в нашей клинике за последние 12 лет.

Материал и методы. Всего с 2000 по 2012 гг. у 5187 пациентов, поступивших в клинику с диагнозом ОИМ, которым была выполнена экстренная КАГ, были отмечены 13 случаев острой окклюзии ствола ЛКА. Все пациенты находились в крайне тяжелом состоянии с признаками кардиогенного шока различной степени выраженности. У 7 пациентов (53,8%) отмечали острую недостаточность кровообращения степени *KILLIP* 4, и у 6 (46,2%) – степени *KILLIP* 3. Всем больным была выполнена диагностическая КАГ и ВГ. По результатам ангиографии правой коронарной артерии у всех пациентов были отмечены коллатерали из системы ПКА в окклюзированную ЛКА 2–3-й степени по классификации ретрографа. По данным диагностической левой контрастной вентрикулографии ФВ ЛЖ составила 27,4±5,6%, у всех пациентов отмечали гиперкинез заднебазальных сегментов миокарда ЛЖ.

Результаты. Всем пациентам была выполнена попытка проведения ургентной ЭВП. В 10 случаях (76,9%) технически удалось реканализовать окклюзию ствола ЛКА и выполнить ЭВП с достижением антеградного кровотока TIMI 2–3. Летальность на госпитальном периоде составила 4 случая (30,7%). Из них 3 случая (23,1%) операционной летальности, в одном случае (7,7%) пациент умер в ближайшем послеоперационном периоде на фоне нарастающей левожелудочковой недостаточности. Восемью (61,5%) из 13 пациентов ургентная ЭВП была проведена при поддержке внутриартериальной баллонной контрпульсации. Шести (46,2%) из 13 пациентов осуществляли внутрикоронарное введение метаболических цитопротекторов по оригинальной методике, разработанной в нашей клинике. У 3 (23,1%) пациентов осуществляли механическую вакуумную тромбэкстракцию из ствола ЛКА с положительным результатом. В средне-отдаленном периоде 11,7±3,1 мес известна судьба всех 9 пациентов. В одном случае (11,1%) отмечали летальный исход через 10 мес, по-видимому, связанный с отменой дезагрегантной терапии, в одном случае пациенту было выполнено АКШ в связи с многососудистым поражением коронарного русла. Из оставшихся 7 пациентов (77,7%) двум была проведена повторная эндоваскулярная реваскуляризация в связи с рестенозом в ранее установленных гемодинамических стентах. У 5 пациентов признаки стенокардии отмечено не было. У всех 7 пациентов отмечали недостаточность кровообращения на уровне 1–2 ФК по *NYHA*.

Выводы. Прогноз пациентов с ОИМ, обусловленной острой окклюзией ствола ЛКА, остается серьезным, но не безысходным. На наш взгляд, экстренная эндоваскулярная реваскуляризация в сочетании с современными интервенционными методами позволяет добиться минимальной госпитальной летальности (30,7%) и минимализировать развитие серьезных сердечно-сосудистых осложнений у данной категории пациентов.

МАНУАЛЬНАЯ ВАКУУМНАЯ ТРОМБЭКСТРАКЦИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ АНГИОПЛАСТИКОЙ ИНФАРКТ-ОТВЕТСТВЕННОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОИМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
Д.Г. Иоселиани, А.Г. Колединский, Д.Г. Громов, И.А. Ковальчук, Д.С. Куртасов, М.Б. Матини, А.В. Кононов, И.Ю. Костянов, П.С. Васильев
Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии
Москва, РФ

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности мануальной вакуумной тромбэкстракции (МВТ) из инфаркт-ответственной артерии (ИОА) у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) на фоне догоспитальной системной ТЛТ.

Материал и методы: были изучены результаты лечения 252 пациентов с ОИМ. Всем пациентам проводили догоспитальную системную ТЛТ в исследование включались только пациенты с признаками пристеночного тромба (ТТG>1). Пациенты были разделены на 2 группы, группа 1 (n=121) – стандартные эндоваскулярные процедуры (ЭВП) дополняемые МВТ, группа 2 (n=121) – выполняли только стандартные ЭВП. Исходные клинические, анамнестические и ангиографические данные были схожи в обеих группах. Среднее время между началом ангинозного приступа до выполнения ЭВП составило 5,8±1,9 ч в Гр. 1 и 5,2±1,3 ч в Гр. 2 (p>0,05). Системная ТЛТ была эффективна у 58 пациентов (47,8%) в Гр. 1 и у 66 пациентов (54,6%) в Гр. 2 соответственно (p>0,05). Фрагменты тромба удалось эвакуировать у 73 пациентов (60,3%). Госпитальная летальность составила: 1 случай (0,8%) в Гр. 1 и 2 случая (1,6%) в Гр. 2 соответственно (p>0,05). Феномен «но-глоб» отмечен у 2 пациентов (1,6%) в Гр. 1 и у 3 пациентов (2,5%) в Гр. 2 (p>0,05). Клинические показатели и частота послеоперационных осложнений были сопоставимы в обеих группах. Непосредственные результаты ЭВП обеих групп представлены в табл.

Таблица

Эффективность реперфузии миокарда в изучаемых группах

	Группа 1 (n=121)	Группа 2 (n=121)	p
Кровоток по TIMI			
0–1 (%)	4 (3,3)	11 (9,1)	ns
2 (%)	16 (13,2)	17 (14,1)	ns
3 (%)	101 (83,5)	93 (76,8)	ns
Кровоток по MBG			
0–1 (%)	10 (8,4)	21 (17,4)	<0,05
2 (%)	36 (29,7)	41 (33,9)	ns
3 (%)	75 (61,9)	59 (48,7)	<0,05
ST res.			
<30% (%)	14 (11,6)	21 (17,4)	ns
30–70% (%)	41 (33,8)	46 (38)	ns
>70% (%)	66 (54,6)	54 (44,6)	<0,05

Среднеотдаленные результаты (7,8±1,2 мес) были изучены у всех пациентов. В этот период смертность составила 1,6% в Гр. 1 и 2,5% в Гр. 2 (p>0,05). Контрольная КАГ была выполнена у 72% и 66% пациентов соответственно. Частота рестеноза целевого сосуда в Гр. 1 была незначительно ниже чем в Гр. 2: 18 (14,8%) и 25 (20,6%) случаев (p=0,07). Достоверное увеличение ФВ ЛЖ отмечалась в обеих группах, однако, в Гр. 1 она была незначительно выше чем в Гр. 2 (p<0,01).

Выводы. Использование устройств вакуумной тромбэкстракции безопасно и не приводит к увеличению общего времени ишемии миокарда, числу серьезных коронарных осложнений и позволяет эвакуировать часть тромботических масс из инфаркт-ответственной артерии. Сочетание данного метода с интервенционными процедурами позволяет добиться более полного восстановления кровотока в микроциркуляторном русле инфаркт-ответственной артерии у пациентов с ОИМ на фоне догоспитальной системной ТЛТ.

ИСТОРИЯ НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО В ЭКСПОЗИЦИИ ЕГО МУЗЕЯ
С.А. Кабанова, Ю.С. Гольдфарб, Т.А. Капустина
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского был организован в 1923 г. на базе бывшей Шереметевской больницы. В 2013 г. его коллектив отмечает 90-летие своей научной и практической деятельности. Свой юбилей институт встречает в качестве самого крупного многопрофильного научно-практического центра экстренной медицинской помощи в России, все подразделения которого оказывают бесплатную высококвалифицированную медицинскую помощь всем обращающимся.

На всех этапах существования института его руководство заботилось о сохранении исторической памяти о выдающихся медиках, трудившихся в нем и о поддержании в достойном состоянии исторического здания Странноприимного дома – выдающегося памятника архитектуры. Именно поэтому в 1948 г. в структуре института был создан музей. Инициатором создания выступил главный хирург НИИ СП академик АМН СССР Сергей Сергеевич Юдин. Он заказал для музея живописные и скульптурные портреты выдающихся хирургов прошлого и современности: Н.И. Пирогова, Н.В. Склифосовского, А.А. Боброева, В.А. Красинцева и др. Внучки Н.В. Склифосовского передали в музей Института парадные портреты предков, рукописные автографы известного хирурга и другие экспонаты. Часть редких дореволюционных изданий была передана из библиотеки Института в его музей. После смерти С.С. Юдина в фонд музея поступили личные вещи ученого (мантя и головной убор почтенного члена Кембриджского колледжа, очки, хирургические инструменты) и его библиотечка. К сожалению, по объективным причинам музей не сохранился в своем первоначальном виде. Сейчас эти уникальные экспонаты находятся на балансе Российской академии медицинских наук.

После возвращения в 1998 г. здания Странноприимного дома из ведения Академии медицинских наук в ведение Правительства Москвы в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского началось возрождение музея института. Очередные шаги на этом пути были предприняты в связи с торжественным празднованием 200-летнего юбилея Странноприимного дома летом 2010 г.

В результате совместно с Музейным объединением «Музей Москвы» и при поддержке Департамента культуры г. Москвы была открыта выставка «Дворец милосердия», заложившая основу для создания полноценной музейной экспозиции. В настоящий момент экспозиция музея состоит из 7 разделов, отражающих как дореволюционный период, связанный с историей Странноприимного дома, так и непосредственно этапы развития НИИ СП с 1923 г. Она строится по хронологическому принципу. Основными узлами являются витрины, посвященные главным хирургам института, с именами которых связаны наиболее значительные страницы его летописи – первого руководителя хирургической клиники В.А. Красинцева и выдающегося хирурга академика С.С. Юдина. Экспонируются материалы организатора Службы скорой помощи Москвы А.С. Пучкова, других ведущих специалистов института, среди них патологоанатома А.В. Русакова и академика Б.А. Петрова. Отдельно выделен период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.

Центром художественного решения музея стала реконструкция рабочего кабинета профессора института 30–40-х г. прошлого века. Его украшает портрет Н.В. Склифосовского. Экспозиция, посвященная послевоенному периоду, отражает вклад руководителей и специалистов института в организацию здравоохранения Москвы. Демонстрируются достижения выдающихся ученых, трудившихся в стенах НИИ СП им. Н.В. Склифосовского: В.П. Демихова, С.С. Брюхоненко, П.И. Андросова, Н.Н. Чинакина.

Отдельным блоком даны материалы по истории реставрации здания Странноприимного дома и возрождению храма Живоначальной Троицы. Завершают экспозицию почетные награды Института и материалы о его современной деятельности.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФЛОТИРУЮЩИМИ ТРОМБАМИ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

П.О. Казанчян, Р.Н. Ларьков, А.В. Ващенко, П.Г. Сотников, М.Г. Козорин, М.Ю. Ермак

Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ

Как известно, флотирующие тромбы в системе нижней полой вены (НПВ) представляют реальную опасность развития тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Еще больше ситуация усугубляется при распространении флотирующей части тромба в интра- и супраренальные отделы НПВ, делая имплантацию кава-фильтра невозможной. Существующие методы открытых тромбэктомий из НПВ травматичны и связаны с риском развития различных осложнений. Альтернативой открытой тромбэктомии из НПВ является эндоваскулярная тромбэктомия из НПВ, которая до сих пор не нашла широкого применения.

Цель: оптимизировать тактику лечения больных с флотирующими тромбами в НПВ.

Материал и методы. В период с 2007 по 2013 г. наблюдали 131 пациента с флотирующими тромбами в илеокавальном сегменте. 122 пациентам (92,8%) выполнена имплантация кава-фильтра, у 9 пациентов (7,2%) предварительно выполнена эндоваскулярная тромбэктомия из НПВ (ввиду распространения флотирующей головки тромба в интра- и супраренальный отдел НПВ). Катетерную тромбэктомию из НПВ выполняли под местной анестезией через предварительно выделенную правую внутреннюю яремную вену. Производили поперечную венотомию внутренней яремной вены. В НПВ по проводнику вводили тромбэкстрактор. Затягиванием петли, расположенной на конце тромбэкстрактора, срезали флотирующую часть тромба, а затем контейнер с тромбом извлекали через венотомическое отверстие во внутренней яремной вене. После чего в НПВ имплантировали кава-фильтр. Венотомическое отверстие во внутренней яремной вене ушивали непрерывным швом (пролен 6/0). Исключение составили 2 пациента, у которых после проведенной тромбэкстракции, ввиду наличия фиксированных пристеночных тромбов к венозной стенке НПВ, имплантацию кава-фильтра не производили.

Все пациенты получали консервативную терапию: антикоагулянтную терапию, НПВС, флеботоники, компрессионную терапию. С периодичностью 3–4 сут проводили контрольное дуплексное сканирование, при котором оценивали состояние НПВ, подвздошных вен и имплантированного кава-фильтра.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде эпизодов ТЭЛА не наблюдали. В группе пациентов, которым была произведена имплантация кава-фильтра без предварительной тромбэкстракции, у 6 больных (5,8%) через 3 нед отмечена фиксация головки тромба к венозной стенке, что позволило предпринять попытку по удалению кава-фильтра, которая закончилась успехом у 4 пациентов. У 7 пациентов после проведенной тромбэкстракции только в одном случае удалось удалить кава-фильтр.

В отдаленном периоде (сроки от 3 мес до 6 лет) по данным дуплексного сканирования исследовано состояние НПВ у 84 больных. Среди пациентов, которым проводили исключительно имплантацию кава-фильтра, наличие тромбоза кава-фильтра выявлено у 21 пациента (26,9%), проходимость сохранена у 57 (73,1%). Среди 6 пациентов (7,1%) после проведенной тромбэкстракции проходимость кава-фильтра сохранена во всех случаях. Рецидивирующей ТЭЛА не наблюдали ни у одного пациента.

Выводы. Имплантация кава-фильтра, а также предварительная тромбэкстракция при распространении флотирующей верхушки тромба в интра- и супраренальный сегмент НПВ эффективно предотвращают развитие ТЭЛА и являются безопасным методом лечения.

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРЕДИКТОРОВ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА АНЕВРИЗМ АОРТЫ

П.О. Казанчян, М.В. Вишнякова (мл.), Л.Б. Денисова, Р.Н. Ларьков, М.В. Вишнякова

Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ

Аневризматическое поражение аорты является неуклонно прогрессирующим заболеванием сердечно-сосудистой системы с полиморфностью клинических проявлений и высоким риском внезапного развития осложнений. В последнее десятилетие благодаря развитию технологий визуализации стало возможным определение признаков нестабильности стенок аорты, представляющих потенциальную угрозу развития разрыва: диссекции, интрамуральной гематомы и пенетрирующей язвы аорты. Данные изменения были объединены в понятие «острый аортальный синдром» и описаны у пациентов с нормальным диаметром аорты.

Цель исследования: изучение признаков нестабильности стенок аневризмы аорты и изменений структуры внутрисосудистых тромботических масс в качестве предикторов разрыва аневризмы.

Материал и методы исследования. За 2008–2013 гг. в отделении КТ и МРТ МОНИКИ были обследованы 211 пациентов с аневризмами грудного и брюшного отделов аорты. МСКТ грудного и (или) брюшного отделов аорты выполняли по разработанному специализированному протоколу на аппарате *Philips Brilliance 16* (Нидерланды) с большим контрастным усилением. 98 больных прооперированы в отделении хирургии сосудов и ИБС МОНИКИ, у 41 пациента проведено сопоставление результатов МСКТ и морфологического исследования.

Результаты. Наиболее частым признаком нестабильности аортальной стенки стала диссекция аорты (10% от всех случаев). Реже встречались такие изменения, как разрыв аневризмы (8% от всех случаев), локальные надрывы интимы (4% от всех случаев). Пенетрирующая язва аорты на уровне аневризмы отмечена не была.

Интрамуральная гематома, которая является признаком угрожающего разрыва аневризмы, была выявлена у 2 пациентов: у одного больного уже развилась диссекция аорты, у другого – разрыв аневризмы аорты.

Тромботические массы в просвете аневризмы были выявлены у 163 пациентов (77%). Из них у 10 пациентов (6%) плотность тромботических масс была повышенной, что позволило предположить геморрагическую трансформацию тромба как следствие недавнего роста или надрыва стенок аневризмы. Все эти пациенты поступили в клинику с болями в животе или с признаками разрыва аневризмы аорты.

Все вышеотмеченные признаки нестабильности стенок аорты, а также другие изменения стенок аневризмы, влияющие на тактику хирургического лечения, относили к осложненному течению аневризмы. Таким образом, в нашем исследовании частота осложненного течения аневризм аорты составила 22% (68 человек) от общего числа пациентов.

Заключение. МСКТ, проведенная по специализированному протоколу с комплексным анализом полученных данных, позволила точно выявить изменения, развившиеся в стенке аневризмы аорты. Интрамуральная гематома и геморрагическая трансформация тромботических масс во всех случаях сочетались с более тяжелой формой аневризмы, с диссекцией или с проявлениями состоявшегося разрыва. Таким образом, эти признаки можно считать непосредственными предикторами угрожающего разрыва аневризм аорты.

ВНТРИАОРТАЛЬНАЯ БАЛЛОННАЯ КОНТРАПУЛЬСАЦИЯ В МАЛОИНВАЗИВНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ СТОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

П.О. Казанчян, П.Г. Сотников, М.Г. Козорин, Р.Н. Ларьков

Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ

Прямая реваскуляризация миокарда на бьющемся сердце активно внедряется в кардиохирургическую практику у больных с многососудистым поражением коронарных артерий. Не обходит эта методика стороной и больных с поражением ствола левой коронарной артерии, у которых как нигде остро встает вопрос о защите миокарда от ишемического повреждения. Одним из методов, позволяющих улучшить кровоснабжение миокарда, является внутриаортальная баллонная контрапульсация (ВАБК). Цель исследования. Оценить влияние профилактического использования ВАБК у больных со стенозом ствола левой коронарной артерии на ближайшие результаты операции прямой реваскуляризации миокарда.

Материал и методы. Прооперированы 192 больных со стенозом ствола левой коронарной артерии более 70%. Сочетанное гемодинамически значимое поражение в бассейне правой коронарной артерии наблюдали в 153 случаях (79,7%). Инфаркт миокарда ранее перенесли 72 пациента (37,5%). Снижение глобальной сократимости миокарда левого желудочка ниже 40% отмечено у 68 больных (35,4%). Наличие зон нарушенной локальной сократимости левого желудочка было выявлено у 144 больных (75%). 11 пациентов (5,7%) были оперированы по поводу острого коронарного синдрома.

Всем пациентам реваскуляризацию миокарда старались выполнить на бьющемся сердце. В 88 случаях (45,8%) сразу после введения пациента в наркоз начинали ВАБК. Во всех случаях после вскрытия коронарной артерии (при наличии в ней кровотока) в просвет устанавливали временный внутренний шунт для предотвращения усугубления ишемии миокарда в бассейне оперируемой артерии. В случаях конверсии к ИК операции выполняли в условиях параллельного ИК через артериальную канюлю, установленную в восходящую аорту, и двухпросветную венозную канюлю, установленную через ушко правого предсердия в его полость и нижнюю полую вену. Перед завершением ИК для профилактики развития острой сердечной недостаточности также прибегали к ВАБК, которую продолжали в послеоперационном периоде до купирования явлений сердечной недостаточности.

Результаты. Конверсия к ИК потребовалась в 11 случаях (5,7%). В группе больных, которым проводили превентивную ВАБК, переходов к ИК не было. Осложнений, связанных с применением ВАБК, не наблюдали. Умерли 5 больных (2,6%).

Заключение. Профилактическое использование ВАБК у больных со стенозом поражением при выполнении малоинвазивной реваскуляризации миокарда эффективно и позволяет снизить риск необходимости перехода к ИК, что, в свою очередь, улучшает ближайшие результаты операций.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФЕРМЕНТОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ С ДИНАМИКОЙ ТЯЖЕСТИ ЭКЗОТОКСИКОЗА У ДЕТЕЙ

Л.Ф. Казначеева, П.И. Шафоростов, О.В. Кольцов

Новосибирский государственный медицинский университет,
Детская городская клиническая больница № 1
Новосибирск, РФ

Цель работы: изучить корреляции активности ферментов биотрансформации ксенобиотиков 1-й и 2-й фазы с тяжестью течения острых экзотоксикозов у детей. На базе областного детского токсикологического центра обследованы 178 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 14 лет.

Исследуемые ферменты: цитохром P4503A и глутатион S-трансферазы M1, T1, P1. Оценка активности цитохрома P4503A относительно β₁ гидроксикортизон/ кортизол у детей свидетельствовала о полиморфном распределении признака, со статистической достоверностью отличающегося от нормального в тестах Липлифорса ($p < 0,01$) и Шапиро–Уилка ($p < 0,001$). Выделены медленные 52,8%, промежуточные 28,3% и быстрые 29,2% метаболитизеры. Границы между группами пролегли по величинам отношения β₁-OHCI/C₁ ≤ 12,5 для медленных метаболитизеров; > 12,5 и ≤ 32,5 промежуточных; и > 32,5 быстрых. Наблюдаемый метаболитический полиморфизм коррелирует с данными о наличии мутаций в генах CYP3A. Однако почти все они остаются неохарактеризованными в функциональном отношении. Оценена связь активности цитохрома P4503A с клиническими проявлениями (тяжесть течения, выраженность синдрома интоксикации, наличия полилики органной дисфункции) медикаментозных отравлений у детей. Наблюдали статистически достоверную корреляцию клинических показателей между собой, что свидетельствует об адекватной оценке состояния и ведения больных (взаимосвязь степени тяжести с длительностью синдрома интоксикации была прямой, $r = 0,38$, $p < 0,5$). Однако связь активности P4503A с клиническими особенностями во всей группе без учета природы лекарств была слабой и статистически недостоверной. В этом случае использовали непрерывный вариационный ряд активности CYP3A. Ограничение анализа лекарствами-субстратами P4503A увеличило коэффициенты корреляции. Особенно значимо увеличение коэффициентов корреляции при стандартизации по действующему агенту: между активностью CYP3A и длительностью интоксикации при отравлениях клофелином $r = 0,712$, $p < 0,05$ и между активностью CYP3A и числом вовлеченных в процесс органов при отравлениях бензодиазепинами $r = 0,81$, $p < 0,05$. Важно, что и при отравлении клофелином, и бензодиазепинами отношение β₁-OHCI/C₁ прямо коррелирует с клиническими показателями, то есть более высокой активности CYP3A (фенотипу «быстрого метаболитизера») соответствует высокая токсичность. С точки зрения изменения активности (токсичности) лекарств в процессе метаболизма такое возможно в случае, когда метаболит более токсичен, чем исходное вещество. Сравнение показателей ГПИ и ЛИИ у детей с разными комбинациями генотипов GSTM1, GSTT1 и GSTP1 выявили статистически достоверные более низкие величины ГПИ1 и ЛИИ1 для гаплотипа M1+T1+P1/1e/1e в сравнении с гаплотипом M1+T1+P1/1e/1e. Больные с нуль-генотипом GSTM1 имели достоверно более низкие интегральные показатели и в динамике (ЛИИ), чем больные с плюс-генотипом. Выявлена тенденция к более низким величинам этих показателей для генотипа GSTT1+0/0 в сравнении с GSTT1+ и для генотипа GSTP1/1e/1e в сравнении с содержащими валин-кодирующий аллель генотипами. Все другие сравнения не выявили статистически достоверных различий. Однако и в этом анализе проявилась тенденция к более низким значениям величин для комбинаций, включающих нуль-генотипы GSTM1 и GSTT1 и генотип GSTP1/1e/1e.

СТРУКТУРА ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖОГОВОГО ШОКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Б.Х. Карабаев, А.Д. Фаязов, Х.К. Карабаев

Самаркандский государственный медицинский институт,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Самарканд, Республика Узбекистан

Актуальность. В структуре поступающих пациентов с тяжелой термической травмой удельный вес лиц пожилого и старческого возраста, по данным Самаркандского филиала РНЦЭМП, составил 27,8% от общего количества обожженных. Лечение ожогового шока у пациентов старших возрастных групп представляет одну из актуальных проблем современной комбустиологии. Основными видами травм были ожог пламенем и кипятком, нередко обусловленные органической патологией головного мозга.

Цель исследования. Выявить возможные осложнения ожогового шока у пожилых.

Материал и методы. Ожоговый шок у 105 пожилых людей протекал на фоне возрастных нарушений микроциркуляции, обменных процессов и сопутствующей патологии органов и систем. В связи с этим увеличивалась вероятность развития осложнений. Отмечался ранний неблагоприятный признак травмы – сохраняющаяся артериальная гипотензия и периферические признаки шока, несмотря на восстановление нормального ЦВД с помощью плазмозаменителей. Наиболее грозным осложнением явилось развитие синдрома полиорганной недостаточности (у 85 больных), проявляющейся сочетанием синдрома острого повреждения легких или респираторного дистресс-синдрома (у 28 больных), с некрозом почечных канальцев и формированием острой почечной недостаточности, а также острой сердечной недостаточности (у 92 больных).

Нарушения микроциркуляции усугубляли течение синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, что проявлялось развитием тромбозов и инфарктов органов и повышенной кровоточивостью, а также развитием острых эрозий и язв желудка и кишечника, которые служили причиной тяжелых внутренних кровотечений (у 28 больных). Осложнениями ожогового шока старших возрастных групп были инфаркт миокарда (у 7) как результат их необратимой ишемии. Наличие хотя бы одного из данных осложнений повышало вероятность смертельного исхода пациентов до 80%.

Выводы. Ранняя диагностика и аргументированная профилактика возможных осложнений ожогового шока у пожилых пострадавших существенно снижала летальность и укорачивала последующий период лечения ожоговой болезни.

ОСОБЕННОСТИ АМПУТАЦИИ ПРИ ОЖОГАХ

Х.К. Карабаев, А.Д. Фаязов, К.Р. Тагаев, Э.А. Хакимов, Б.Х. Карабаев, Б.М. Шакиров

Самаркандский государственный медицинский институт,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Самарканд, Республика Узбекистан

Целью настоящей работы является изучение особенностей техники ампутации и экзартикуляции у тяжелообожженных.

Материал и методы. На лечении в ожоговом отделении Городской клинической больницы и Самаркандского филиала РНЦЭМП находились 107 детей в возрасте от 1 до 2 лет и 34 взрослых пострадавших с глубокими термическими поражениями верхних и нижних конечностей. Глубокие ожоги у взрослых были у 10 пациентов (29,4%) с ожогами пламенем, электроожоги – у 13 (38,2%), контактные ожоги – у 11 пострадавших (32,4%), из них – 29 мужчин (85,3%) и 5 женщин (14,7%) в возрасте от 15 до 65 лет с площадью глубоких ожогов от 15 до 50% поверхности тела при общей площади ожога до 65% поверхности тела.

Показанием к ампутации явилось тотальное обугливание всех тканей конечности, аналогичные изменения, касающиеся пальцев стоп и кисти, служили поводом к их экзартикуляции. Среди наблюдаемых детей с глубокими ожогами ампутации конечностей произведены у 22 больных на 24 конечностях, что составляет 9,8%, экзартикуляция пальцев стоп и кисти – у 85 детей (114 пальцев), что составляет 39,8%. Следовательно, у каждого десятого ребенка с глубокими ожогами были ампутированы конечности, а у каждого третьего удалены пальцы стоп или кисти.

Показанием к ампутации у взрослых также явилось тотальное обугливание всех тканей конечности и у 2 больных аррозивное кровотечение из артерий. Среди наблюдаемых больных с глубокими ожогами ампутации конечностей произведены у 50 больных на 56 конечностях. Ампутации были выполнены в первые 5–10 сут после травмы у 39 больных и позже 20 сут – у 19. Из них 7 больных поступили на 10–15-е сут после травмы. Из 29 поступивших в более ранние сроки у 25 – ампутации предшествовала некротомия. У 48 пациентов ампутации нижней конечности произведены на уровне с/3 бедра (1), с/3 и в/3 голени, у 2 больных ампутирована верхняя конечность на уровне н/3 плеча.

Формирование ампутационной культи производилось у 42 пациентов через обожженную поверхность при сохранении жизнеспособности глуболежащих тканей. Лишь у 8 больных разрез мягких тканей проводили на границе между обожженной и здоровыми тканями. Обработке опила кости при формировании ампутационной культи уделяли особое внимание, срезали ее края опила и придавали ему округлую форму. Во всех случаях лечение ампутированной культи производили без наложения швов и кожного покрова на культю восстанавливался с помощью свободной кожной пластики спустя 1,5–2 нед. При этом торец культи закрывали сплошным кожным лоскутом толщиной 0,25–0,3 мм, взятым при помощи дерматома.

Экзартикуляция пальцев правой стопы осуществлена у 53 больных (68 пальцев), у 31 – пальцев левой стопы (45 пальцев) и у 5 больных – правой и левой кисти (22 пальцев).

Восстановление кожного покрова торца культи пальцев производили отдельно для каждого пальца дерматомным лоскутом. Отмечено 3 смертельных исхода.

Выводы. Наш опыт показывает, что при выборе уровня усеяния следует руководствоваться правилом максимального сбережения длины сегмента конечности. Если удается сохранить хотя бы небольшой участок стопы, кисти, предплечья или плеча, оставшийся рычаг будет весьма ценным для протезирования и самообслуживания инвалида без протеза.

ЛЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Б.Х. Карабаев, А.Д. Фаязов, Х.К. Карабаев, Э.А. Хакимов, Б.М. Шакиров

Самаркандский государственный медицинский институт,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Самарканд, Республика Узбекистан

Под нашим наблюдением находились 510 пациентов с глубокими ожогами в возрасте от 60 до 92 лет. Глубокие ожоги от 1 до 5% поверхности тела были у 69 больных, от 6 до 10% – у 238, от 11 до 20% – у 158, от 21 до 30% – у 30 и более 30% поверхности тела – у 15 пострадавших.

Результаты. Лечение пострадавших с ожогами складывалось из двух полноправных составных частей: общего и местного.

Общие принципы лечения. В период ожогового шока, особенно в первые сутки, когда отмечалось наиболее значительное падение артериального давления и ЦВД у больных с успехом применяли переливания полиглюкина, стабизола и рефортана.

В период ожоговой токсемии (у 169 больных) и септикотоксемии (у 184 больных) ИТТ была направлена главным образом на борьбу с интоксикацией, анемией, гипо- и диспротеинемией.

Местное лечение. Тактика местного лечения ожоговых ран определяется одним показателем – глубиной ожогового поражения. При поверхностных ожогах I–II–IIIа степени она должна быть направлена на скорейшую эпителизацию ран, при глубоких же (IIб–IV–V степени) – на быстрейшее очищение раны от некротических тканей и скорейшее восстановление кожных покровов путем аутодермопластики.

У 409 пострадавших в возрасте от 60 до 92 лет с площадью глубоких ожогов от 2 до 25% поверхности тела была произведена аутопластика кожи. Из них у 186 больных с площадью глубоких ожогов (от 2 до 15%) была произведена ранняя некрэтомия в сроки от 7 до 15 сут. Кожная пластика выполнена непосредственно после удаления некротических струпов на площади до 5% поверхности тела у 116 больных (62,4%) и у 70 пострадавших (37,6%) от 5 до 15% поверхности тела, всего 201 аутодермопластика (от 500 до 850 см²).

Хорошее приживление кожных лоскутов было у 156 больных (83,9%), частичная отслойка трансплантатов наступила у 25 пострадавших (13,4%) и полный лизис пересаженных лоскутов наблюдали у 5 пациентов, у которых раннюю некрэтомия производили на площади 10–15% поверхности тела, и у них же вследствие отторжения трансплантатов наступило ухудшение общего состояния. Несмотря на общеукрепляющую терапию, состояние пострадавших прогрессивно ухудшалось и через 10 сут у 2 больных наступил смертельный исход. У 171 пострадавшего (91,9%) операции выполняли в один этап, а у 15 (8,1%) – в два этапа, что было вызвано обильным кровотечением из раневой поверхности и недостаточным удалением некротических струпов.

223 больным (II группа) с обширными глубокими ожогами 10–25% поверхности тела была произведена аутопластика кожи на гранулирующие раны. В один этап – у 133, в два этапа – у 45 и в три этапа и более 45 больным (383 операции).

В наших наблюдениях из 383 аутопластик кожи на гранулирующие раны (II группа) полное приживление трансплантатов отмечено в 272 случаях (71,0%), приживление 70% пересаженных лоскутов наблюдали в 92 случаях (24,1%) и полный лизис кожных лоскутов наступил лишь в 19 случаях (4,9%). Среди 409 оперированных больных умерли 72 человека, что составляет 17,6%.

Выводы. Наилучшими методами лечения глубоких ожогов у пожилых считаем многоэтапность пластических операций с малым интервалом между ними и преимущественным применением аутопластики сетчатыми трансплантатами.

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА

Х.К. Карабаев, И.Б. Мустафакулов, Б.Х. Карабаев, Э.А. Исаков, З.А. Джураева, Ф.Ч. Махмудов, М.Ч. Нороз

Самаркандский государственный медицинский институт,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Самарканд, Республика Узбекистан

Цель исследования: изучить факторы риска и прогнозирования синдрома жировой эмболии (СЖЭ) у пострадавших с сочетанной травмой живота.

К факторам риска развития СЖЭ следует отнести:
– травматический шок II–III степени (58–85%);
– гипотензию при систолическом артериальном давлении ниже 70 мм рт.ст. длительностью более 30 мин;

– тяжелую механическую травму костей таза, бедра и голени;
– разможение конечностей и раздробление костей;
– отсутствие и недостаточность транспортной иммобилизации;
– транспортировку больного в острый период травматической болезни из одного лечебного учреждения в другое. Этот фактор, по нашим данным, вносит особенно большой вклад в эпидемиологию СЖЭ;
– частые попытки репозиции переломов, травматическую операцию.

При наличии у пациента 2 и более из перечисленных факторов следует считать вероятность развития СЖЭ высокой.

Материал и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни 12 больных с установленным диагнозом СЖЭ, получивших лечение в хирургическом реанимационном отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП с 2005 по 2012 г. Были изучены следующие параметры: общий анализ крови и мочи, свертывающая система крови, биохимический анализ крови, наличие жировых глобул в крови, анализ крови на алкоголь, проводимая инфузионная терапия, температурная реакция, изучение сердечно-сосудистой и дыхательной систем и изменения глазного дна при фундоскопии.

Мы в своей работе для установления диагноза СЖЭ использовали, кроме фактора риска, алгоритм диагностики, предложенный A.R. Curd (1970). Он делит критерии на большие и малые. Диагноз СЖЭ обоснован при наличии 1 из 3 больших и 4 из 5 малых симптомов.

Большие симптомы: дыхательная недостаточность, неврологическая симптоматика, петехиальные высыпания на коже.
Малые симптомы: гипертермия, тахикардия, изменения сетчатки, желтуха, нарушение функции почек.

На основе полученных данных методом бинарной логистической регрессии были выявлены значимые предикторы для прогнозирования СЖЭ. Данный метод позволяет выявлять группы риска и проводить дифференцированный подход к профилактике и лечению СЖЭ.
Лечение данной категории пострадавших включало оксигенотерапию с мониторингом газов крови, инфузионную терапию, состоящую из введения альбумина, гидроксизинтированного крахмала, рефортана, стабизола. Вводились гипертонические растворы глюкозы, 30 мл 96° спирта в 200 мл 5% р-ра глюкозы, гепарин, аспирин, липостабил (до 150 мл/сут) или эссенциале (40–50 мл/сут), по показаниям – свежемороженая плазма или криопреципитат, кортикостероиды, сукцинал (400 мл), парентеральное и энтеральное зондовое питание, ранняя оперативная стабилизация переломов.

Выводы: полученные результаты позволили снизить смертность с 38,5 до 15,6% и улучшить результаты лечения больных с сочетанными травмами живота.

**РОЛЬ БСГ В ОЦЕНКЕ ПРОХОДИМОСТИ ХОЛЕДОХА
У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

А.В. Каралкин, М.И. Филимонов, В.Е. Васильев

**Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова
Москва, РФ**

Оценка проходимости внепеченочных желчных протоков при остром холецистите является принципиально важной, поскольку определяет объем оперативного вмешательства – от изолированной холецистэктомии до расширенной операции с ревизией желчных протоков. Эта задача до сих пор окончательно не решена. Одним из высокочувствительных методов диагностики нарушения тока желчи по холедоху является гепатобилисцинтиграфия (БСГ) с желчонным завтраком. Однако применение стандартной методики БСГ у больных острым холециститом невозможно из-за голодной диеты в острой фазе заболевания и отсутствия сократительной функции желчного пузыря при обтурационном характере холецистита. Поэтому модификация методики для пациентов с острым холециститом и оценка ее эффективности были основной нашей задачей.

Обследованы 75 больных с различными формами острого холецистита. Среди них 28 пациентов с катаральной, 32 – с флегмонозной, 15 – с гангренозной формами заболевания. У 16 больных заболевание осложнилось желтухой: в 10 случаях – паренхиматозной и в 6 – обтурационной. Соотношение мужчин и женщин составляло 28/47. Всем пациентам выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) и билисцинтиграфию. У 36 больных произведены рентгеноконтрастные исследования желчевыводящих путей: ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ) – 10, интраоперационная холангиография – 18, послеоперационная фистулография – 8. В качестве релаксанта сфинктера Одди применяли нитроглицерин (1 таблетка под язык) и ортостатическую пробу. У пациентов с замедленным транспортом радиофармпрепаратов (РФП) по печени (Т 1/2 более 35 мин) мы использовали дополнительный параметр – время транспорта изотопа по билиарной системе (Δ Т холедоха). Последний определяли вычитанием кривой прохождения РФП по печени из кривой холедоха. При сохраненном пассаже желчи по холедоху этот показатель колебался от 4 до 20 мин, тогда как у пациентов с обтурационной желтухой он всегда был больше 20 мин. Точность методики оценивали по частоте совпадения результатов БСГ с данными УЗИ, рентгеноконтрастных методов исследования, интраоперационной оценки билиарной системы и наблюдению за течением послеоперационного периода у больного. Данные радионуклидной диагностики проходимости холедоха зависят, прежде всего, от состояния гепатоцитов и поэтому мы выясняли их состояние у пациентов разными формами острого холецистита.

Оказалось, что у 48% больных острым холециститом имеется депрессия функции гепатоцитов и, как следствие этого, трудности в трактовке данных БСГ при оценке проходимости холедоха. Так, число пациентов с нарушенной функцией печени возрастает от 40% у больных катаральным холециститом до 53% у больных флегмонозным и 60% у больных гангренозным холециститом. Что требует учета при интерпретации данных исследования и предусмотрено предложенной нами методикой. Эту методику мы применили для оценки состояния желчных путей у пациентов с осложненным и неосложненным желтухой острым холециститом. В группе больных без наличия желтухи БСГ продемонстрировала высокую точность проходимости холедоха и составила 93% при отсутствии ложноотрицательных ответов и незначительном количестве (7%) ложноположительных. У 6 пациентов с обтурационной желтухой точность метода БСГ в оценке проходимости холедоха составила 83%. Менее достоверные результаты получены у 10 больных паренхиматозной желтухой различного происхождения. У 3 пациентов функция гепатоцитов была сохранена при отсутствии признаков блока желчеоттока. У этих больных до- и интраоперационных исследований холедоха не производили. У 6 пациентов данные скитиграфии холедоха свидетельствовали о нарушении транспорта желчи по внепеченочным протокам, и в этой связи произведена РПХГ (в 5 случаях механических препятствий не было, однако у 2 больных обнаружен вариант развития желчного протока, у 1 – увеличение головки поджелудочной железы).

Таким образом, модифицированная БСГ может быть методом выбора оценки проходимости холедоха у пациентов с острым холециститом.

**ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ОЖОГОВОГО ЦЕНТРА НИИ СКОРОЙ
ПОМОЩИ ИМ. Н.В. СКЛИФОВСКОГО ЗА ПЕРИОД 1991–2012 ГГ.**

Н.А. Карасев, С.В. Смирнов, Б.Л. Курилин

**НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Ожоговое отделение на базе НИИ СП им. Н.В. Склифосовского было организовано в 1966 г. В 1975 г. отделение получило статус ожогового центра. До 1996 г. центр (60 коек) не имел своего реанимационного отделения. Наиболее тяжелые пациенты были госпитализированы в отделение общей реанимации. В 1996 г. ожоговый центр переехал в новые помещения, где организованы приемное ожоговое отделение, ожоговая реанимация на 10 коек и госпитальное отделение на 40 коек.

При анализе показателей в период 1991–1995 гг. выявлено, что в отделение общей реанимации госпитализированы 17–20% от всех пациентов с ожоговой травмой. При этом реанимационная летальность у ожогового контингента составляла 31–32%, общая летальность у ожоговых пациентов составляла 20–22%, отмечена высокая летальность в госпитальном отделении – 11–12%.

С началом работы в 1996 г. в новых условиях значительно увеличился объем первичной реанимационной помощи. Так, в 1996 г. уже 40,4% госпитализированных пациентов первично поступили в ожоговое реанимационное отделение. Этот уровень сохраняется все последующие годы и за последние 5 лет держится на уровне 39–47%.

Возможность оказания специализированной реанимационной помощи отразилась на показателях повторной госпитализации в отделение ожоговой реанимации после обширных оперативных вмешательств.

Так, если в период 1991–1995 гг. не отмечено случаев повторной реанимационной госпитализации, то с открытием нового ожогового центра в 1996 г. – 12 пациентов после операций госпитализированы в отделение ожоговой реанимации реанимационных госпитализаций число таких пациентов за последние 5 лет в абсолютных цифрах составило 300–370 случаев.

С начала работы в 1996 г. в новых условиях значительно изменился контингент госпитализированных пациентов по тяжести ожоговой травмы. В период 1991–1995 гг. количество пострадавших с площадью ожоговой поверхности до 10% составляло 52%, с площадью от 20 до 30% не превышало 10%, с ингаляционной ожоговой травмой – около 2%.

Начиная с 1996 г. количество пациентов с поражением до 10% площади тела снизилось сразу в 2,5 раза, в 3 раза увеличилось число госпитализированных с площадью 20–30%. Число случаев с ингаляционной травмой возросло в 3,5 раза.

Последние 5 лет в ожоговый центр поступают в среднем 6,9% пациентов до 10% ожоговой поверхности, 17,7% – с поражением 10–19%, 87,3% – с поражением 20–49% – 8,7% и 14,4% – свыше 50%. С тяжелой ингаляционной травмой поступает 33,7%.

Проведенный анализ показал, что несмотря на возрастание тяжести контингента с ожоговой травмой, общие показатели лечебной деятельности ожогового центра значительно улучшились. В анализируемом периоде общая летальность снизилась с 22,2 до 12,7%. Реанимационная летальность снизилась с 37,8 до 15,8%. Летальность в госпитальном отделении снизилась с 12 до 0,2%.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о целесообразности организации специализированных реанимационных ожоговых отделений в структуре ожоговых центров, что позволяет значительно улучшить лечение ожоговой травмы.

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛАССИФИКАЦИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ,
ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛАНГИТОМ**

З.О. Карсанова, А.А. Бесаев

Республиканская клиническая больница

Владикавказ, РФ

Введение. Механическая желтуха (МЖ) сама по себе относится к числу urgentных состояний, а при сочетании с острым холангитом (ОХ) сопровождается высокой летальностью (15–45%) и требует от хирурга активной тактики. Определенные успехи в лечении данной категории больных наметились с внедрением малоинвазивных декомпрессионных вмешательств, но по сей день остаются нерешенными вопросы их рационального использования. Определенный интерес представляет также оценка тяжести МЖ, так как сама по себе может служить критерием выбора способа дренирования желчных протоков.

Цель работы. Разработать классификацию МЖ, осложненной ОХ.

Материал и методы. Проанализирован опыт лечения 407 пациентов с исследуемой патологией за одиннадцатилетний период. В изучаемой выборке преобладали женщины – 314 (68,41%) по сравнению с мужчинами – 145 (31,59%). Возраст варьировал от 21 до 92 лет. Средний возраст составил 62,97 ± 15,8 года. Все пациенты были госпитализированы в разные сроки от начала заболевания, при этом в первые 7 суток обратились за помощью 66,83% больных, в сроки от 7 до 14 суток – 22,58%. Малую группу составили больные с МЖ более 2 недель – 10,32%. С билирубинемией до 100 мкмоль/л зафиксировано 48,40% больных, от 100 до 200 – 34,40%, свыше 200 – 17,20%. В подавляющем большинстве преобладали больные с осложненными формами желчнокаменной болезни – холециститом, осложненным холедохолитиазом – 57,99% и резидуальным холедохолитиазом – 28,50%. Для обследования всех пациентов применен стандартный комплекс методов диагностики, при этом отдельно выбирали маркеры, характеризующие тяжесть МЖ. Данные обрабатывали с использованием пакета *Statistica 6.0*, для оценки влияния выбранного фактора выполняли расчет коэффициента корреляции и анализ взаимосвязи двух переменных.

Результаты. В ходе анализа нами обнаружена положительная корреляционная связь общего билирубина, длительности желтухи, выраженности проявлений синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) и органный дисфункции с послеоперационными осложнениями и тенденция этих связей с летальностью. Вследствие чего данные маркеры были выбраны в качестве критериев оценки тяжести МЖ, осложненной ОХ.

Таблица

Балльная оценка состояния больных с осложненной механической желтухой

Признаки	Баллы		
	1	2	3
Продолжительность желтухи, сут	< 7	7–14	> 14
Степень билирубинемии, мкмоль/л	< 100	100–200	> 200
Критерии ССВР	1	2	> 2
Органная дисфункция (SOFA)	< 2	< 3	> 3

Пациенты с суммой баллов 4–6 составили группу легкой тяжести, 6–8 – средней, более 9 – тяжелой МЖ, осложненной ОХ.

Заключение. Предложена классификация тяжести МЖ, осложненной ОХ. Критериями являются простые и доступные к определению параметры, позволяющие прогнозировать риск развития осложнений и планировать лечебную тактику.

**КОМБИНИРОВАННЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ
ПРЕПАРАТАМИ И ЭТИЛОМ АЛКОГОЛЕМ**

М.В. Карева, К.К. Ильяшенко

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

В структуре острых экзотоксикозов наибольший удельный вес составляют отравления психофармакологическими препаратами (ПФП), и 23% больных они происходят на фоне алкогольного опьянения.

Известно, что совместное употребление ПФП и алкоголя усиливает угнетающее действие на ЦНС, однако его влияние на динамику отравления в настоящее время представляет малоизученную проблему.

Исследования проведены у 454 пациентов с острыми отравлениями ПФП и алкоголем в возрасте от 20 до 40 лет.

При поступлении в стационар тяжесть состояния больных была обусловлена суммарным, комбинированным действием лекарственных препаратов и алкоголя. В зависимости от нарушения уровня сознания были выделены группы пациентов, находящихся в сопоре, поверхностной и глубокой комах.

Проведенные исследования показали, что у больных с отравлениями ПФП в комбинации с этанолом независимо от исходной тяжести интоксикации сознание восстанавливалось от 1,5 до 1,8 раза, а спонтанное дыхание – в 1,2–2 раза быстрее, чем у пациентов с отравлениями при отсутствии алкоголя. Длительность лечения сокращалась в 1,3–1,7 раза в зависимости от тяжести отравления. Пневмония встречалась значительно реже.

Аналогичная картина наблюдалась при раздельном анализе больных с отравлениями психолептиками и психоаналептиками, а также у пациентов с сочетанными отравлениями ПФП на фоне алкогольного опьянения.

Учитывая, что концентрация этанола у обследуемого контингента больных имела большой диапазон значений, представляла интерес оценка клинической картины отравления с учетом тяжести алкогольного опьянения.

Установлено, что наиболее тяжелую группу больных составили пациенты с низкой концентрацией этанола в крови. При этом содержание ПФП в крови соответствовало критическим уровням. Опьянение средней степени тяжести у основной массы больных сочеталось с пороговыми и в отдельных случаях с нижними уровнями критических концентраций ПФП в крови и характеризовалось более легким течением отравления, а при высокой концентрации этанола, как правило, определяли пороговые и терапевтические уровни ПФП.

Применение гипохлорита натрия (ГХН) приводило к снижению содержания в крови амитриптилина и карбамазепина в 1,5 раза, а этанола в среднем на 44% по сравнению с исходной концентрацией. Это способствовало более благоприятному клиническому течению заболевания в сравнении с использованием форсированного диуреза.

На фоне введения метадоксила статистически значимо снижались в крови уровень клоzapина и его активного метаболита у больных как с отягощенным, так и не отягощенным хроническим алкоголизмом анамнезом. Концентрация этанола в крови при этом уменьшалась в среднем в 2 раза. Это сопровождалось сокращением длительности расстройств сознания и сроков госпитализации больных в среднем в 1,3 раза по сравнению со стандартным лечением.

В процессе исследования установлено, что при высоких концентрациях в крови этанола и низких ПФП приоритетными в комплексе лечебных мероприятий являются инфузии метадоксила и ГХН. При исходно низких концентрациях этанола и высоких ПФП следует

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ТРОМБОДИНАМИКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Ш.К. Каримов¹, Е.И. Гончарова², Е.А. Серегина², С.П. Бабешко², Д.П. Рохоева², С.А. Румянцев², А.Н. Корниченко², Е.А. Спиридонова^{2,3}

**¹ 3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого МО РФ
² Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева**

³ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Москва, Красногорск, МО, РФ

Одной из основных причин, определяющих сложность интерпретации результатов лабораторных коагуляционных тестов, является отсутствие четкой взаимосвязи данных большинства тестов с регистрируемыми врачом клиническими симптомами.

Тромбодинамика – тест для ранней диагностики нарушений системы свертывания, выявления рисков кровоточивости и тромбообразования, позволяющий с высокой точностью смоделировать процесс свертывания крови у конкретного пациента. Данный метод может применяться для интегральной лабораторной диагностики послеоперационных кровотечений.

Цель работы: повысить эффективность ранней лабораторной диагностики нарушений гемостаза у больных кардиохирургического профиля.

Материал и методы. Обследованы 32 кардиохирургических больных с ишемической болезнью сердца, находившихся на лечении в 3-м ЦВКГ им. А.А. Вишневого. Средний возраст пациентов составил 59,7±9,75 года. Всем пациентам проводили оперативное вмешательство в объеме: аортокоронарного и маммарокоронарного шунтирования. Комплексное клинико-инструментальное, лабораторное обследование осуществляли по следующему регламенту: до и через 2 и 4 ч после оперативного вмешательства. Клинические методы оценки гемостаза определяли объем и темп геморрагического отделяемого по дренажам, изменение показателей гемодинамики. Лабораторное исследование включало динамическое определение показателей крови (гемоглобин, гематокрит, количество эритроцитов, тромбоцитов), коагулограмму, тромбодинамику. Статистическая обработка цифрового материала выполнена на персональном компьютере с использованием программы СТАТИСТИКА 7.0. Для оценки достоверности различий использовали непараметрические критерии (Манна–Уитни). Математически подтвержденные различия считали достоверными при вероятности ошибки менее 5% (p<0,05).

Результаты исследования. Клинический метод оценки гемостаза выявил повышенный темп отделяемого по дренажам в раннем послеоперационном периоде (в среднем 50 мл/ч). При этом отмечалось умеренное снижение показателей гемоглобина и количества эритроцитов на фоне удовлетворительных гемодинамических показателей. По данным стандартной методики оценки коагулограммы не получено достоверных различий на этапах исследования в представленной выборке. Метод тромбодинамики позволил обнаружить состояние гипокоагуляции при анализе начальной скорости роста сгустка и стационарной скорости роста сгустка в раннем послеоперационном периоде в 100% наблюдений. Анализ показателя времени задержки роста сгустка по методу тромбодинамики выявил отсутствие достоверных различий на этапах исследования. У большинства пациентов (87,5%) начальная скорость роста сгустка определялась в области нормальных значений до операции. Через 2 ч после операции начальная скорость находилась в области гипокоагуляции у 37,5% больных, через 4 ч после операции гипокоагуляция наблюдалась у 75% пациентов. Стационарная скорость роста сгустка до операции находилась в норме почти у всех больных, кроме 9,7% с легкой гиперкоагуляцией. По значению стационарной скорости роста сгустка состояние гипокоагуляции наблюдалось уже через 2 ч после операции у большинства пациентов (78,1%) и через 4 ч после операции – у 93,7% больных по сравнению с точками до оперативного вмешательства.

Вывод: использование метода тромбодинамики позволяет выявить ранние изменения системы гемостаза у больных кардиохирургического профиля в ближайшем послеоперационном периоде.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ И КОСТЕЙ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА

Б.Р. Каримов, Э.Ю. Валиев

**Республиканский Научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан**

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

В отделении травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи пострадавшие с сочетанной травмой груди за период 2005–2012 гг. составили 108 человек. Мужчин было 71 (67,7%), женщин – 37 (33,3%). Наиболее частой причиной этих травм явились дорожно-транспортные происшествия – у 65 пациентов (57,1%), падения с высоты – 24 (22,6%), травма получена в результате криминальных обстоятельств – у 11 (8,3%) и бытовые травмы – у 8 (7,1%). Из общего числа пострадавших множественные и двухсторонние переломы ребер отмечены у 36 пациентов (31,0%), а полифокальные повреждения костей плечевого пояса и верхних конечностей в сочетании с повреждениями груди – у 39 (38,1%).

При определении срока и объема стабилизации костных отломков мы подходили дифференцированно, учитывая характер повреждения, тяжесть шока и эффективность проводимых противошоковых мероприятий.

Придерживаемся активной хирургической тактики стабилизации костных отломков в раннем периоде травматической болезни.

Для установления влияния повреждений плечевого пояса на дыхание и оценки эффективности лечебных мероприятий, включая оперативное пособие, для оценки функции внешнего дыхания проводили спирометрию.

Больные были разделены на три группы: к 1-й группе отнесены больные с сочетанными травмами грудной клетки, осложненные пневмо-гемотораксом, а также переломами ключицы и плеча, которым сразу при поступлении выполняли операции по поводу повреждений внутренних органов (27 больных). Во 2-ю группу включены больные, которых оперировали в отсроченном порядке (после 3 суток). Это пострадавшие с переломами ребер без плевральных осложнений (41 пациент). Данным больным в 1-е сут при необходимости выполняли: ПХО ран, наложение гипсовых повязок (при переломах предплечья), а по стабилизации состояния выполняли открытый остеосинтез перелома с фиксацией пластинами или интрамедуллярными штифтами. В 3-ю группу отнесены больные, пролеченные консервативно (40 человек), лечение которых заключалось в наложении облепленных гипсовых и косыночных повязок (при одиночных переломах ребер, отсутствии плевральных осложнений и незначительном смещении отломков), на срок необходимый для консолидации костей.

У данной категории больных летальность составила 17 человек. В остром периоде травматической болезни от кровопотери и шока, несоместимых с жизнью, погибли 8 пострадавших. В позднем периоде травматической болезни от присоединившихся плевральных осложнений летальный исход отмечены у 9 пациентов.

Полученные данные показывают, что ранний остеосинтез ключицы и плечевой кости при сочетанной травме груди и плечевого пояса по сравнению с чисто консервативным их лечением способствует более быстрой нормализации показателей функции внешнего дыхания и центрального кровообращения в раннем периоде травматической болезни.

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

ПОВРЕЖДЕНИЯ АОРТЫ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

В.И. Картавенко, А.Н. Погодина, В.Л. Лемнев, Г.Е. Белозеров

**НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Травма аорты относится к редким, но наиболее тяжелым видам повреждений, сопровождающимся высокой летальностью.

С 1980 по 2012 г. в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского на лечении находились 58 пациентов с тяжелой сочетанной травмой и разрывом аорты.

Основными причинами травмы аорты были дорожно-транспортные происшествия: автотравма (26), падение с высоты (22), поездная и мотоциклетная травма (10). Из 58 пациентов при жизни диагноз разрыва аорты установлен у 36 пациентов, у 22 пострадавших – посмертно. Из 58 пострадавших выжили 9 больных, умерли 50. В большинстве случаев смерть наступила в первые часы с момента травмы.

При рентгенологическом исследовании у всех 58 пациентов наблюдали расширение тени средостения. Затенение легочных полей выявлено у 48 больных. Однако в 65% случаев интерпретация данных рентгенологического исследования была неполной, что не позволило диагностировать травму аорты. По данным ультразвукового исследования, у 32 пациентов выявлено разобщение листов плевры. В связи с подозрением на разрыв аорты 12 больным произведена аортография, при которой у всех пострадавших подтвержден разрыв аорты в типичном месте. При СКТ признаки повреждения аорты и наличие гематомы средостения выявлены у всех 16 обследованных пациентов.

Из 36 пострадавших 8 оперированы: ушивание разрыва произведено 6 пациентам, протезирование – 2. Из 8 оперированных больных выжили трое. Причиной смерти 4 пострадавших было кровотечение в ходе операции, приведшее к смерти на операционном столе. У одной больной после протезирования аорты развился гнойный медиастинит с пищеводно-аортальным свищем (вследствие прошиваания пищевода в ходе операции) и профузным кровотечением из аорты.

Стентирование выполнено 6 пациентам, при этом у одного из этих больных произошла миграция стента, что потребовало оперативного вмешательства. Выполнено успешное протезирование. Все 6 больных выжили.

Таким образом, за последние годы изменилась тактика диагностики и лечения разрыва аорты при закрытой травме груди. Методом выбора диагностики травмы аорты при закрытых повреждениях стала СКТ. Хорошие результаты получены при эндоваскулярном стентировании по сравнению с оперативным лечением.

ПРОФИЛАКТИКА ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ГЛАЗ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТОКСИЧЕСКОГО ЭПИДЕРМАЛЬНОГО НЕКРОЛИЗА

М.Г. Катаев

**Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца МЗ РФ
Москва, РФ**

Токсический эпидермальный некролиз сопровождается поражением от 30 до 90% поверхности кожи и слизистых (А.К. Khoo; С.Л. Foo, 1996). Летальность превышает 40% (М. Mockenhaupt, E. Schopf, 1996), поэтому пациентов госпитализируют в реанимационные отделения по жизненным показаниям. Частота поражения глаз в виде некротического кератоконъюнктивита достигает 82% (М.Г. Stewart et al., 1996). После выписки из стационара характерными офтальмологическим признаками являются симблефарон, рубцовый заворот век, трихиаз, лагофтальм, язва роговицы, бельмо. Перечисленные виды патологии критичны в отношении прогноза по зрению.

Цель работы: анализ причин критических для глаза осложнений и предложение профилактических мер.

Материал и методы. Мы наблюдали 44 пациента с первоначально поставленным диагнозом «синдром Стивенса–Джонсона» или «синдром Лайелла». Во всех случаях ведение больных было сложным. Стационарное лечение продолжалось от 1 нед до 2 мес. В стационаре только половина пациентов были осмотрены офтальмологами, которые рекомендовали инстилляции антибактериальных препаратов, кортикостероидов, слезозаменивателей, мазей. Ни в одном случае не было предложено хирургического лечения, несмотря на прогрессирование рубцового заворота и лагофтальма. Пациенты обращались за специализированной помощью к офтальмопластике самостоятельно после выписки из больницы, ни в одном случае они не были направлены врачами первичного стационара. При осмотре в отделении пластической офтальмохирургии отдела травматологии и реконструктивной хирургии глаза МНИИГБ им. Гельмгольца были констатированы следующие патологические проявления: лагофтальм, рубцовый заворот век, трихиаз, дисплазия конъюнктивального эпителия, рубцовая деформация тарзальных пластинок век, симблефарон, ксероз роговицы, поверхностное помутнение роговицы, срращенное бельмо роговицы. По срочным показаниям с целью устранения угрозы для роговицы были оперированы 23 пациента. Им были проведены следующие виды вмешательств: кровавая блефарорафия, устранение заворота и лагофтальма, коагуляция отдельных ресниц. В остальных случаях были назначены плановые реконструктивные вмешательства как с лечебной, так и с эстетической целью: восстановление конъюнктивальных сводов, замена патологической конъюнктивы трансплантатами слизистой, реконструкция тарзальных пластинок, устранение рубцового заворота век и лагофтальма, изменение наклона ресниц, реконструкция рельефа век.

Результаты. Во всех случаях угрожающие зрению патологические деформации были устранены, форма век приближена к нормальной, достигнут хороший функциональный и эстетический эффект. При влажной форме заболевания острота зрения повысилась, при сухой форме осталась на прежнем уровне.

Обсуждение. В подавляющем большинстве случаев снижения зрения, обусловленного рубцовой деформацией век, является следствием несвоевременного обращения за специализированной медицинской помощью. Ранние хирургические вмешательства на веках способны сохранить высокое зрение пациентов с токсическим эпидермальным некролизом. В острой фазе заболевания больные должны быть обязательно проконъюнктивированы не только офтальмологом общего профиля, но и офтальмохирургом, специализирующимся на реконструктивной офтальмопластике. При выполнении этих рекомендаций шансы на хорошие функциональные исходы лечения этой чрезвычайно тяжелой группы пациентов значительно повышаются.

ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ ПЕРВИЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ДНА ОРБИТЫ ТИТАНОВОЙ РЕШЕТКОЙ

М.Г. Катаев

**Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца МЗ РФ
Москва, РФ**

ДТП часто сопровождаются повреждением орбиты в результате кранио-скуло-максиллярно-назальных переломов. Наиболее частая деформация – перелом скуловой кости со смещением – сопровождается полным или почти полным разрушением нижней стенки орбиты. Самым удобным методом восстановления формы орбиты в такой ситуации является имплантация титановой решетчатой конструкции, смоделированной по форме нижней стенки орбиты. К достоинствам имплантата такого типа относятся удобство моделирования формы, установки и фиксации имплантата, а также (согласно данным литературы) отсутствие воспалительных осложнений даже при нахождении имплантата частично в мягких тканях, частично в полости верхнечелюстной пазухи. Несмотря на, казалось бы, законченное решение проблемы пациенты продолжают обращаться к специалистам по офтальмопластике с конкретными жалобами и патологическими признаками, которые сохраняются неизменными после реконструкций такого типа.

Цель работы: анализ причин и методы коррекции остаточной дистопии глаза и нарушения окуломоторики у пациентов, перенесших первичную реконструкцию дна орбиты с применением титановых решетчатых конструкций.

Материал. Под наблюдением находятся 27 пациентов с указанной патологией. Все они обратились в отделение офтальмопластики института с жалобами на смещение глазного яблока, диплопию, нарушение подвижности глаза, деформацию глазной щели и век. При анализе КТ было выявлено, что симметричные положение и форма дна орбиты имели место у 8 пациентов, в остальных случаях наблюдалась асимметрия: низкое или косое положение имплантата в передней и (или) задней половине орбиты, завывшенное положение конструкции в средней и (или) задней части орбиты. Гипофтальм от 1 до 5 мм наблюдали у всех пациентов, в том числе с правильным положением имплантата, при этом расстояние между глазным яблоком и нижней стенкой орбиты на стороне поражения было меньше на 1–6 мм, плотность тканевой прослойки была выше.

Методы. Эндо- и гипофтальм при асимметрии орбит корректировали дополнительной контурной пластикой нижней стенки орбиты поверх титановой решетки. Для устранения рестрикции мышц и глазного яблока отделяли мягкие ткани от титановой решетки и имплантировали гладкую силиконовую прокладку.

Результаты. Достиж полной симметрии глаз удалось у 18 пациентов из 27, в остальных случаях атрофия орбитальной клетчатки была слишком велика, а рубцы мышечного конуса слишком прочными, что не позволяло мобилизовать глаз в достаточной мере без риска нарушения его функций. Из осложнений следует отметить нагноение под капсулой силиконового пластинки, которое потребовало ее удаления.

Обсуждение. Использование решетчатых титановых конструкций удобно, причем, тем удобнее, чем больше величина отверстий. Однако в отверстия решетки пролабируют мягкие ткани, в том числе экстраокулярные мышцы, в результате возникает гипофтальм и рестриктивное ограничение подвижности глаза и косоглазие. Отделение мягких тканей от титанового имплантата во время повторной операции может сопровождаться нарушением герметизации полости орбиты от верхнечелюстной пазухи с последующим нагноением вторичного имплантата.

Заключение. При первичной реконструкции нижней стенки орбиты необходимо учитывать особенности анатомии и повреждения внутриорбитальных мягких тканей, а также их взаимоотношение с имплантатом и полостью верхнечелюстной пазухи.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИНАМИКИ СЕГМЕНТА ST И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ПОЛУЧИВШИХ РЕПЕРФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ

М.Л. Кенжаев, А.Л. Аляви, С.Ш. Хаитов, С.Р. Кенжаев, А.И. Аминов

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и
медицинской реабилитации**

Ташкент, Республика Узбекистан

Целью исследования явилась оценка взаимосвязи быстрой динамики сегмента ST на ЭКГ и систолической функции левого желудочка (ЛЖ) у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, перенесших первичную коронарную ангиопластику.

Материал и методы. Были обследованы 42 пациента (30 мужчин и 12 женщин; средний возраст – 52±2,6 года) с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, поступивших в течение 12 ч после начала заболевания. Всем больным проводили первичную коронарную ангиопластику (восстановление кровотока в инфаркт-связанной артерии III градации по шкале TIMI, остаточный стеноз – менее 30%). ЭКГ сняли при поступлении и через 60 мин после коронарной ангиопластики. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от скорости динамики сегмента ST (снижение ST более 50% по сравнению с ЭКГ при поступлении). Между группами не было значительных различий по среднему показателю «симптом-баллон». Всем больным с целью оценки функции ЛЖ проводили эхокардиографию на 1-е и 10-е сут заболевания.

Результаты исследования. В 1-й группе – 29 пациентов (69%) – отмечалась быстрая динамика сегмента ST, во 2-й группе – 13 больных (31%) – снижение сегмента ST на ЭКГ после коронарной ангиопластики составила менее чем 50%. На 10-е сут заболевания нарушения систолической функции ЛЖ были более выражены у больных с медленной динамикой сегмента ST (ФВ ЛЖ – 52,1±5,4 против 48,2±5,6 у больных 1-й и 2-й групп соответственно; $p<0,01$).

Выводы. Восстановление кровотока в инфаркт-связанной артерии III градации по шкале TIMI является показателем успеха коронарной ангиопластики, но не реперфузии миокарда. Быстрая динамика сегмента ST на ЭКГ после коронарной ангиопластики служит маркером физиологической реперфузии миокарда и коррелирует с сохранением систолической функции ЛЖ у больных с острым коронарным синдромом, перенесших первичную коронарную ангиопластику.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

К.С. Кенжемуратова, Х.К. Карабаев, З.А. Джураева, Б.Т. Камалов, А.Р. Турсункулов, У.К. Сайлюлов

**Самаркандский государственный медицинский институт,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Самарканд, Республика Узбекистан**

Цель исследования: изучить результаты интенсивной терапии у пострадавших медикаментозными отравлениями.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 460 пациентов с острыми медикаментозными отравлениями различной тяжести, поступивших в токсикологическое отделение в 2012 г. Возраст больных варьировал от 10 до 51 года, больше всего больных было в возрасте 15–18 лет – 137 случаев (29,8%). Мужчин было 246 (53,5%), женщин – 214 (46,5%). У 38 пациентов были отравления димедролом, у 22 – карбамазепином, у 21 – амитриптилином, у 11 – азалептолом, у 9 – аминазином, у 7 – бензолем, у 6 – фенабарбиталом и у 2 – сахароснижающими препаратами. У 344 пострадавших (74,8%) были отравления различными сочетаниями медикаментов.

При анализе зафиксированных попыток суицида за 2012 г. выявлено, что общее число больных – 582 (46,15%), из них медикаментозными веществами – 347 (75,4%), в возрасте от 15 до 30 лет – 228 человек (65,7%).

Результаты. Наш опыт показал, что своевременно проведенные лечебные мероприятия, направленные на прекращение воздействия токсических веществ и удаление их из организма, – основа этиологической терапии острых отравлений. Лечебные мероприятия состоят из различных методов усиления естественных процессов очищения организма и методов искусственной детоксикации:

- экстренное промывание желудка через зонд независимо от состояния больного и срока, прошедшего с момента интоксикации до чистых вод (6–10 литров). В первые сутки после тяжелых отравлений осуществляем 3–4 раза;
- посиндромная терапия: поражение желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, нервной системы, сердечно-сосудистой системы, нарушение метаболизма, функции печени и почек, поражение крови;
- активированный уголь, который вводится через зонд в начальной дозе 1 г/кг массы, а затем и по 50 г каждые 4 часа до его появления в экскрементах;
- 25% раствор сульфата магния в объеме 100–150 мл и вазелиновое масло 150 мл; сифонные клизмы;
- специфическая (антидотная) терапия;
- неотложная помощь в зависимости от характера токсического вещества (например, барбитураты, анальгин, аминазин и др.);
- метод форсированного диуреза. Критерием эффективности является увеличение темпа диуреза до 80–100 мл/ч и более; используется до 100–120 мл/кг массы тела электролитных растворов.

У 22 больных в коматозном состоянии произвели интубацию трахеи, у 3 – трахеостомию при длительности комы более 1,5 суток, у 7 больных – искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) центральной гиповентиляцией. Кроме того, всем больным по показаниям назначали активную антибиотикотерапию, инфузионно-трансфузионную терапию (глюкоза, гекодез, стабизол, инфузол, аминок, нирхес-200, рефортан, латрен, сорбикал и др.), сердечно-сосудистые препараты и гормоны.

Выводы. Благодаря внедрению комплекса интенсивной терапии при медикаментозных отравлениях смертельных исходов не наблюдалось.

ЛЕЧЕБНАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А.В. Кильдяшов, В.Е. Розанов, А.И. Болотников, В.А. Сторожиков, И.В. Хайкин

**Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко МО РФ,
Клиническая больница № 123 ФМБА России**

Одинцово, Краснознаменск, МО, РФ

Основу работы составили материалы наблюдений 180 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН), средний возраст которых составил 40,1±2,2 года. Пациенты поступали в различные сроки от начала заболевания, преимущественно до 6 ч (68,4% больных).

У 78 пациентов (43,3%) операции выполняли «традиционными» методами, т.е. после лапаротомии (1-я группа). Результаты исследования показали, что в течение 3–4 сут больные находились на постельном режиме из-за выраженных болей по линии операционного разреза. Перистальтика восстанавливалась в среднем через 5 сут, самостоятельный стул – на 6-е сут после операции. У 14,0% больных наступили послеоперационные осложнения: так, у 7 возникло нагноение послеоперационной раны, 4 перенесли гипостатическую пневмонию, у 1 развилась несостоятельность межкишечного анастомоза. Пациенту трижды была выполнена релапаротомия по поводу распространенного перитонита. Умерли 4 больных (5,1%): от продолжающегося перитонита (1), пневмонии (2) и тромбозомбили легочной артерии (1). Средний койко-день составил 14,8.

У 102 пациентов (73,9%) операции выполняли с применением видеолaparоскопических технологий (2-я группа). Лечебную видеолaparоскопию чаще всего использовали при I–II ст. распространенности спаечного процесса – в 86,7% случаев, в то время как при III–IV ст. – в 54,4%. При деформациях тонкой кишки в виде «двустволки» и «шнуровидными» спайками видеолaparоскопическую технику применяли соответственно в 80,9% и 89,5% случаев; при ущемлении петли кишки в «окне» ее брыжейки, образованной множественными спайками, – в 71,4%; при ущемлении петли кишки сальником, сращенным с послеоперационным рубцом, – в 70,6%; при деформациях кишечных петель множественными спайками, образующими «конгломерат» кишечных петель, – в 69,4%; при заворотах тонкой кишки – в 33,3%.

Преимущества использования видеолaparоскопической техники при ОСКН заключались в уменьшении: длительности пребывания больных на койке – в 2,8 раза; сроков трудовой реабилитации – в 1,8 раза; времени, затраченного на операцию, – в 1,3 раза. При этом частота развития осложнений снизилась в 1,8 раза и летальность – в 5 раз.

Отдаленные результаты прослежены у 157 больных (87,2%): через 1–2 года – у 52 (28,9%), через 3–4 года – у 47 (26,1%) и через 5 лет – у 58 (32,2%). Отличные результаты получены при использовании видеолaparоскопической техники в 41,1% случаев, неудовлетворительные – в 5,5%, в то время как при «традиционных» методах операций неудовлетворительные результаты в отдаленном периоде составили 65,3%.

Кроме того, используя видеолaparоскопическую технику, удалось снизить количество рецидивов ОСКН с 63,5 до 5,5%, т.е. в 11,5 раза по сравнению с «традиционными» оперативными методами ($p<0,01$).

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

А.В. Кильдяшов, В.Е. Розанов, А.И. Болотников,
В.А. Сторожилов, И.В. Хайкин

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко МО РФ,
Клиническая больница № 123 ФМБА России

Одинцово, Краснознаменск, МО, РФ

Мы наблюдали 138 больных с перфоративными язвами, преимущественно мужчин – 96 (69,5%), средний возраст которых составил 36,1±1,5 года; длительность язвенного анамнеза – 6,1±1,9 года. По локализации выделяли перфорации пилорических и препилорических язв (тип III по Johnson), встретившиеся в 31 случае (22,5%) и язв 12-перстной кишки – в 107 (77,5%).

В своей работе чаще всего использовали видеолaparоскопические системы Эндомедиум, Circon и Storz, а также инструментарий фирмы «Auto Suture».

У 51,4% больных (1-я группа) операции были проведены «традиционным» способом, т.е. после лапаротомии, у остальных 48,6% пациентов (2-я группа) – с использованием видеолaparоскопической техники. Продолжительность вмешательства составила 44,6±2,7 мин. Перехода на лапаротомию ни в одном случае не было.

Диагностическая видеолaparоскопия наряду с подтверждением диагноза перфоративной язвы позволила уточнить ее локализацию, размеры язв и их перфоративных отверстий. Размеры язв колебались от 0,6 до 1,7 см, составляя в среднем 0,7±0,1 см, размеры перфоративных отверстий в них – от 0,2 до 1,1 см (0,4±0,1).

Хирургическая тактика зависела от локализации язв, кислотообразующей функции желудка, тяжести и распространенности перитонита. У 83 больных выполняли ушивание язв, у 55 – их ушивание в сочетании с комбинированной ваготомией по Taylor. Показанием к данной операции явилось интраоперационное исследование кислотопроизводящей функции желудка, выявившее непрерывное кислотообразование повышенной интенсивности при значениях pH в теле 1,39±0,11 и в антральном отделе – 1,61±0,13.

После «традиционных» операций частота осложнений составила 8,5%, умерли 2,8% больных. После выполнения тех же операций с использованием видеолaparоскопической техники осложнений и летальных исходов не отмечено. Преимущество видеолaparоскопии перед лапаротомией: ранняя активизация больных, связанная с менее выраженным болевым синдромом и, как следствие этого, необходимость уменьшения частоты, так и количества введения анальгетиков в послеоперационном периоде, что было статистически достоверно установлено при использовании рейтинговой шкалы; более раннее восстановление перистальтики кишечника; сокращение сроков госпитализации на 8,7±0,7 сут.

РОЛЬ ИССЛЕДОВАНИЙ Ф.Н. СЕРКОВА В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНЫ

Л.А. Клименко

Институт криминально-исполнительной службы Национальной академии
Внутренних дел Украины

Киев, Украина

Жизнь выдающегося физиолога, академика НАН Украины Филиппа Николаевича Серкова такая же яркая, как и его научные достижения. Творческий путь Филиппа Николаевича тесно связан с деятельностью его учителя – академика НАН Украины Даниила Семеновича Воронцова. Он начался с участия Ф.Н. Серкова в научном кружке кафедры физиологии Смоленского медицинского института, которым и руководил заведующий кафедрой Даниил Семенович. С этих пор и начинается их дружба. В 1932–1935 гг. он учился в аспирантуре при кафедре физиологии человека и животных Казанского университета под руководством Д.С. Воронцова, в 1935–1941 гг. работал на кафедре физиологии Киевского медицинского института, которым руководил Воронцов, в 1944–1953 гг. занимал должность заведующего кафедрой нормальной физиологии в Винницком медицинском институте, в 1953–1966 гг. был заведующим кафедрой нормальной физиологии в Одесском медицинском институте, с 1966 г. Ф.Н. Серков работал в Институте физиологии им. О.О. Богомольца.

Прожив 103 года, Филипп Николаевич оставил огромное научное наследие. Главная заслуга Ф.Н. Серкова – создание украинской школы нейрофизиологов: 16 докторов и 64 кандидата наук. Среди его учеников видные ученые Украины В.Н. Казак, В.М. Мороз (Герои Украины), В.В. Руссов, Г.И. Федорович, Л.И. Алейникова, Р.Ф. Макулкин, Л.М. Михайлова, О.Д. Гаске и др.

Свои научные работы Ф.Н. Серков посвятил общей физиологии нервной системы, электрической активности мышечной системы, нейрофизиологии. Ученый проводил оригинальные исследования по физиологии отдельного мышечного волокна. Вместе с учениками изучал электрическую активность головного мозга животных и человека в норме и при различных отклонениях от нее. В результате исследований были представлены данные об участии структур ствола головного мозга в формировании электрической активности коры и в механизмах сна и бодрствования, определены компенсаторные возможности головного мозга после полного удаления одного полушария. К важным разработкам ученого в области нейрофизиологии головного мозга нужно отнести комплексные клиничко-физиологические исследования электроэнцефалографии, выполненные в Винницком и Одесском медицинских институтах вместе с клиницистами.

В школе Ф.Н. Серкова проанализированы нейронные и синаптические механизмы торможения в структурах коры головного мозга и таламуса, установлен принцип передачи информации в нервной системе, рассмотрены вопросы о химических медиаторах торможения в нейронах коры мозга, освещены вопросы о роли процессов торможения в аналитико-синтетической деятельности разных областей коры головного мозга. Эти исследования были отмечены премией И.М. Сеченова АН СССР. Ученый исследовал процессы возбуждения и торможения в нейронах слуховой коры и определил их участие в процессах восприятия и анализа звуковых раздражений. Заслуга Ф.Н. Серкова и его учеников в разработке (1980) концепции о механизмах регуляции проведения афферентных импульсов через таламус в кору головного мозга.

Ф.Н. Серков много внимания уделял исследованию в области истории науки. Опубликовал ряд работ по истории развития физиологии на Украине.

Замечательный итог его научной деятельности – свыше 250 научных работ, в том числе 5 монографий.

Талант Филиппа Николаевича проявился в умении творчески сочетать исследовательскую деятельность с организационной. Он был председателем Научного совета по проблеме «Физиология человека и животных» АН УССР, членом совета Всесоюзного физиологического общества им. И.П. Павлова и Украинского физиологического общества, Международной организации по исследованию мозга (ИБРО).

СРЕДНИЕ ПОДУШЕВЫЕ НОРМАТИВЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

О.Г. Кисельгоф, И.М. Барсукова

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе

Санкт-Петербург, РФ

Скорая медицинская помощь (далее – СМП) Российской Федерации (далее – РФ) – самый массовый, доступный и бесплатный вид медицинской помощи в стране, ежегодно оказывающий помощь 47,5 млн. больных и пострадавших (2012 г.), из которых 4,5 млн. (9%) – несчастные случаи, 33 млн. (70%) – внезапные заболевания и состояния, 452 тыс. (1%) – роды и патология беременности. Перевозка занимает 9% в структуре услуг СМП, госпитализации подлежат 22% лиц, которым оказана СМП.

Во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» (далее – ППГ) органы государственной власти субъектов РФ разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий (далее – ТППГ), включая территориальные программы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). Неотъемлемой частью ТППГ являются средние подушевые нормативы финансирования, которые устанавливаются исходя из средних нормативов объема медицинской помощи по ее видам с учетом соответствующих районных коэффициентов.

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные ППГ (без учета расходов федерального бюджета), составляют в 2013 г. – 9 032,5 руб. (+18,3% к 2012 г.), в 2014 г. – 10 294,4 руб. (+14% к 2013 г.), в 2015 г. – 12 096,7 руб. (+17,5% к 2014 г.), в том числе за счет средств ОМС на финансирование базовой программы ОМС за счет субвенций Федерального фонда ОМС в 2013 г. – 5942,5 руб. (+44,8% к 2012 г.), в 2014 г. – 6 962,5 руб. (+17% к 2013 г.), в 2015 г. – 8 481,5 руб. (+21,8% к 2014 г.), что связано с переходом на одноканальное финансирование медицинской помощи за счет средств ОМС. При этом средний подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС включает, в том числе, расходы на оказание медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, расходы на внедрение стандартов медицинской помощи, расходы на денежные выплаты врачам, фельдшерам и медицинским сестрам СМП и др.

Различные условия оказания СМП на территории РФ привели к включению в ТППГ различных нормативов финансирования СМП, значительно различающихся как в пределах РФ, так и в границах Федеральных округов (далее – ФО). При рассмотрении этих данных по ФО колебания показателя (в руб.) составили: Дальневосточный ФО 722,22 – 1852,79 (максимальное значение норматива превосходит минимальное в 2,6 раза), Центральный ФО 303,0 – 1683,65 (в 5,6 раза), Сибирский ФО 447,41 – 913,9 (в 2 раза), Северо-Западный ФО 456,5 – 1134,33 (в 2,5 раза), Приволжский ФО 337,6 – 631,46 (в 1,9 раза), Южный ФО 314,32 – 617,3 (в 1,9 раза), Уральский ФО 359,3 – 3183,19 (в 8,9 раза), Северо-Кавказский ФО 221,7 – 401,9 (в 1,8 раза).

Таким образом, колебания подушевых нормативов финансирования СМП по РФ в целом составили 221,7 – 3183,19 руб., причем максимальное значение норматива превосходит минимальное в 14,3 раза, что неизбежно поднимает вопросы доступности и качества СМП на всей территории страны в связи со значительными различиями в условиях ее предоставления и финансирования. Выравнивание финансовых условий реализации ТППГ, стимулирование эффективности их реализации – одна из важнейших задач сегодняшнего дня.

КОНЦЕНТРАЦИЯ НИТРИТА/НИТРАТА (NOx) И АКТИВНОСТЬ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У СЕПТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Е.В. Клычкова, Е.В. Тазина, С.И. Рей, И.В. Александрова, М.А. Годков

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

По данным многоцентровых исследований, результаты лечения больных тяжелым сепсисом остаются неудовлетворительными, с летальностью 25–50%. Существенную роль в патогенезе сепсиса и особенно септического шока отводят оксиду азота. Между уровнем оксида азота и активностью ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) существует обратная связь, что играет важную физиологическую и патофизиологическую роль в регуляции сосудистого тонуса. Однако, по литературным данным, одни исследования отмечают повышение уровня оксида азота у больных с сепсисом, другие не выявляют значимого повышения.

Таким образом, цель данного исследования – изучить динамику концентрации стабильных метаболитов оксида азота – нитрита/нитрата (NOx) и активность АПФ у септических больных, находящихся в критическом состоянии.

Материал и методы. Обследованы 57 больных, находившихся на лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, у 40 – течение основного заболевания осложнилось развитием тяжелого сепсиса, из них 30 мужчин и 10 женщин. Средний возраст составил 46,1±12,4 года. Контрольную группу составили 17 пациентов, 15 мужчин и 2 женщины, средний возраст 31,3±12,6 года, с тяжелой сочетанной травмой, у которых тяжелой сепсис не развился. Определение NOx проводили с помощью реакции Грисса. Активность АПФ оценивали фотометрическим методом. Исследование выполняли на 1–2-е, 5–7-е и 10–12-е сут после развития сепсиса. Сравнение исследуемых групп с контрольной группой и между собой проводили с использованием U-критерия Манна–Уитни. Данные представляли в виде медианы и интерквартильного размаха (25-й и 75-й перцентили).

Результаты. В 1–2-е сут исследования уровень NOx у больных 1-й группы, 2-й группы и контрольной составил соответственно: 10,6 (8,2; 18,6); 15,7 (12,3; 24,9); 12,9 (12,2; 18,2) (норма – 18,6 (17,7; 23,6) мкмоль/л). Активность АПФ – 29,3 (21,5; 37,2); 33,5 (11,4; 58,2); 27,4 (26,4; 36,7) (норма – 45,0 (36,5; 55,2) мкмоль/л). На 5–7-е сут уровень NOx в группах был соответственно: 7,9 (5,8; 11,1); 7,8 (5,5; 11,6) и 7,5 (3,4; 12,3) мкмоль/л. Активность АПФ – 29,7 (20,8; 36,9); 47,2 (39,6; 62,6) и 30,4 (22,6; 35,2) мкмоль/л. На 10–14-е сут в 1-й группе уровень NOx – 7,9 (4,5; 13,7); во 2-й группе – 9,1 (3,9; 12,9); контрольной – 13,2 (11,2; 16,4) мкмоль/л. Активность АПФ соответственно – 41,2 (28,6; 53,4); 49,8 (39,8; 56,7); 47,8 (26,5; 48,4) мкмоль/л. В физиологических и патофизиологических условиях NO и АПФ сопряженно регулируют уровень артериального давления крови. Ранняя дезинтеграция этих систем способствует развитию гемореологических нарушений, что наряду с другими патогенетическими факторами нарушает поддержание системного и регионального кровотока, газообмена в легких и тканях. При сравнении групп по тяжести выявлены достоверные различия активности АПФ между 1-й и 2-й группами на 5–7-е сут, что свидетельствует о преобладании в эти сроки вазоконстрикции над вазодилатацией, так как в эти же сроки отмечается снижение уровня NOx.

Заключение. Таким образом, при сепсисе регуляторная функция между вазодилатором NOx и вазоконстриктором АПФ существенно нарушается к 5–7-е сут интенсивной терапии, что, возможно, является одним из патогенетических механизмов, приводящих к изменению микроциркуляции и в дальнейшем к развитию полиорганной недостаточности. Полученные данные свидетельствуют о сложности патофизиологии септического процесса и о необходимости всестороннего подхода в изучении диагностики септических осложнений. Результаты наших исследований подтверждают развитие дисфункции эндотелия при сепсисе, проявляющейся развитием нарушения его вазотонической функции, которое выражается в снижении уровня NOx и повышении АПФ.

УРОВЕНЬ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА, ОБЩАЯ АНТИОКСИДЛИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У СЕПТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ, И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Е.В. Клычкова, С.И. Рей, Е.В. Тазина, И.В. Александрова, М.А. Годков
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

При сепсисе про- и противовоспалительные цитокины и другие медиаторы воспаления приводят к высвобождению активных метаболитов кислорода, оказывающих повреждающее действие как на эндотелий, так и на клетки органов и тканей, что в конечном итоге приводит к органной дисфункции.

Таким образом, **цель исследования** – оценить значение показателей окислительного стресса в прогнозе исходов у септических больных, находящихся в критическом состоянии.

Материал и методы. Обследованы 57 больных, находившихся на лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, у 40 течение основного заболевания осложнилось развитием тяжелого сепсиса, из них 30 мужчин и 10 женщин. Средний возраст составил 46,1±12,4 года. В соответствии с критериями SSC-2012 тяжелый сепсис с нарушением тканевой перфузии и развитием полиорганной недостаточности диагностирован у 27 пациентов, у 13 больных имели место признаки септического шока. Причиной развития сепсиса явились распространенный фибринозно-гнойный перитонит, острый гнойный медиастинит, гнойные осложнения у больных с тяжелой сочетанной травмой, тяжелый острый панкреатит в фазе гнойно-септических осложнений. Контрольную группу составили 17 пациентов, 15 мужчин и 2 женщины, средний возраст 31,3±12,6 года, с тяжелой сочетанной травмой и с острым гнойным медиастинитом, у которых тяжелый сепсис не развился. Исследование проводили на 1–2-е, 5–7-е и 10–12-е сут после развития сепсиса. Выраженность окислительного стресса оценивали по уровню в сыворотке крови малонового диальдегида (МДА) – флуориметрическим методом (В.Б. Гаврилов, 1987) и общей антиокислительной активности (ОАА) – фотометрическим методом. Для сравнения групп использовали U-критерий Манна–Уитни. Данные представляли в виде медианы и интерквартильного размаха (25-й и 75-й перцентили). Проведена оценка факторов риска смерти у больных тяжелым сепсисом путем построения регрессионной модели пропорциональных рисков Кокса. Была выполнена сравнительная оценка МДА умерших и выживших больных тяжелым сепсисом, а также пациентов контрольной группы.

Результаты. Уровень МДА в 1–2-е сут был достоверно выше в группе выживших и умерших в 1,4 раза по сравнению с контрольной группой. ОАА в 1,6 раза снижена у умерших по сравнению с контролем. Данная тенденция сохранялась и на 5–7-е сут, а к 10–12-м сут ОАА достоверно снижалась в группе умерших в 1,6 раза по сравнению с контролем. Уровень МДА оставался высоким во всех исследуемых группах на 5–7-е, 10–12-е сут, и соответствовал: умершие – 3,9 (3,2; 4,7) и 3,5 (2,9; 4,0); выжившие – 3,5 (3,1; 3,9) и 3,4 (2,7; 4,2); контроль – 3,1 (2,8; 4,0) и 3,4 (3,1; 3,6); норма – 2,3 (2,1; 2,5) мкмоль/л. При проведении регрессионной модели пропорциональных рисков Кокса установлено, что уровень МДА не был достоверным предиктором неблагоприятного исхода на 1–2-е сут (OR = 0,745 ДИ 95% (0,389; 1,426)), p=0,375); на 5–7-е сут (OR = 1,141 ДИ 95% (1,033; 1,259), p=0,09); на 10–12-е сут (OR = 0,721 ДИ 95% (0,379; 1,373), p=0,320). Однако в многочисленных исследованиях (L. Lorente, M.M. Martin, P. Abreu-González et al., 2013) было показано, что риск смерти выше у тех пациентов с сепсисом, у которых уровень МДА превышает значение 4,11 мкмоль/л.

Заключение. Таким образом, согласно полученным данным, у пациентов с тяжелым сепсисом и септическим шоком отмечается нарушение баланса в системе прооксидантов/антиоксидантов в сторону активации свободно-радикальных процессов. Отсутствие в наших исследованиях связи уровня МДА с выживаемостью пациентов с тяжелым сепсисом и септическим шоком возможно связано с немногочисленностью групп, что требует дополнительных исследований.

ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ

Е.В. Клычкова, Е.В. Тазина, С.В. Смирнов, Т.Г. Спиридонова, С.Б. Матвеев, М.А. Годков, Е.А. Журкова, В.С. Борисов

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

Среди различных механизмов, участвующих в патогенезе ожоговой травмы, активные формы кислорода (АФК) привлекают внимание ученых с начала 70-х г. XX века. Роль АФК в патогенезе ожоговой травмы изучена недостаточно. Ожоговая травма сопровождается образованием АФК вследствие гипоксии-реперфузии и активации иммунной системы. Чрезмерное увеличение продукции АФК может привести к окислительному стрессу, определяемому как нарушение баланса в системе прооксидантов/антиоксидантов. Существует тесная взаимосвязь между интенсивностью перекисного окисления липидов и послеожоговыми осложнениями, в связи с чем АФК можно рассматривать как причинный фактор в механизме местных и системных осложнений при ожогах.

Целью исследования являлась оценка системы прооксидантов/антиоксидантов у больных с ожоговой травмой.

Материал и методы. Пролечены 48 обожженных (33 мужчины, 15 женщин). Больные разделены на две группы по степени тяжести травмы на основании индекса Франка (ИФ): 1-я группа (25 больных) – ИФ до 60 ед. (в среднем 37,0±2,8 ед.) и 2-я группа (23 больных) – ИФ 60 ед. и более (в среднем 88,1±5,81 ед.). Средний возраст больных 1-й группы составил 50±3,74 года, 2-й группы – 44±3,65 года, разница недостоверна (p>0,1). Общая площадь ожога у пострадавших 1-й группы составила 21,4±2,22% поверхности тела (п.т.), во 2-й группе – 42,8±3,83% п.т. (p<0,001). Площадь глубоких ожогов в 1-й группе была в среднем 6,6±0,86% п.т., во 2-й группе – 20,9±2,53% п.т. Обследовали 26 больных: 14 – из 1-й группы и 12 – из 2-й группы. Исследование проводили на 1-е–3-и, 7-е, 14-е, 21-е и 28-е сут с момента ожоговой травмы. В качестве контрольной группы (норма) обследовали 25 практически здоровых людей, средний возраст которых составил 32,7±8,6 года, соотношение мужчины/женщины – 17/8. Выраженность окислительного стресса оценивали по уровню в сыворотке крови малонового диальдегида (МДА) – флуориметрическим методом (В.Б. Гаврилов, 1987), общей антиокислительной активности сыворотки крови (ОАА) – фотометрическим методом и расчетному коэффициенту окислительного стресса МДА/ОАА. Статистический анализ проводили при помощи программ Statistica 10.0 и MS Excel. Для сравнения групп использовали U-критерий Манна–Уитни. Данные представляли в виде медианы и интерквартильного размаха (25-й и 75-й перцентили).

Результаты. В 1-й группе больных концентрация МДА на 1-е–3-и, 7-е, 14-е, 21-е, 28-е сут была достоверно выше нормы (2,27 (2,11–2,47) мкмоль/л) и составила 3,54 (2,64–4,87); 3,71 (3,59–4,59); 3,59 (3,37–4,08); 3,13 (2,84–4,42); 3,25 (2,60–3,46) мкмоль/л соответственно. ОАА была достоверно ниже нормы (1,61 (1,56–1,68) ммоль/л) на 1-е–3-и и 7-е сут (1,33 (1,02–1,37) и 1,38 (1,26–1,58) ммоль/л). Коэффициент МДА/ОАА был достоверно выше нормы (0,96 (0,91–1,11)) на 1-е–3-и, 7-е, 14-е, 28-е сут и составил 1,93 (1,45–4,06); 2,32 (1,76–2,81); 1,85 (1,53–2,06); 1,83 (1,32–1,95) соответственно. Во 2-й группе больных концентрация МДА на 1-е–3-и, 7-е, 14-е, 21-е, 28-е сут была достоверно выше нормы и составила 4,05 (3,29–5,05); 4,33 (3,82–4,79); 6,38 (4,21–8,12); 4,92 (3,86–5,48); 4,11 (3,23–4,77) мкмоль/л соответственно. ОАА на 1-е–3-и, 7-е, 14-е, 21-е, 28-е сут была достоверно ниже нормы и составила 1,21 (0,91–1,60); 1,32 (1,12–1,59); 1,42 (1,17–1,54); 1,20 (1,11–1,34); 1,34 (1,24–1,41) ммоль/л соответственно. Коэффициент МДА/ОАА был достоверно выше нормы на 1-е–3-и, 7-е, 14-е, 21-е, 28-е сут и составил 2,38 (2,11–3,87); 2,44 (1,73–3,19); 3,09 (2,09–4,42); 3,13 (2,44–4,27); 2,18 (1,61–2,55), соответственно. Достоверные различия между 1–3-ми, 7-ми, 14-ми, 21-ми, 28-ми сут в двух группах отсутствовали.

Заключение. У больных двух групп наблюдалось нарушение баланса в системе прооксидантов/антиоксидантов, что является причиной развития окислительного стресса, способствующего развитию осложнений, что необходимо учитывать при проведении терапии. Достоверных различий в показателях окислительного стресса между двумя группами больных не выявлено, хотя во 2-й группе по сравнению с 1-й группой отмечали более высокие значения МДА и коэффициента МДА/ОАА, из чего следует, что у данных больных имеет место тенденция к более выраженному окислительному стрессу. Отсутствие достоверных различий также может быть связано с немногочисленностью групп, что требует дополнительных исследований.

УРОВЕНЬ ЭНДОГЕННЫХ ФАКТОРОВ СОСУДИСТОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ

Е.В. Клычкова, Е.В. Тазина, С.В. Смирнов, Т.Г. Спиридонова, М.А. Годков, Е.А. Журкова, В.С. Борисов

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

Ожоги вызывают выраженную воспалительную реакцию в месте повреждения, что приводит к образованию отека и нарушению кровообращения. Эта реакция запускает активацию пути синтеза оксида азота (NO), который возможно играет важную роль в сложных гемодинамических и гемостатических изменениях, происходящих в результате ожоговой травмы. Эндотелий сосудистой стенки является основным местом локализации ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), также играющего важную физиологическую и патофизиологическую роль в регуляции сосудистого тонуса. Между уровнем NO и активностью АПФ существует обратная связь, что возможно является основой для сохранения нормальной сосудистой структуры и функции. Нарушение этой взаимосвязи, по-видимому, является причиной многих сосудистых нарушений, в том числе и при ожоговой травме.

Целью исследования являлось изучение эндогенных факторов сосудистой регуляции у больных с ожоговой травмой.

Материал и методы. Пролечены 48 обожженных (33 мужчины, 15 женщин). Больные разделены на две группы по степени тяжести травмы на основании индекса Франка (ИФ): 1-я группа (25 больных) – ИФ до 60 ед. (в среднем 37,0±2,8 ед.) и 2-я группа (23 больных) – ИФ 60 ед. и более (в среднем 88,1±5,81 ед.). Средний возраст больных 1-й группы составил 50±3,74 года, 2-й группы – 44±3,65 года, разница недостоверна (p>0,1). Общая площадь ожога у пострадавших 1-й группы составила 21,4±2,22% поверхности тела (п.т.), во 2-й группе – 42,8±3,83% п.т. (p<0,001). Площадь глубоких ожогов в 1-й группе была в среднем 6,6±0,86% п.т., во 2-й группе – 20,9±2,53% п.т. Обследовали 26 больных: 14 – из 1-й группы и 12 – из 2-й группы. Исследование проводили на 1-е–3-и, 7-е, 14-е, 21-е и 28-е сут с момента ожоговой травмы. В качестве контрольной группы (норма) обследовали 25 практически здоровых людей, средний возраст которых составил 32,7±8,6 года, соотношение мужчины/женщины – 17/8. Вазотоническую функцию эндотелия сосудов оценивали по содержанию в сыворотке крови стабильных метаболитов оксида азота (NOx) и активности АПФ. Определение NOx проводили с помощью реакции Грисса (П.П. Голиков, 2004), АПФ – фотометрическим методом, сопряженность взаимодействия NOx и АПФ оценивали по расчетному коэффициенту NOx/АПФ. Статистический анализ проводили при помощи программ Statistica 10.0 и MS Excel. Для сравнения групп использовали U-критерий Манна–Уитни. Данные представляли в виде медианы и интерквартильного размаха (25-й и 75-й перцентили).

Результаты. В 1-й группе больных уровень NOx на 1-е–3-и, 7-е, 14-е, 21-е, 28-е сут был достоверно ниже нормы (18,61 (17,70–23,62) мкмоль/л) и составил 12,49 (6,48–17,14); 6,85 (4,14–10,78); 5,98 (2,34–15,31); 10,08 (4,38–16,71); 6,14 (3,79–8,72) мкмоль/л соответственно. Активность АПФ была достоверно ниже нормы (45,00 (36,45–55,15) мкмоль/л) на 7-е и 14-е сут (27,00 (18,49–31,84) и 35,64 (21,27–39,18) мкмоль/л). Коэффициент NOx/АПФ был достоверно ниже нормы (1,02 (0,85–1,25)) на 7-е, 14-е, 21-е, 28-е сут и составил 0,44 (0,35–0,63); 0,46 (0,15–0,79); 0,47 (0,38–0,84); 0,25 (0,23–0,35) соответственно. Во 2-й группе больных уровень NOx на 1-е–3-и, 7-е, 14-е, 21-е, 28-е сут был достоверно ниже нормы и составил 10,75 (7,19–10,94); 6,61 (5,48–9,48); 5,65 (4,16–11,65); 5,77 (4,71–7,91); 6,37 (5,97–13,18) мкмоль/л соответственно. Активность АПФ была достоверно ниже нормы на 1-е–3-и и 7-е сут (37,33 (31,85–40,94) и 36,39 (25,69–43,32) мкмоль/л). Коэффициент NOx/АПФ был достоверно ниже нормы на 1-е–3-и, 7-е, 14-е, 21-е, 28-е сут и составил 0,63 (0,36–0,82); 0,43 (0,32–0,51); 0,35 (0,20–0,56); 0,32 (0,19–0,36); 0,41 (0,25–0,61) соответственно.

Заключение. Таким образом, у больных двух групп наблюдали нарушение сопряженной регуляторной функции между вазодилатором NOx и вазоконстриктором АПФ, которое может способствовать развитию сосудистого коллапса, нарастанию явлений тромбоза микрососудистого русла. В совокупности это неизбежно приводит к дисфункции многих органов и полиорганной недостаточности.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

И.Ю. Кляквин, О.П. Филиппов, Р.С. Тутов

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

Переломы дистального конца большеберцовой кости с распространением на голеностопный сустав (переломы пилона) относятся к разряду тяжелых травм голеностопного сустава. Для пациентов с такой травмой характерны большие сроки нетрудоспособности, высокий процент инвалидизации, развития артроза и послеоперационных осложнений.

Цель исследования – сравнительная оценка результатов способов хирургической реабилитации больных при переломах пилона.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лечения 99 больных с переломами различной тяжести (АО 43A1–43C3), пролеченных в клинике с 2001 по 2013 г. Первую группу пациентов составили 65 больных, оперированных L- или T-образными пластинами (2001–2008). Во 2-ю группу вошли 34 пациента с аналогичными переломами, оперированные (2008–2013) с применением пластин с угловой стабильностью (32) и комбинации штифт плюс пластина (2). В 6 случаях у больных 2-й группы дополнительно был использован интраоперационный артроскопический контроль качества репозиции суставной поверхности. Для оценки тяжести костного повреждения у больных 2-й группы перед операцией выполняли компьютерную томографию (КТ). Для замещения костно-хрящевого дефекта у пациентов 1-й группы использовали костную алло- или аутопластику трансплантатом из губчатой кости, у пациентов 2-й группы дополнительно применяли губку с коллагеном 1-го типа и костной крошкой. После заживления послеоперационных ран больным 1-й группы накладывали циркулярную гипсовую повязку на 8–12 нед. После снятия гипса больные начинали восстанавливать движения в голеностопном суставе. Пациенты 2-й группы на 3–7-е сут после операции начинали движения в голеностопном суставе с использованием шарнирного ортеза. Для определения возможности и сроков нагрузки на конечность использовали ежемесячный клинический и рентгенологический контроль.

Результаты. Отдаленные результаты лечения (2–4 года после травмы) изучены у 43 больных 1-й и у 23 пациентов 2-й групп. Для оценки результатов лечения использовали 100-балльную шкалу AOFAS. У пострадавших 1-й группы хорошие результаты лечения получено не было. Количество удовлетворительных результатов составило 59%, неудовлетворительных – 41%. Хорошие функциональные результаты во 2-й группе получены у 12 пациентов. Удовлетворительные исходы – у 8 больных (34,8%), неудовлетворительные – в 3 случаях (13,1%). Высокий процент неудовлетворительных результатов у больных 1-й группы обусловлен отсутствием полноценной репозиции и «объемной» фиксации отломков, а также поздним началом движений в голеностопном суставе.

Выводы. Использование КТ для предоперационного планирования и применение фиксаторов с угловой стабильностью позволяет выполнить более полноценный остеосинтез переломов пилона. Применение губки с коллагеном 1-го типа и костной крошкой является эффективным способом замещения костно-хрящевого дефекта. Интраоперационный артроскопический контроль повышает качество репозиции отломков суставной поверхности большеберцовой кости. Раннее начало движений в голеностопном суставе способствует достижению лучших функциональных результатов по сравнению с длительной гипсовой иммобилизацией.

**МЕТОДИКА ОЗОНовых БЛОКАД У ПОСТРАДАВШИХ
С СИНДРОМОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ**
В.Н. Князев, А.Н. Князев, Э.С. Фатяхудинова
Военный клинический госпиталь МО РФ, Кимрская ЦРБ,
Медицинское училище № 17

Долгопрудный, Кимры, Москва, РФ

При синдроме длительного сдавления постепенно наступают все симптомы тяжелой ишемии в виде признаков «артериального ступора» по Н.И. Пирогову. Актуальность проблемы затрагивает разные медицинские аспекты военно-полевой хирургии и медицины катастроф (В.П. Молочный, 2001, *Musselius S.G.*, 1993, *Sever M.S.*, 2002). Использование озона в медицинских целях клинически оправдано в лечении многих заболеваний и травм (Е.М. Иванов, 2006, С.И. Мирошин, 1995). Совместно с хирургической тактикой и антибиотикотерапией мы широко использовали путь регионарного введения озона-кислородной смеси в пораженные ткани с оптимальной барботажной концентрацией озона 0,8–1,0 мг/л, что соответствует основным положениям озонотерапии. Изучением динамики раневого процесса по клинко-лабораторным данным у пациентов двух групп: основной с курсом озонотерапии и контрольной, показана эффективность озона (В.Н. Князев, 2009). Исходя из того, что в процессе длительной компрессии тканей конечности и ишемии существенное значение приобретают нарушение микроциркуляции, микробный фактор и метаболический ацидоз, представленные результаты дают правомочность использования озона и при синдроме длительного сдавления (СДС) с целью блокирования раневого эндотоксикоза (М.И. Агаджанов, 1991). По принципам и тактике военно-полевой хирургии наряду с выполнением новокаиновых блокад поперечного сечения тканей сдавленной конечности рассматривается адьювантная озонотерапия в виде методики футлярных озонных блокад. Основной причиной осложнений и смертельных исходов СДС остается прогрессирующая ишемия и раневой эндотоксикоз с исходом в миоренальную недостаточность (рабдомиолиз). В этой связи особую важность и приобретают мероприятия, способствующие уменьшить риск развития грозных осложнений у этой категории пострадавших (М.И. Кузин, 1959, Э.А. Нечаев и соавт., 1993). На этапах первой врачебной помощи освобожденным из завалов пострадавшим выполняют новокаиновую блокаду поперечного сечения конечности выше места наложения жгута. С целью дополнительного блокирования источника токсемии и ацидоза мы предлагаем «протипитывать» конечность озонкислородной смесью в объеме 200–300 мл с концентрацией озона 0,8–1,0 мг/л следующим образом. Дистальнее жгута из двух уколов озоном наполняют переднее и заднее фасциальное местилестье верхней или нижней конечности. Временная экспозиция до снятия жгута создает максимальное накопление и пролонгирование действия озона в пораженных сегментах конечности. Это так называемый регионарный (проводниковый) внутритканевый путь введения озона под венозным жгутом. В ситуации при неналоженом жгуте или после его снятия озоном необходимо вводить в мягкие ткани послонью, из нескольких точек на протяжении всей конечности, используя метод «ползучего инфильтрата» по А.В. Вишневному. Кожа с подкожной клетчаткой, подопоневротические футляры мышц постепенно насыщаются озоном вплоть до кости. Предложенная хирургическая манипуляция как метод местной озонотерапии является, на наш взгляд, по своей сути, футлярным озонным блоком и должна способствовать купированию в тканях ишемического токсина. Использование данной методики как на передовых этапах в условиях массового поступления раненых и пострадавших, так и на последующих, наряду с хирургическим пособием и проведением дезинтоксикационной терапией, весьма целесообразно и перспективно.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ
СРЕДСТВАМИ**

Л.А. Коваленко, Г.Н. Суходолова, Е.М. Усачева, С.И. Страхов

Российская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ,
Детская городская больница № 13 им. Н.Ф. Филатова
Москва, РФ

Введение. Патогенез формирующихся функциональных расстройств центральной нервной системы (ЦНС) при острых отравлениях психофармакологическими средствами (ПФС) носит многофакторный характер и обусловлен как специфическим действием принятого вещества, так и вторичными системными изменениями (гипоксия, метаболические нарушения). Поэтому лечение острых отравлений ПФС должно носить комплексный характер, направленный на скорейшее прекращение контакта токсиканта с органом-мишенью и раннюю восстановительную терапию.

Целью исследования стало изучение функционального состояния ЦНС детей с острыми отравлениями ПФС на разных этапах заболевания с учетом проводимой терапии.

Материал и методы исследования. Материал исследования представлен клиническими наблюдениями больных ($n=361$), находившихся на лечении в Детском токсикологическом центре г. Москвы. Из них было 192 больных в возрасте до 5 лет и 169 пациентов от 11 до 15 лет. Оценка функционального состояния ЦНС проводилась на основании клинических данных с применением шкалы Глазго при поступлении в стационар, а также на 3-и и 5-е сутки заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение. При поступлении в стационар у 23% больных сознание было ясное, но при этом у них отмечалось снижение активности, умеренная сонливость и заторможенность речи, атаксия. В 30% случаев имело место оглушение (13–14 баллов) и у 19% пациентов – сопор (9–10 баллов). Достаточно часто дети поступали в стационар с глубокими расстройствами сознания (комы 6–7 баллов), которые сопровождались нарушением гемодинамики и функции внешнего дыхания. Всем пациентам в комплекс стандартных лечебных мероприятий, проводимых при поступлении в стационар в ранние сроки, включали препараты метаболического типа действия (рибоксин) в сочетании с витаминами группы В. Все фармакопрепараты были применены курсом 5–7 дней с учетом возрастных дозировок.

На фоне проводимого лечения функциональное состояние ЦНС детей значительно улучшалось. К 3-м суткам оглушение сохранялось у 13% больных. Сопор и кома регистрировались в 5% и 2% наблюдений соответственно. На 5-е сутки все пациенты были в ясном сознании. Однако практически у 70% детей имели место нарушения высшей нервной деятельности в виде астенического синдрома. Дети младше 5 лет быстро утомлялись, были плаксивы и плохо засыпали. У пациентов старше 11 лет помимо этого наблюдалась утрата способности к длительному умственному и физическому напряжению, аффективная лабильность с пониженным настроением.

Выводы. Таким образом, проведенный нами ретроспективный анализ клинических данных показал, что функциональные нарушения, формирующиеся в ЦНС детей при отравлениях ПФС, могут быть успешно компенсированы на фоне метаболической фармакотерапии. Несмотря на это, у детей все же сохранялись изменения, указывающие на нарушение функции ретикулярной активирующей системы (ретикулярная формация), отвечающей за функциональную активность мозга. В связи с чем данная категория больных нуждается в дальнейшей эффективной реабилитации и диспансерном наблюдении.

ПРОТИВОШОКОВОЕ ЗВЕНО ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖГОВОЙ ТРАВМЕ

В.Н. Князев, А.Н. Князев, А.Г. Власов,

Э.С. Фатяхудинова А.А. Власова, Е.А. Лосева

Долгопрудненская центральная городская больница,
Кимрская центральная районная больница,
Академия Государственной противопожарной службы МЧС России,
Медицинское училище №17,

**Специализированное предприятие аварийно-спасательной службы
Долгопрудный, Кимры, Москва, РФ**

Ожоговая травма неотъемлемо сопровождается как различные виды боевой патологии, так и массово возникающие пожары в мирное время. Н.И. Пирогов говорил, что «войны – это травматическая эпидемия»; исходя из этого, повсеместно возникающие пожары можно назвать эпидемией ожогов.

Термические поражения имеют ряд особенностей и требуют определенных навыков и действий в очагах бедствий (С.В. Смирнов, А.А. Алексеев, Ю.И. Тюриков, 2011). 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, обезбоживание, 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 – также оказывает первую медицинскую помощь в соответствии со стандартами. При этом лечебно-диагностические мероприятия в отношении пострадавших от ожогов у представителей различных служб могут повторяться, привести к задержке транспортировки и ухудшить их состояние. Поэтому на догоспитальном этапе важна грамотная координация в действиях этих служб. Несомненно и то, что наряду со спасением от огня и сортировкой пострадавших основной целью должна быть ранняя протившоковая инфузионная терапия и соблюдение последовательности совместной тактики в оказании первой помощи. Вынести пострадавшего из очага, погасить пламя, охладить обожженную поверхность струей прохладной воды. Наркотические анальгетики и подача кислорода при большой ожоговой поверхности показаны всегда. Сосудистый доступ и начало инфузионной терапии растворами кристаллоидов при площади поражения от 10% поверхности тела, вне зависимости от тяжести состояния. Питье щелочно-солевых растворов. При ухудшении состояния применяют закись азота с кислородом в соотношении 1:1, инфузию продолжают растворами коллоидов. Открытые обожженные поверхности закрывают первичной сухой асептической контурной повязкой, стерильными простынями, чистой тканью. Согревание в одеялах. Во время транспортировки производят постоянный контроль внешнего дыхания, ингаляцию кислорода. При отеке гортани и удушья – интубацию трахеи и ИВЛ.

В заключении следует отметить, что неотложная помощь при ожоговой травме будет иметь клинический эффект при своевременном и грамотном тактическом взаимодействии как организационных, так и медицинских служб. Быстрое спасение от огня, сортировка пострадавших, а также ранняя инфузионная терапия и оксигенотерапия в совокупности и составляют с клинических позиций протившоковое звено догоспитального этапа.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
АЛЛОФИБРОБЛАСТОВ В СОСТАВЕ ГЕЛЕОБРАЗУЮЩЕГО НОСИТЕЛЯ НА
ОСНОВЕ НАТРОСОЛА**

И.Д. Козулин, П.К. Крылов, Ю.В. Юркович, К.М. Крылов

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
ООО «Покровский банк стволых клеток»
Санкт-Петербург, РФ

Термические поражения по-прежнему представляют серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему. По данным ВОЗ, на долю термических поражений приходится 6–10% от всех травм, при этом удельный вес пострадавших с тяжелой термической травмой в промышленно развитых странах постоянно возрастает. Одной из основных проблем, возникающих в процессе курации данной категории пациентов, является дефицит донорских ресурсов. Путь решения – использование перфорированных аутодермотрансплантатов с высоким коэффициентом. В решении вопроса успешной и быстрой эпителизации ячеек перспективным направлением является применение культивированных клеточек кожи и, в первую очередь, дермальных фибробластов.

Ключевым вопросом для успеха создания эффективных биоконструкций является выбор адекватного носителя для культуры клеток.

Материал и методы. Проведен анализ результатов применения культивированных аллофибробластов в составе гелеобразующего носителя на основе натросола (NATROSOL® 250 Pharm, «Hercules», Голландия) в ходе хирургического лечения 15 пациентов с обширными ожогами, находившихся на лечении в ожоговом центре НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Группу сравнения составили 12 пациентов с сопоставимыми по тяжести травмами, оперативное лечение которых проводили без комбинации с клеточными технологиями.

В процессе изучения пациентам основной группы интраоперационно после аппликации трансплантатов с коэффициентом перфорации 1:4–1:6 на подготовленные традиционным методом гранулирующие раны поверх наносили гель с аллофибробластами, фиксируемыми сетчатым инертным покрытием «Ломатоль Н», с последующим наложением влажно-весьшающих повязок, пропитанных физиологическим раствором.

Для оценки результатов применяли клинические, лабораторные и инструментальные методы.

Результаты. При сопоставимых непосредственных результатах хирургического восстановления целостности кожного покрова у пациентов обеих групп (полное приживление трансплантатов зарегистрировано у 93% пострадавших в основной и у 87% – контрольной групп) отмечено значимое различие в скорости эпителизации ячеек. Так, указанный показатель в группе с применением клеточных технологий составил 5,7±1,3 сут, тогда как у пациентов группы сравнения – 10,2±2,1 сут. Это позволяло сократить перерыв между последующими этапами пластического восстановления целостности кожного покрова, закрывать гранулирующие раны больших размеров при идентичной площади аутоматериала за счет использования высокого коэффициента перфорации.

Таким образом, применение культивированных аллофибробластов в составе гелеобразующего носителя на основе натросола в комбинации с аппликацией перфорированных аутодермотрансплантатов (коэффициент перфорации 1:4 или 1:6) – перспективное направление в системе оказания помощи пострадавшим с обширными ожогами.

Преимущества применения гелеобразующего носителя очевидны. Главное отличие – удобство аппликации клеточного продукта, возможность быстрой обработки больших площадей ожога.

«ПЛАЗМОЛИФТИНГ» В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАЛЬНЫХ ОЖОГОВ
Д.А. Козулин, П.К. Крылов, И.Д. Козулин, И.В. Довгалюк
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Ожоговая рана, сохраняя основные закономерности течения раневого процесса, обладает рядом специфических особенностей, в связи с чем курация локусов термического поражения представляет сложную проблему. Как известно, ожоговое поражение IIIa степени сопровождается полной девитализацией эпидермиса с одновременным сохранением жизнеспособности эпителиальных клеток, локализующихся в волосяных фолликулах, салньных и потовых железах. Именно камбиальные элементы дериватов кожи определяют возможность самостоятельной эпителизации ожогов IIIa степени. При этом представляется недостаточно изученной и соответственно недооцененной роль эндогенных факторов роста, межклеточного матрикса и стволовых клеток в процессе восстановления целостности кожного покрова при дермальном поражении.

Тромбоцитарный фактор роста (*PDGF-BB*), являясь мощным хемоаттрактантом для фибробластов, инициирует их движение по коллагеновому матриксу (*W. Li et al., 2004*).

«Плазмолифтинг» – метод, основанный на стимуляции ауторегенерации с использованием обогащенной тромбоцитами плазмы. Применение метода в процессе местного лечения ожогов IIIa степени основано на предположении, что аппликация аутоплазмы, полученной при помощи методики «Плазмолифтинг», на поверхность ожоговой раны в первые 2 сут после получения термической травмы IIIa степени с целью привлечения фибробластов из интактной дермы, может стимулировать эпителизацию. Трудность достижения максимального эффекта связана с тем, что, являясь белковой структурой, *PDGF-BB* разрушается протеазами экссудата. По нашему мнению, максимального снижения скорости деградации *PDGF-BB* и пролонгированного его воздействия можно добиться последующими инъекциями аутоплазмы по периферии раневого дефекта в области здорового кожного покрова, что обеспечивает постепенное поступление факторов роста в рану.

В ходе проспективного исследования в зависимости от способа курации участков поражения были сформированы две группы. Контрольную группу составили 10 пациентов, местное лечение которых заключалось в осуществлении туалета ран растворами антисептиков («Лавасепт») с последующим закрытием раневого дефекта индифферентными раневыми покрытиями («Ломатюль»). Основная группа – 9 пострадавших, процесс ведения участков дермального поражения у которых дополнен реализацией метода «Плазмолифтинг».

Анализ результатов исследования показал, что применение метода способствует сокращению периода эпителизации ожогов IIIa степени у пациентов основной группы до $15,2 \pm 2,1$ сут в сравнении с $20,8 \pm 3,2$ сут в группе контроля. При этом следует отметить, что эпителизация у пострадавших основной группы происходит одновременно по всей раневой поверхности и носит «взрывной» характер. Побочных явлений в ходе исследования выявлено не было. Вместе с тем, применение метода «Плазмолифтинг» на более поздних сроках с момента получения травмы менее эффективно в связи с изменениями цитологической картины и биохимического состава межклеточного матрикса.

Таким образом, ожоговая рана IIIa степени в первые 2 сут обладает уникальными свойствами, создание в этот период условий, обеспечивающих стимуляцию направленной миграции фибробластов путем реализации метода «Плазмолифтинг», значительно активирует репаративные процессы при дермальных ожогах.

РЕОЛИТИЧЕСКАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ
В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Л.С. Кокос, П.Ю. Лопотовский, В.В. Верижников, И.П. Михайлов
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Цель. Оценка эффективности реолитической тромбэктомии для восстановления магистрального кровотока у пациентов с тромбозами артерий нижних конечностей.

Материал и методы. Рассмотрено применение реолитической тромбэктомии с использованием системы *Jet 9000 Ultra* у 8 пациентов (6 мужчин и 2 женщин в возрасте от 53 до 84 лет) в сроки от 1 до 15 сут после острого тромбоза. У 3 пациентов был тромбоз подвздошно-бедренного сегмента, у 3 – тромбоз подколенного сегмента, в одном случае – тромбоз аорто-бедренного шунта, и у одного пациента – эмболия тиббиоперонеального ствола.

Использовали катетеры *XPD* и *XMI*. В 4 случаях перед проведением реолитической тромбэктомии через катетер в тромботические массы вводили от 150000 ЕД до 250000 ЕД стрептокиназы.

Результаты. У всех больных реолитической тромбэктомия позволила восстановить магистральный кровоток, в качестве последнего этапа вмешательства были имплантированы стенты. В одном случае наблюдали гемолиз, выполнен сеанс лечебного ультрафиолетового плазмафереза с нормализацией всех показателей. Контрольные ультразвуковые исследования показали хороший результат эндоваскулярных вмешательств. Пациенты выписаны без признаков ишемии.

Выводы. Преимущества реолитической тромбэктомии: малоинвазивность, возможность применения у пациентов с высоким операционным и анестезиологическим риском, возможность восстановления кровотока по сосудам разного калибра, уменьшение времени пребывания пациентов в стационаре. Данную методику следует рассматривать как звено в восстановлении магистрального кровотока: при выявлении после реолитической тромбэктомии гемодинамически значимых стенозов требуется баллонная ангиопластика или стентирование.

ПРИМЕНЕНИЕ БИВАЛИРУДИНА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЧРЕСКОЖНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ
КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Л.С. Кокос, П.Ю. Лопотовский, А.Г. Ларин, А.Ю. Коробенни, И.М. Кузьмина
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

При проведении чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) эндоваскулярные хирурги нередко сталкиваются с различными осложнениями, такими как дистальная эмболизация артерии, а также феноменами «no-reflow» и «slow-reflow», то есть отсутствием или выраженным замедлением кровотока в артерии после восстановления ее просвета. Поэтому любые лекарства, помогающие избежать или уменьшить последствия возникающих осложнений, крайне важны.

В настоящее время в арсенале врачей появился относительно новый препарат – ангиокс (бивалирудин), но вопрос о его эффективности при осложненных случаях ЧКВ до сих пор широко не исследован и не описан в отечественной литературе.

Цель: оценить возможную эффективность и безопасность применения препарата АНГИОКС при вмешательствах высокого риска или уже возникших осложнениях ЧКВ.

Материал и методы. Нами была изучена группа пациентов из 35 человек, у 18 из которых после имплантации стента в коронарную артерию наблюдалось отсутствие антеградного заполнения сосуда – симптом «no-reflow». Еще у 17 пациентов ангиокс вводился превентивно перед вмешательством, если морфология поражения могла предполагать возникновение «no-reflow» или дистальную эмболизацию стентуемой артерии. Все пациенты были с ОКС: 27 с подъемом ST (острый инфаркт миокарда) и 8 без подъема ST в сроки от 2 до 48 ч. У 8 проводилась тромболитическая терапия на догоспитальном этапе, с положительным эффектом. Всем больным перед проведением коронарографии была дана нагрузочная доза клопидогрела 600 мг, а также им вводился гепарин суммарно в дозе до 100 ед/кг, либо на догоспитальном этапе, либо уже после поступления. У 17 пациентов, кому ангиокс вводился с целью предупреждения возможных осложнений, «no-reflow» не возникло. У 15 из этих пациентов исходно имелся протяженный критический стеноз передней межжелудочковой ветви, у 4 с признаками тромбоза. Во всех случаях был получен хороший результат стентирования и антеградный кровоток *TIMI-3*. В 2 случаях отмечалось умеренное замедление антеградного кровотока, не сопровождаемое клинической симптоматикой.

У 2 пациентов этой группы после имплантации стента в ПМЖВ произошла окклюзия диагональной ветви, вовлеченной в зону стентирования (чего нельзя было избежать из-за морфологии поражения). Им также после введения гепарина дополнительно вводили ангиокс по стандартной схеме, как при ОКС. После этого было отмечено восстановление кровотока в артериях.

У 18 пациентов при уже возникшем феномене «no-reflow» (в 13 случаях *TIMI-0*, в 5 случаях *TIMI-1*), на фоне дополнительного введения ангиокса наблюдали улучшение антеградного кровотока по стентированной артерии. Всем пациентам для разрешения спазма интракоронарно вводили раствор нитроглицерина в дозе 50 мкг, но помимо этого внутривенно вводили Ангиокс в дозе 0,75 мг/кг с последующей инфузией 1,75 мг/мл/ч. Во всех 18 случаях отмечена положительная динамика кровотока. Так, через 10 мин после введения ангиокса антеградный кровоток *TIMI-3* был получен у 15 пациентов. У троих, что исходно имели «no-reflow» с кровотоком *TIMI-0*, он улучшился до *TIMI-2*. Полное отсутствие положительной динамики не было отмечено ни в одном случае. Госпитальной летальности у наблюдаемых нами пациентов не было, все больные были выписаны из стационара в сроки до 14 сут. Острых тромбозов стента, инсультов, рецидивов ишемии миокарда также не происходило.

После вмешательства интродьюсер из места бедренного доступа удалялся в сроки от 4 до 24 ч. У 2 пациентов наблюдались значительные по размеру подкожные гематомы в месте пункции, не приводившие к значимому снижению уровня гемоглобина и, следовательно, не потребовавшие гемотрансфузии. При этом у пациентов применяли гепарин. Других кровотечений у пациентов после введения Ангиокса нами не наблюдалось.

Таким образом, несмотря на то, что у части больных вводили Ангиокс не заранее, а по факту возникновения феномена «no-reflow» и на фоне раннего введения гепарина, был получен хороший ангиографический и клинический результат и не было отмечено дополнительных осложнений.

Заключение. В нашей практике Ангиокс продемонстрировал хороший эффект и безопасность при применении его у пациентов с ОКС и возникшем феномене «no-reflow». Но достоверно доказать его эффективность именно при вмешательствах высокого риска и возникших в результате вмешательства интракоронарных осложнений можно будет, когда будет накоплен больший опыт его применения.

ОТДЕЛЕНИЕ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
(ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ)

Л.С. Кокос, Г.Е. Белозеров, П.Ю. Лопотовский
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

История возникновения отделения рентгенохирургии в НИИСП им. Н.В. Склифосовского восходит к началу 1960-х годов, когда было сформировано нейротравматологическое отделение. Возглавил его канд. мед. наук В.В. Лебедев, ставший впоследствии доктором мед. наук и профессором – основателем школы неотложной нейрохирургии.

В связи со сложностью приобретения ангиографического аппарата по проекту сотрудников отделения на одном из предприятий Москвы была создана полуавтоматическая ангиографическая приставка, которая с успехом использовалась в течение 5 лет.

В 1965 г. была приобретена ангиографическая установка фирмы «Siemens», но только в 1977 г. было организовано отделение по контрастным и внутрисосудистым методам рентгенологического исследования. Руководителем отделения стал д-р мед. наук, профессор Л.С. Зингерман. Основной задачей отделения являлась экстренная ангиографическая диагностика при неотложных состояниях, благодаря которой принималась тактика лечения urgentных больных. Уже в 1977 г. канд. мед. наук Ю.А. Лосевым и проф. Л.С. Зингерманом была выполнена первая в СССР остановка желудочного кровотечения путем эмболизации артерии. Одновременно принимались и очень важные организационные решения. Так, с 1978 г., также впервые в стране, ангиографическая служба института начала работать в круглосуточном режиме, осуществляя как диагностическую, так и экстренную лечебную помощь.

С этого же времени врачи отделения стали проводить внутрикоронарный тромболитизис у больных с острым инфарктом миокарда.

В 1983 г. Г.Е. Белозеровым впервые в стране была выполнена баллонная ангиопластика коронарной артерии при остром инфаркте миокарда. Под руководством проф. Л.С. Зингермана защищены 7 кандидатских и одна докторская диссертация, составлены 4 руководящих письма – методические рекомендации. Профессор Л.С. Зингерман – автор двух монографий.

С 1992 по 2007 г. отделение возглавлял д-р мед. наук, профессор Г.Е. Белозеров. Приоритетными направлениями научных исследований Г.Е. Белозерова на протяжении многих лет являются диагностическая ангиография и рентгеноэндоскопическое лечение при неотложных состояниях – травмах, тромбозах и кровотечениях. Под руководством профессора Г.Е. Белозерова защищены 6 кандидатских и одна докторская диссертация, составлено два учебных пособия – методические рекомендации.

В 2007–2011 гг. отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения возглавлял канд. мед. наук П.Ю. Лопотовский – специалист в области коронарной патологии и эндоскопического лечения острых и хронических окклюзий коронарного русла. В этот период в практической работе отделения получило бурное развитие коронарное направление. С 2007 г. рентгенохирургическая служба Института скорой помощи стала оказывать помощь больным с острым инфарктом миокарда в круглосуточном режиме.

Начиная с 2011 г. отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения руководит лауреат Премии Правительства РФ в области науки и техники, д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАМН, зав. кафедрой лучевой диагностики Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Л.С. Кокос – специалист в области ангиологии, физиологии кровообращения и дыхания, один из ведущих специалистов в области интервенционной радиологии. Он известен в России и за рубежом как автор ряда уникальных методик рентгенохирургического лечения врожденных и приобретенных пороков сердца, заболеваний сосудов и внутренних органов.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДОВ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
Л.С. Коков, И.П. Михайлов, Д.А. Косолапов, Г.Е. Белозеров, П.Ю. Лопотовский, П.Д. Матвеев
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Цель: оценка эффективности комплексного применения рентгенохирургических методов для профилактики и лечения тромбозов легочной артерии (ТЭЛА).

Материал и методы. За период с 1985 по 2012 г. рентгенохирургические методы профилактики и лечения ТЭЛА были применены у 990 пациентов. Имплантированы 960 каво-фильтров (КФ), выполнены 25 тромбэкстракции при тромбозе нижней полой вены (НПВ), 5 пациентам для эндоваскулярного лечения ТЭЛА была выполнена реолитическая тромбэктомия. Системная тромболитическая терапия (ТЛТ) по поводу ТЭЛА была проведена 146 пациентам. В качестве тромболитических агентов применяли альтеплазу и стрептокиназу.

Результаты. С 1985 г. в качестве метода профилактики ТЭЛА при флотирующем тромбозе глубоких вен нижних конечностей в сочетании с дополнительными факторами риска используют КФ различных конструкций. В настоящее время применяют только удаляемые модели. Малая травматичность и высокая эффективность профилактики ТЭЛА, которую обеспечивают КФ, позволили сделать вмешательство стандартным и применять его в качестве основного способа хирургической профилактики.

В течение последних 5 лет в нашей клинике применяют отечественную методику удаления флотирующей части тромба из НПВ при помощи тромбэкстрактора. Всего тромбэкстрактор был использован у 25 больных. Ни один из оперированных пациентов не перенес ТЭЛА при последующем наблюдении на госпитальном этапе.

Основным методом лечения состоявшейся ТЭЛА остается системная ТЛТ. Показанием к ее проведению является ТЭЛА с высоким риском смертельного исхода, подтвержденная данными компьютерной томографии с контрастным усилением и перфузионной сцинтиграфии. Эффективный тромболитиз отмечен у 134 больных (92%). У 12 больных с давностью ТЭЛА от 3 до 5 нед тромболитическая терапия была неэффективна. Госпитальная летальность после системного тромболитиза составила 13,8%.

Начиная с 2012 г. у 5 больных, перенесших ТЭЛА, для эндоваскулярной дезобструкции и удаления тромботических масс из легочной артерии была успешно применена реолитическая тромбэктомия. Данную группу составили пациенты, у которых ТЛТ оказалась неэффективной либо имели место противопоказания к тромболитизу.

Выводы. Рентгеноэндоваскулярные методы профилактики и лечения ТЭЛА являются малотравматичными и эффективными как в предупреждении, так и в лечении уже состоявшейся эмболии.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ FAST-ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ВНУТРИБРЮШНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ
А.В. Комаров¹, А.А. Касова², А.Н. Катрич², К.А. Шамахан¹, А.А. Заважнов²
¹ Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского,
² Краснодарский государственный медицинский университет
Краснодар, РФ

Цель работы: оценить эффективность использования ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике интраабдоминальных повреждений у пациентов с сочетанной травмой.

Задачи: сократить время обследования и повысить уровень неотложной диагностики интраабдоминальных повреждений у пострадавших с политравмой.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов диагностики и лечения 1579 пациентов с множественными и сочетанными травмами, проходивших лечение в ККБ № 1 в период 2010–2012 гг. Ежегодное возрастание количества пострадавших и степени тяжести полученных травм диктует необходимость усовершенствования методик обследования с целью уменьшения временных затрат на выявление жизнеугрожающих повреждений и определения лечебной тактики. Диагностика абдоминальных повреждений при политравме достаточно сложна: клиническая картина стерта или отсутствует на фоне сопутствующих повреждений и измененного сознания, а возможное внутрибрюшное кровотечение требует максимально быстрого выявления и в большинстве случаев неотложного хирургического вмешательства. Основные методы инструментального обследования, применяемые у поступающих с политравмой (лапаро- и торакокопия и такие преимущества УЗИ, как портативность, неинвазивность, возможность повторных исследований и проведения параллельно с реанимационными мероприятиями, становятся очевидными. Обследование пациента проходит в условиях реанимационного зала и занимает по протоколу FAST в среднем 2–3 мин, а диагностика гидроперитонеума, как правило, – не более 1 мин.

Результаты. УЗИ в формате протокола FAST было применено у всех больных. Данные, полученные при УЗИ, сравнивались с результатами других инструментальных методов диагностики и интраоперационными находками. Информативность УЗИ в диагностике гидроперитонеума составила 92,8%, а в случаях когда интраоперационно выявляли свыше 200 мл и свыше 500 мл жидкости, – 96,5% и 99,2% соответственно. За последние 1,5 года с начала использования протокола FAST в нашей клинике летальность в этой группе пациентов снизилась с 9% в 2010 г. до 7,8% в 2011–2012 гг.

Выводы. Нами отмечено, что использование стандартизированного протокола FAST позволяет быстро и с высокой информативностью выявить наличие гидроперитонеума, существенно сократить время, затрачиваемое на обнаружение жизнеугрожающих последствий повреждений органов брюшной полости. Намечающаяся за описываемый период тенденция к снижению летальности в остром периоде травмы вселяет определенный оптимизм и потребность в его дальнейшем совершенствовании.

ОБОСНОВАНИЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ НЕОТЛОЖНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ОСТРОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ
И.А. Кольхалкина, Т.А. Чернышева, В.Г. Амчелаский, О.В. Карасева, О.С. Исхаков, Т.Ф. Иванова, Ю.Ю. Бережной
НИИ неотложной детской хирургии и травматологии
Москва, РФ

Синдром внутримозговой гипертензии (ВЧГ) является значимым фактором вторичного повреждения мозга в остром периоде травмы, требуя неотложных диагностических и лечебных мероприятий с постоянным контролем внутримозгового давления (ВЧД).

Цель исследования: оценить эффективность разработанной последовательности неотложных действий при ВЧГ у детей с тяжелой сочетанной травмой.

Материал и методы. Проведен анализ 115 историй болезни пациентов с тяжелой травмой в возрасте 9,3±4,9 года. Мальчиков было 80 (69,6%), девочек – 35 (30,4%). Тяжесть пострадавших по шкале ISS составила 33,4±17,4 балла, по шкале комы Глазго (ШКГ) – 6,5±2,5 балла. В 1-е сут от момента травмы поступили 92 ребенка (80%) всем детям проводили клинический, лабораторный, инструментальный мониторинг и мониторинг ВЧД. Были выделены две группы больных, однородных по возрасту, сопоставимых по уровню сознания (ШКГ), по тяжести травмы (ISS) и по составляющим лечения (Международные рекомендации, 1996, 2003). В 1-ю группу включили 43 пациентов (37,3%), из которых 12 поступили с уровнем сознания по ШКГ 3 балла; во 2-ю группу вошли 72 больных (62,7%), из которых 10 поступили с уровнем сознания по ШКГ 3 балла. Лечение в 1-й группе соответствовало Международным рекомендациям, но при этом отсутствовала градиция на «шаги», не определялась их последовательность, не выделялись временные интервалы и условия их применения. Во 2-й группе был применен разработанный нами на основе Международных рекомендаций Протокол пошаговой терапии ВЧГ, в котором выдерживались четкие показания к назначению каждого последующего шага, были выполнены строгая последовательность и временные рамки предпринятых шагов, а также определены условия их применения. Критерием эффективности терапии ВЧГ в обеих группах больных помимо нормализации величины ВЧД был показатель ЦПД выше 60 мм рт.ст. Результаты лечения оценивали по шкале исходов Глазго (ШИГ).

Результаты и обсуждение. В 1-й группе 32,6% больных были с ЦПД менее 60 мм рт.ст. и 67,4% пациентов – с ЦПД более 60 мм рт.ст., а во 2-й группе – соответственно 27,8% и 72,2% детей, что не имело статистически значимых отличий. Результаты лечения, оцениваемые по ШИГ, оказались лучше во 2-й группе больных: хорошее восстановление во 2-й группе отмечено у 15 (20,8%), тогда как погибли 16 пациентов (22,2%); в 1-й группе хорошее восстановление было только у 2 больных (4,7%), а погибли 18 (41,9%).

Выводы. Применение строгой последовательности неотложных действий в виде Протокола, основанного на Международных рекомендациях при острой ВЧГ у детей с тяжелой травмой мозга в структуре сочетанных повреждений, является одним из основных условий улучшения результатов лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ГОЛЕНИ
И.П. Кондратьев, И.О. Кучеев, Ю.Б. Кашанский
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

В последние годы появляется все больше научных работ, посвященных хирургическому лечению переломов дистального отдела большеберцовой кости – так называемого пилона. Для этих травм характерны фрагментация кости со значительным смещением осколков, образованием ее дефектов, повреждением суставной поверхности и окружающих мягких тканей. Поэтому их лечение представляет определенные трудности и часто приводит к неудовлетворительным исходам.

Для уменьшения операционной травмы и сокращения количества осложнений нами предложен способ лечения переломов костей дистального отдела голени путем фиксации обеих берцовых костей из срединного операционного доступа одной пластиной.

Операцию проводят на скелетном вытяжении с грузом 7–10 кг. Вначале через мини-доступ выполняют репозицию и временную фиксацию малоберцовой кости. Затем через разрез по передней поверхности нижней трети голени над гребнем большеберцовой кости обнажают перелом большеберцовой кости. Отломки и осколки сопоставляют и также временно фиксируют спицами. После этого пластину размещают на медиальной поверхности большеберцовой кости, шурупы вводят в ее отверстия и обе берцовые кости. Скелетное вытяжение и временные фиксаторы переломов удаляют. Раны послойно ушивают наглухо.

Всего за период с 2007 по 2010 гг. метод наложения остеосинтеза одной пластиной при лечении перелома пилона был применен в 25 случаях.

Среди пострадавших оказались 15 мужчин и 10 женщин. Большинство из них (20 человек, или 80,0%) были трудоспособного возраста. Высокоэнергетические факторы – ДТП, падение с высоты, занятия скоростными видами спорта – стали причиной перелома пилона у 17 пострадавших (68,0%). У 8 больных (32,0%) травма произошла в результате действия низкоэнергетического фактора (падение с высоты собственного роста на улице). Открытый характер повреждения был установлен у 3 пациентов (11,0%), а закрытый – у 24 (89,0%).

Все пострадавшие поступили в стационар в день получения травмы, в период от 3 до 18 ч. Сроки выполнения реконструктивной операции на пилоне колебались от 4 до 19 сут. Продолжительность пребывания в стационаре в среднем составила 9 сут, а общее время лечения с учетом амбулаторного периода – 3,5 мес. После операции осложнений не отмечено.

Сроки наблюдения пациентов составили не менее 2 лет. Отдаленные исходы лечения оценивали по шкале *Ankle/Foot*. Удовлетворительными результатами были признаны всего у одного пострадавшего, у остальных они были хорошими (15 человек, или 60,0%) и отличными (9 человек, или 36,0%).

Таким образом, предложенный способ остеосинтеза внутрисуставных переломов дистального отдела голени позволяет выполнить операцию с минимальной металлоемкостью и тем самым сократить финансовые затраты. При этом уменьшается дополнительная травматизация мягких тканей и, как следствие, риск развития некротических и инфекционных осложнений в послеоперационном периоде. Клиническое применение этого способа показало его надежность и эффективность при лечении пострадавших с переломами пилона, в том числе в составе тяжелой механической политравмы.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Н.С. Кононенко, С.С. Соерешлин, Т.П. Пинчук, П.А. Ярцев, Б.Т. Цулеискири
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Цель исследования – оценка эффективности эндоскопической декомпрессии и реканализации толстой кишки при острой толстокишечной непроходимости (ОТН).

Материал и методы. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с января 2011 по май 2013 г. экстренная колоноскопия была выполнена 21 пациенту с ОТН, из них было 9 мужчин (42,9%) и 12 женщин (57,1%) в возрасте от 24 до 86 лет. Средний возраст составил 67 лет.

Фиброколоноскопия была выполнена всем пациентам в первые часы после поступления. Подготовка к исследованию при ОТН состояла в очистительных и сифонных клизмах с отмытием кишки до чистой воды. Это позволило адекватно подготовить кишку в короткий срок. Фиброколоноскопия выполнялась с обязательной премедикацией, а 5 пациентам, учитывая тяжелое общее состояние больных и сопутствующую патологию, – под общей анестезией.

Методика включает в себя предварительное бужирование стенозированной участка кишки эндоскопическими инструментами и приборами возрастающего диаметра с последующим проведением через канал эндоскопа металлической струны-проводника, по которой заводится зонд для декомпрессии супрастенотического отдела кишки сроком на 2–3 сут. Затем выполняется радикальная операция с наложением первичного анастомоза лапароскопическим либо лапаротомным доступом.

Результаты. При колоноскопии злокачественная опухоль была обнаружена у 17 из 21 пациента (80,1%). У 3 пациентов была диагностирована стенозирующая опухоль ректосигмоидного перехода с распространением на сигмовидную кишку, у 9 – сигмовидной кишки, у 1 – нисходящей ободочной, у 2 – поперечной ободочной, у 2 – восходящей ободочной кишки. У 3 пациентов определялось сдавление сигмовидной кишки и ректосигмоидного перехода извне за счет расположенной вне кишки опухоли, и еще у 1 – заворот сигмовидной кишки.

У 2 пациентов просвет кишки после ее отмытия составил в зоне стеноза 5 мм, у 14 больных – 2–3 мм, у остальных 5 – не визуализировался или был точечным, с трудом обнаруживаемым при исследовании.

Протяженность стеноза у 2 пациентов была менее 2,0 см, у 16 – 5,0–7,0 см, и у 3 – более 10,0 см. Таким образом, у 19 пациентов (90,5%) стриктуры были протяженными.

Малоинвазивная эндоскопическая полная реканализация и декомпрессия толстой кишки была успешной у 14 пациентов (66,7%). Частичную реканализацию с адекватной декомпрессией удалось выполнить еще 4 больным (19,0%).

Были оперированы 20 из 21 пациента (95,2%). Интраоперационный и эндоскопический диагнозы совпали у 19 больных (90,5%). У одной больной при фиброколоноскопии осмотра был доступен только дистальный конец стриктуры с неизменной слизистой оболочкой. Было диагностировано сдавление сигмовидной кишки извне, выполнена полная реканализация кишки. Однако интраоперационно был установлен диагноз рака ректосигмоидного перехода с подслизистым ростом. Уровень стеноза, выявленный при фиброколоноскопии, интраоперационно подтвердился у всех пациентов. У 2 больных при эндоскопическом исследовании не были диагностированы прикрытые перфорации опухоли и супрастенотического отдела кишки, выявленные интраоперационно.

Отсроченная операция в сроки от 1 до 3 суток после успешной декомпрессии, и адекватной предоперационной подготовки была выполнена 16 из 20 больных (80,0%). Однако 4 пациентам (20,0%) были выполнены экстренные оперативные вмешательства. У одного пациента, несмотря на полную реканализацию и декомпрессию кишки, общее состояние прогрессивно ухудшалось. Была выполнена экстренная лапаротомия, при которой диагностировано неокклюзионное нарушение кровообращения в нисходящей ободочной кишке, выполнена левосторонняя гемиколэктомия, трансверзостомия. Трех пациентам эндоскопическую реканализацию выполнить не удалось. У одной пациентки с заворотом сигмовидной кишки была выполнена успешная декомпрессия и реканализация кишки, что позволило избежать экстренного оперативного вмешательства. От планового оперативного лечения пациентка категорически отказалась.

Осложнений и смертельных исходов, связанных с эндоскопическим вмешательством, не было. От прогрессирования основного заболевания умерли 2 больных (9,5%).

Таким образом, эндоскопическая малоинвазивная декомпрессия и реканализация толстой кишки при ОТН различного генеза являлась эффективной у 18 больных (85,7%), что позволило отсрочить оперативное вмешательство на 24–72 часа.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А.Я. Коровин, А.В. Андреев, Н.Н. Кизименко, И.В. Бочкарева
Кубанский государственный медицинский университет МЗ РФ
Краснодар, РФ

Введение. Особенностью течения опухолей тонкой кишки является часто встречаемая ремиттирующая форма кишечной непроходимости (ОКН). Диагностические преимущества УЗИ в настоящее время не могут быть реализованы из-за отсутствия точной ультразвуковой семиотики ОКН и надежных критериев, определяющих место УЗИ в системе комплексной диагностики данного вида патологии.

Материал и методы. Проведено обследование и хирургическое лечение 36 пациентов с опухолями тонкой кишки, вызвавшими различные формы непроходимости. Из них у 15 пациентов (41,7%) имели место доброкачественные опухоли, а у 21 пациента (48,3%) – злокачественные. Всем больным выполняли УЗИ в режиме серой шкалы с использованием дуплексного сканирования и цветного доплеровского картирования.

Обсуждение и результаты. Обязательным этапом исследования больных с подозрением на ОКН, особенно в условиях выраженного метеоризма, было исследование из позиции латерального доступа живота (продолжение подмышечной линии) по направлению к центральному отделу брюшной полости. При первичном УЗИ чаще всего наблюдали неоднородное жидкое содержимое в петлях тонкой кишки за счет внутритривисцерального депонирования жидкости, и присутствовал симптом «пораженного полового органа» – у 32 больных. Нарушение перистальтики в виде активной антиперистальтики было отмечено у 30 больных, а сегментарное расширение приводящих отделов кишечника – у 29 больных. По мере прогрессирования ОКН характер содержимого кишки становился более однородным, наблюдалось снижение эхогенности содержимого вплоть до анэхогенности. Этот период обычно сочетался со снижением интенсивности сократительных движений кишечной стенки за счет антиперистальтической паузы. Близость к месту обтурации определялась выраженностью утолщения стенок и складок кишки. Чем дистальнее располагалась обтурация, тем в большем количестве анатомических областей визуализировались признаки патологического процесса в петлях кишки. По выраженности секвестрации внутритривисцеральной жидкости четко дифференцировался уровень ОКН (высокий, средний, низкий). На фоне газа, жидкости (или на границе двух сред) в области обтурации, лоцировались ЭХО+ и ЭХО- образования, а в 3 случаях инвагинаты, имеющие в своем составе опухолевидные образования. Изменение гемодинамических показателей внутритривисцерального кровотока тонкой кишки позволяло заподозрить наличие некротизированных участков кишечной стенки. Всего у 27 больных была выполнена резекция тонкой кишки с формированием одностороннего анастомоза «конец в конец»; эконотрансверзостомоз при неудалимых злокачественных опухолях подвздошной кишки был выполнен у 2 больных; правая гемиколэктомия при дистальных опухолях – у 7 пациентов. Патоморфологически (злокачественные Neo) часто встречающимся гистотипом была аденокарцинома – у 14 больных, в 7 случаях другие иммуногистохимические формы GIST.

Заключение. Полипозиционное УЗИ с анализом доплеровского спектра позволяет определить уровень и подтвердить обтурационный характер ОКН, а также состояние кишечной стенки приводящих отделов кишки и на уровне обтурации. Динамическое УЗИ позволяет определиться с показаниями и сроками оперативных вмешательств при опухолевой тонкокишечной непроходимости.

ЭВОЛЮЦИЯ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА

А.Ю. Кордонский, Ю.В. Пурас, А.Э. Тальпов
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Ушиб головного мозга (УГМ) – это первичный очаг морфологического разрушения мозговой ткани, возникающий непосредственно в момент травмы. Важной особенностью очагов УГМ является изменение их величины и структуры с течением времени. Неблагоприятный вариант развития УГМ (эволюция, прогрессирование) заключается в увеличении плотной части УГМ с одновременным расширением зоны отека, слипанием первичных или образовании новых вторичных очагов. Прогрессирующие УГМ сопровождаются дислокацией мозга и сдавлением его ствола, что требует экстренного хирургического вмешательства и санации очагов ушиба.

Цель: выявление факторов, способствующих эволюции очагов УГМ.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 42 пострадавших эволюцией УГМ, находившихся на стационарном лечении в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского с 11.09.2011 по 26.12.2012 г. Средний возраст пострадавших составил 44,5±14,8 года. Основными механизмами получения травмы были: падение с большой высоты (27%) и дорожно-транспортные происшествия (24%). Уровень бодрствования у всех пациентов соответствовал 9–12 баллам по ШКГ. Показаниями к проведению операции были признаки развития остро-гематомного синдрома, проявляющиеся угнетением уровня бодрствования и смещением срединных структур по данным компьютерной томографии (КТ).

Результаты и их обсуждение. Отмечено, что у 95% больных с эволюцией УГМ первичные очаги ушиба располагались в лобной и височной долях. Объем плотной части первичного очага ушиба составил 17–21 см³, окружающего отека – 26–42 см³.

У 18 пострадавших из 42 (43%) были диагностированы множественные повреждения мозга. Этим пациентам изначально были удалены оболочечные гематомы большого объема, а затем проведена повторная операция вследствие эволюции УГМ. У 16 больных из 18 (89%) очаги УГМ располагались на стороне гематомы. Эволюция УГМ была отмечена в среднем в течение 41±15 ч после проведения первой операции.

У 24 больных из 42 (57%) при поступлении в стационар показаний к экстренному оперативному лечению не было, пациентам проводили консервативную терапию. В этой группе больных эволюция очагов ушиба мозга была отмечена в среднем в течение 50±17 ч после травмы.

Выводы. Факторами, способствующими эволюции УГМ, явились: возникновение УГМ в результате травмы высокой интенсивности, ШКГ при поступлении 12 баллов и менее; наличие оболочечной гематомы на стороне УГМ; локализация УГМ в лобной и височной долях.

АНАЦИОННЫЕ РЕЛАПАРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФАРКТА КИШЕЧНИКА

А.Я. Коровин, М.Б. Андреева, Е.А. Воловодова
Кубанский государственный медицинский университет МЗ РФ
Краснодар, РФ

Введение. Острую ишемию и последующий инфаркт кишечника с первых часов заболевания следует рассматривать как тяжелый абдоминальный сепсис. Помимо выраженного эндотоксикоза, обусловленного собственно ишемией кишечника, артериальная гипоперфузия неизбежно приводит к транслокации кишечной флоры и контаминации брюшной полости с развитием перитонита. Необходимая реваскуляризация кишечника всегда влечет за собой реперфузионный синдром, усугубляющий общие и местные проявления мезентериального тромбоза.

Материал и методы. Проанализирована эффективность тактики программированных релапаротомий у 47 больных, оперированных по поводу мезентериального тромбоза в стадии инфаркта. Сроки повторных вмешательств колебались от 24 до 36 ч. Кратность повторных операций у одного больного составила от 1 до 5. В эту группу не включены больные, у которых осуществлялся лапароскопический мониторинг брюшной полости.

Обсуждение и результаты. Обязательным условием санации брюшной полости при перитоните является устранение септического очага, однако отличительной чертой поражения брюшины при острой мезентериальной ишемии является невозможность одномоментного устранения источника перитонита ввиду неясности эффективности реваскуляризации и отсутствия четкой демаркации некротических стенок кишки на первой операции. Приведенные особенности и обусловили применение тактики ранних программированных релапаротомий в лечении инфаркта кишечника. В группе из 12 пациентов первое повторное вмешательство носило характер «second look», основной задачей которого являлась оценка жизнеспособности реваскуляризированной кишки. Перспективная предельная длина кишки после тромбэмболизации из верхней брыжеевой артерии определялась до 50 см. В случае меньшей длины тощей кишки накладывался концевой анастомоз, и дальнейшие пособия выполнялись по требованию. Летальность в данной группе составила 98%. В группе из 35 больных в 21 случае этапные вмешательства заканчивались обструкцией концов кишечной трубки, у 14 больных – наложением анастомоза; выполняли резекции тонкой кишки (24 случая), резекции с правосторонней гемиколэктомией (6) и санацией брюшной полости. Для уменьшения выраженности абдоминального компартмент-синдрома при этапных операциях ушивали только кожу. Заключительную релапаротомию с формированием межкишечного соустья выполняли при сохраненной жизнеспособности кишечника в период между двумя этапными санациями и отсутствием признаков прогрессирующего перитонита. Летальность составила 78,6%.

Заключение. Применение программированных релапаротомий с целью санации брюшной полости и контроля реваскуляризации кишечника при мезентериальной ишемии с инфарктом кишечника является обоснованной и проверенной временем тактикой, позволяющей одновременно решать две задачи: оценку жизнеспособности кишечника и лечение перитонита.

БИЛИАРНЫЙ ИЛЕУС: ВОЗМОЖНОСТИ МИНИ-ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.Я. Корovin, В.А. Кулш, И.В. Бочкарева, В.В. Нарсия
Кубанский государственный медицинский университет
Краснодар, РФ

Введение. Рост заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ) приводит к увеличению таких ее серьезных осложнений, как внутренние билиодigestивные свищи и кишечная непроходимость. Желчнокаменная обтурационная тонкокишечная непроходимость (ООНТ) встречается у 3% всех больных, оперированных по поводу ООНТ, или 0,2-0,6% от всех оперированных по поводу ЖКБ.

Цель: оценить возможности мини-инвазивного лечения билиарного илеуса (БИ).

Материал и методы. БИ встретился у 48 пациентов, поступивших в хирургические клиники КубГМУ на базе МБУЗ КГКБСМП. Диагностическая программа при кишечной непроходимости включала в себя: обзорную рентгенографию живота, ультразвукографию, компьютерную томографию, фиброгастродуоденоскопию, видеолaparоскопию. Высокая непроходимость диагностирована у 37 больных (77,1%) на уровне 12-перстной кишки – у 3 пациентов (6,3%), с обтурацией в 50–150 см дистальнее 12-перстно-тощекишечного перехода выявлена у 34 пациентов (70,8%); низкая непроходимость (на уровне терминального отдела подвздошной кишки) выявлена у 11 больных (22,9%). Диагностировать БИ до операции удалось только у 26 больных (54,2%); у всех остальных 22 пациентов причина ООНТ определена интраоперационно. При хирургическом лечении БИ применялись стандартный лапаротомный, мини-доступ и лапароскопический доступы. Разобщение патологического билио-дигестивного соустья, дуоденография, холецистэктомия с ревизией желчных протоков, энтеролитотомия выполнены у 39 пациентов (81,3%). В 4 случаях потребовалась резекция тонкой кишки, а у 5 пациентов удалось выполнить полный объем оперативного пособия эндохирургически. У 9 больных полный радикальный объем операции не был выполнен ввиду наличия у них тяжелой сопутствующей соматической патологии – операция выявлен холедохолитиаза, который устранен эндоскопической папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией. Летальность – 6,3%.

Результаты и обсуждение. В случае подтверждения билиодигестивного свища (что является вероятным при БИ) тактика должна определяться наличием технической возможности и готовностью операционной бригады для выполнения ЛХЗ с разобщением пузырно-кишечного свища и закрытием дуодено-, дуо- или колонотомического отверстия, но, главное, – тяжестью состояния пациента. С помощью мини-доступа, проекцию которого на переднюю брюшную стенку легче определить при лапароскопии, возможно обеспечить полноценную эвакуацию кишечного содержимого и декомпрессию тонкой кишки без риска массивной микробной контаминации брюшной полости. Кроме того, возникающая необходимость выполнения закрытия энтеротомического отверстия или резекции тонкой кишки с формированием тонко-тонкокишечного анастомоза также могут быть успешно решены через мини-доступ. Отдельно должны решаться тактические и лечебные вопросы при выявлении сопутствующего холедохолитиаза. Идеальным подходом представляется выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в послеоперационном периоде: сроки ее выполнения должны определяться состоянием пациента, наличием механической желтухи и холангита. ЭПСТ с литоэкстракцией или назобилиарным дренированием должны быть выполнены по срочным показаниям в достаточно короткие сроки после основной операции по устранению ООНТ. И только при бессимптомном холедохолитиазе вопрос об ЭПСТ и литоэкстракции может быть решен в более отдаленные сроки.

Заключение. Опыт применения видеолaparоскопии для диагностики и хирургической коррекции билиодигестивных свищей на фоне развившегося острого БИ показал возможность применения мини-инвазивных технологий при этой сложной патологии. Мини-инвазивные методы хирургического лечения БИ выполнимы как в двухэтапном, так и в одноэтапном вариантах, последнее более предпочтительно. Дальнейшее развитие диагностической, тактико-хирургической программы позволит улучшить результаты лечения избранной патологии, являющейся поздним осложнением острого холецистита.

ВОЗМОЖНОСТИ КТ-ПЕРФУЗИИ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УШИБОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

А.Н. Костеников, В.Е. Савелло

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Цель и задачи: определить возможности КТ-перфузии в оценке распространенности ушибов головного мозга в остром периоде черепно-мозговой травмы.

Материал и методы. В исследование включены 26 пациентов с изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмой, которым не проводили оперативное лечение.

В течение 3–12 ч от момента получения травмы больным выполняли спиральную компьютерную томографию (СКТ) головного мозга и затем перфузионную КТ (ПКТ) на уровне обнаруженных контузионных очагов. Контрольную КТ выполняли на 7–9-е сут.

Исследование проводили на аппаратах СКТ «Aquila 16» Toshiba и 32-срезовом СКТ «light speed» GE. Использовали стандартные протоколы спирального сканирования с реконструкцией по 1 мм. Также применяли протоколы КТ-перфузии с внутривенным введением контрастного препарата (опирей 350 мг/мл – 40 мл) со скоростью 8 мл/с, сканирование начиналось с задержкой 5 с и состояло из 45-секундной серии с интервалом в 0,5 с и построением 4 срезов толщиной 8 мм на протяжении 24 мм. Измерения производили на картах перфузии *CBF, CBV, MTT, TTP* и *Delay*.

Мы сравнили площадь зон патологических изменений на каждой из карт перфузии при первичном ПКТ-исследовании и зон перифокального отека, сформировавшихся к 7–9-м сут на соответствующих нативных сканах.

Результаты. Площадь зон перифокального отека на контрольных нативных КТ-сканах на 7–9-е сут совпадала с площадью зон нарушения перфузии на картах *CBV* первичного исследования в 61,5% случаев, на картах *CBF* – в 46,1%, *MTT* – в 38,4%, *TTP* – в 34,6%, *Delay* – в 46,1%. Площадь зоны нарушения перфузии считалась соответствующей площади итоговой зоны перифокального отека, если разница между ними не превышала 25%.

Площадь зон перифокального отека на первичных нативных КТ-сканах совпадала с площадью аналогичных зон на контрольной КТ только в 15,4% случаев.

Таким образом, наиболее информативным критерием для прогнозирования размеров перифокального отека является распространенность изменений на картах перфузии *CBV*.

Вывод: КТ-перфузия является эффективным методом визуализации ушибов головного мозга в острой стадии черепно-мозговой травмы, позволяющим прогнозировать динамику перифокального отека контузионных очагов.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ БИВАЛИРУДИНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ВО ВРЕМЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Е.Д. Космачева, Н.В. Кижалтова, Е.В. Гордеева, Л.К. Круберг, Е.Д. Александрова, М.С. Дружок, Ф.Р. Ачмиз, В.А. Порханов

¹Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского
²Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России
Краснодар, РФ

Цель исследования: провести анализ осложнений и исходов заболевания у пациентов, поступивших в клинику с диагнозом острого коронарного синдрома (ОКС) на фоне лечения бивалирудином.

Методы. Проведены наблюдения в течение госпитального периода 121 пациента (101 мужчина и 20 женщин в возрасте 59±10 лет), поступившего в порядке скорой помощи в ЦГХ ККБ № 1 с диагнозом ОКС, подвергнутого чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластике (ЧТКА) и получившего бивалирудин во время ангиопластики.

Результаты. При поступлении 85 пациентам (70%) установлен диагноз ОКС с подъемом сегмента *ST*, 36 (30%) – ОКС без подъема сегмента *ST*.

Уровень кардиоспецифических ферментов (тропонин *T* и *I*) был повышен у 119 пациентов (99%). 11 пациентов (9%) ранее перенесли инфаркт миокарда, 36 (29%) – имели стенокардию напряжения в анамнезе, 6 – ранее перенесли ЧТКА, один – АКШ, 6 – ОНМК. Сахарным диабетом страдали 14 пациентов. Тяжесть острой сердечной недостаточности по классификации *Killip* соответствовала I классу у 105 пациентов, II – у 5, III – у 3, IV – у 6. 106 пациентов получили нагрузочную дозу клопидогреля (300 мг – 102 пациентов, 600 мг – 5 больных), 14 – тикагрелора, всем пациентам назначена нагрузочная доза аспирина. Всем пациентам была выполнена диагностическая коронароангиография, у 3 пациентов выявлено поражение ствола ЛКА, у 48 больных (40%) – однососудистое поражение, 37 (30%) – двухсосудистое, 33 (30%) – многососудистое поражение коронарного русла. Все больные были подвергнуты ЧТКА, 14 – баллонной ангиопластике, 87 – баллонной ангиопластике со стентированием (в том числе 2 – бифуркационному), 20 – прямому стентированию, сопровождавшемуся назначением бивалирудина в стандартных дозах. 52 больным были установлены металлические стенты, 51 – стенты с покрытием. Стентирование было успешным у 100 пациентов.

В дальнейшем дополнительно 18 больным был назначен нефракционированный гепарин, 22 – эноксапарин.

За время наблюдения тромбоз стента развился у 3 пациентов (2,4%), у одного (0,8%) – развилось кровотечение из ЖКТ, умерли 4 пациента (3,2%).

Выводы. На фоне назначенной многокомпонентной антиагрегантной и антикоагулянтной терапии, включающей бивалирудин, риск кровотечений оставался низким и не влиял на уровень летальности.

ПЯТИЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ЭКСТРЕННОМ СТЕНТИРОВАНИИ

В.А. Костенко, Е.А. Скородумова, Ю.П. Мажара, А.Н. Федоров
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Целью работы является изучение пятилетней выживаемости при экстренном стентировании одной инфаркт-ответственной артерии (ИОА) у больных с инфарктом миокарда (ИМ).

Изучены отдаленные результаты 49 пациентов ИМ (из них мужчин 27 (55,1%), женщин 22 (44,9%)) в возрасте от 42 до 78 (63,0±10,3) лет, поступивших в отделение интенсивной терапии в первые сутки заболевания. У 36 пациентов (73,5%) был первый ИМ, у 13 (26,5%) – повторный. В 33 случаях (67,4%) диагностирован ИМ с подъемом сегмента *ST*, в 16 (32,6%) – ИМ без подъема сегмента *ST*. У 40 пациентов (81,6%) был диагностирован QИМ, у 9 (18,4%) – ИМ без зубца Q. Число больных, поступивших в 0–3 часа от начала болевого синдрома, составило 15 пациентов (30,6%), в 4–6 часов – 18 (36,7%), в 7–12 часов – 12 (24,5%), в 13–24 часа – 4 (8,1%). У 8 пациентов (16,3%) имел место сахарный диабет, у 10 (20,4%) – креатинин превышал 115 мкмоль/л. В 9 случаях (18,4%) выявлено однососудистое поражение, в 23 (46,9%) – двухсосудистое, в 17 (34,7%) – многососудистое поражение коронарных артерий. Всем пациентам проведена экстренная коронароангиография и стентирование одной ИОА. Были использованы стенты без лекарственного покрытия *OMEGA Boston Scientific*.

К 5-му году наблюдения у 43 пациентов (87,8%) имела место стенокардия I-II функционального класса по Канадской классификации, у 6 (12,2%) – III функционального класса. У 41 (83,7%) больного отмечалась хроническая сердечная недостаточность (ХСН) до II функционального класса по Нью-Йоркской классификации, у 8 (16,3%) – III функционального класса. В течение 5 лет были госпитализированы 10 пациентов (три случая госпитализации не связаны с ИБС): в двух случаях (4%) наблюдался повторный ИМ, в 1 случае (2%) – острое нарушение мозгового кровообращения. В одном случае проведено повторное чрескожное коронарное вмешательство, у одного пациента выполнено аортокоронарное шунтирование (по 2%). Умерли 5 больных (10,2%), что, по нашим данным, ниже пост-госпитальной летальности после проведения системной тромболитической терапии препаратом Активлизе за первый год (11,1%), то есть пятилетняя выживаемость составила 89,8% (по Санкт-Петербургу, по данным Комитета здравоохранения, – 62%). В 1 случае (2%) причиной смерти был повторный ИМ, в 1 случае (2%) – острое нарушение мозгового кровообращения. В трех случаях причины неизвестны.

Выводы. Течение постинфарктного периода после экстренного стентирования одной ИОА характеризуется высокой пятилетней выживаемостью пациентов и низкой частотой развития повторного ИМ. Качество жизни таких больных было отчетливо более высоким, чем у пациентов, не подвергавшихся реперфузии, что подтверждает более низкой частотой случаев тяжелой стенокардии и хронической недостаточности кровообращения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «SIRS-КРИТЕРИЕВ» И МАРКЕРОВ РАННЕГО ВОСПАЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ВЫРАЖЕННОСТИ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ С ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

А.Н. Котляров

**Южно-Уральский медицинский университет МЗ РФ
Челябинск, РФ**

В исследование были включены 383 ребенка с гнойно-септическими хирургическими заболеваниями (острый гематогенный остеомиелит, осложнения острой деструкции легких, обширные поражения мягких тканей) на момент поступления в стационар до хирургической санации очага инфекции и в динамике заболевания. О развитии системной воспалительной реакции (СВР) судили по наличию «SIRS-критерия» и его клинико-лабораторных критериев. Оценку тяжести состояния проводили по шкале APACHE-II. Для объективной оценки функционального состояния органов и систем организма широко применяли лучевые, функциональные и эндоскопические методы исследования. Проводили оценку системы кровообращения и транспорта кислорода, осуществляли мониторинг центральной и периферической гемодинамики. Изучали количество лейкоцитов, структуру гемограммы, лимфоцитов методом проточной цитометрии (CD3+, CD3/CD4+, CD3/HLA-DR+, CD19+, CD3- CD16+, D56+, CD95+), Т-цитотоксические, NK-лимфоциты, моноциты (CD14+), моноциты (HLA-DR+), содержание сывороточных иммуноглобулинов, фагоцитарной активности гранулоцитов, мониторинг уровня прокальцитонина (PCT), лейкоцитарный индекс интоксикации, уровень среднелекулярных пептидов, комплемента, С-реактивного белка.

СВР без органной дисфункции диагностирована у 105 детей и СВР в сочетании с МОД – у 278. Наиболее часто сепсис развивался у детей до 3 лет (66,3%). Важной особенностью хирургического сепсиса с МОД являлась иммунологическая (87,3%), респираторная (86,5%), кардиоваскулярная (68,6%) и ЦНС (57,4%) дисфункции. Для более адекватной оценки тяжести течения инфекционного процесса при поступлении и в процессе лечения исследовали уровень прокальцитонина (PCT). По полученным данным уровень PCT до 2 нг/мл зарегистрирован у 105 поступивших пациентов, что свидетельствует скорее о течении локальных инфекционных процессов, чем генерализованных. Тем не менее, из общей группы у 22,8% пациентов (24) уровень PCT превышал порог в 2 нг/мл, составляя в среднем 3,1 (3,0–3,9) нг/мл, когда вероятность генерализации инфекции резко повышалась. Уровень PCT, превышающий порог в 5 нг/мл, зафиксирован у 203 больных (73%) с проявлениями МОД.

С целью выявления новых маркеров ранней диагностики сепсиса у больных с SIRS проведено СД-типирование клеток иммунной системы. При определении иммунологических маркеров сепсиса у этих больных выявлена абсолютная лимфопения, прогрессирующее снижение количества HLA-DR+ моноцитов, падение суммарного значения Т-клеток (Т-хелперы и Т-цитотоксические) относительно других лимфоцитов, повышенный апноз лимфоцитов (CD95+), высокий уровень иммуносупрессивной активности сывороточных факторов (С-реактивный белок). Наиболее значимые изменения происходили со стороны антигенпредставляющей функции моноцитов, выражающиеся снижением на них экспрессии HLA-DR-рецепторов. Это позволило нам выделить больных повышенного риска развития сепсиса. С учетом таких подходов нами разработан алгоритм прогноза развития сепсиса, этапы которого включают клиническую, лабораторную, иммунологическую диагностику и верификацию, что позволяет представить количественную характеристику выраженности СВР и дает возможность осуществлять его раннюю диагностику.

Выводы. Таким образом, разработанная нами структурированная диагностическая программа сепсиса с использованием скрининговой оценки больных с помощью «SIRS-критерия» и уровня его верификации на основании выявленных маркеров системного воспаления в условиях динамической оценки тяжести состояния позволяет на ранних этапах диагностировать развитие МОД и сепсиса и оценить эффективность проводимой терапии.

СТИМУЛЯЦИЯ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ С НЕСРАСТАЮЩИМИСЯ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ СПОСОБОМ ЛАЗЕРНОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ

**А.Н. Котляров, М.Д. Назарова, И.А. Абушкин,
Е.А. Неизвестных, Н.В. Носков, О.В. Стариков**

**Южно-Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ,
Челябинская областная детская клиническая больница
Челябинск, РФ**

Проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов лечения 64 больных за последние 10 лет, лечившихся в отделении ортопедии и травматологии. На основании этого была составлена группа риска больных с переломами, склонными к замедленной консолидации. Установлено, что развитие репаративного процесса от момента повреждения кости до завершения репарации и образования морфологически зрелой костной ткани между отломками зависит от условий, в которых он протекает. При анализе различных групп пациентов отмечено, что основными условиями благоприятного течения и исхода репаративного остеогенеза является точная репозиция, стабильная фиксация костных отломков и сохранность кровоснабжения зоны повреждения кости как на начальных стадиях, так и в процессе лечения.

Для установления диагноза и в процессе лечения использовались дополнительные методы исследования: ультрасонография с картированием кровотока, скитиграфия, рентгенография, томосинтез, КТ и МРТ. Всем детям проводилась оценка МПК (минеральной плотности кости) методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии и определением уровней маркеров резорбции костной ткани в крови и моче. При этом отмечено снижение МПК, нарушение консолидации и микроциркуляции в зоне повреждения как на начальных стадиях, так и в процессе лечения. При переломах с замедленной консолидацией в 36 случаях проводили лазерную остеоперфорацию (ЛОП) не меняя метод фиксации перелома, а у 18 больных произвели чрескостный остеосинтез и ЛОП.

Операция реваккуляризирующей лазерной остеоперфорации проведена с использованием аппарата высокоинтенсивного диодного лазера инфракрасного диапазона с длиной волны 920 нм и мощностью 15 Вт. У детей с остеопенией дополнительно проводили терапию микальциком.

Положительная динамика после ЛОП рентгенологически прослеживалась на 3–5-й неделе: межфрагментарная щель перелома заполнялась гомогенной тенью костного регенерата, определялась умеренная периостальная реакция, а затем – формирование непрерывности контуров регенерата на проксимальном и дистальном отломках и образовании костной мозоли.

Сроки сращения переломов с замедленной консолидацией зависели от анатомической характеристики кости, локализации перелома в сегменте, наличия и степени рубцовых изменений в мягких тканях и состояния кровообращения и иннервации в сегменте. Средние сроки консолидации таких переломов после ЛОП были в 1,8 раза меньше, чем сроки лечения их до ЛОП и не превышали среднестатистические сроки консолидации переломов костей данной локализации.

Таким образом, способ остеоперфорации высокоэнергетическим лазерным излучением инфракрасного диапазона у больных с несрастающимися переломами конечностей позволяет достигнуть консолидации, сократить срок лечения до 2,5 раз и добиться в 82% случаев хороших и удовлетворительных результатов. Применение лазерной остеоперфорации при лечении больных с длительно несрастающимися переломами трубчатых костей является высокоэффективным, малонавязанным способом стимуляции консолидации и, несомненно, является перспективным направлением в травматологии и ортопедии.

УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ КАК МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

А.Н. Котляров, И.А. Абушкин, Н.М. Ростовцев, А.В. Белякова

**Южно-Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ,
Челябинская областная детская клиническая больница
Челябинск, РФ**

За 10-летний период проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов лечения 402 больных с инвагинацией кишечника (ИК) в возрасте от 1 месяца до 14 лет. В первые 6 часов от начала заболевания поступили 50,27%, от 6 до 24 часов – 34,2%, от 24 – 48 часов – 10,3%, свыше двух суток – 5,2% больных. Для подтверждения ИК у 167 обследованных нами больных применено УЗИ брюшной полости. Использовали поперечное и продольное сканирование выявленной опухоли в брюшной полости. Поперечное сканирование при ИК имело характерную конфигурацию, получившее название симптом «мишени». В продольном сканировании имели характерную сонографическую картину, определяемую как «псевдопочка». При использовании датчиков с частотой 7,5 МГц, позволивших детально дифференцировать структуру инвагината, нами был выявлен, при продольном сканировании дистальной части головки инвагината, акустический симптом «двузубца». По внешнему виду этот симптом напоминает рентгенологический симптом «двузубца», визуализирующийся при кон-трастном исследовании воздухом толстого кишечника. Критерии диагностической достоверности ультразвукового метода исследования по выявлению ИК составили: чувствительность – 74,4%; специфичность – 97%; точность – 89,2%. У 16 пациентов (10,8%) межпелетельно вокруг инвагината или в нижних отделах брюшной полости была визуализирована свободная жидкость. Среднее время от начала заболевания до поступления в клинику у этих больных составило 34,2 часа. Только 6 пациентов (31%) этой группы были излечены консервативно. Таким образом, при визуализации в брюшной полости или между кольцами инвагината свободной жидкости эффективность консервативного лечения значительно снижается.

Для редукции инвагината нами у 313 больных использовалась пневматическая дезинвагинация. Контрольное УЗИ проводили через 2–5 часов. В ряде случаев заполненные воздухом петли кишечника не позволяли провести ультразвуковой осмотр. В связи с этим в последние годы у 26 пациентов применяли гидростатический метод дезинвагинации. Более продолжительный интервал между дезинвагинацией и контрольной ультрасонографией сводит на нет все преимущества динамической ультрасонографии, так как необходимо в короткие сроки скорректировать лечебную тактику. У 12 больных обнаружен инвагинат в брюшной полости, выявлено так называемое «ложное расправление». При выявлении инвагината производилось повторная попытка консервативного расправления, или переходили на оперативное лечение (лапароскопия, лапаротомия).

Мы сравнили результаты лечения 281 больного, пролеченного без использования данной методики, и 121 пациента после применения УЗИ для диагностики и контроля эффективности лечения. Увеличилось количество консервативно излеченных больных с 72,3 до 84,5% (p=0,542). Уменьшилось число «ложных» расправлений.

Результаты УЗИ позволяют объективизировать наличие инвагината, идентифицировать его структуру, выявить прямые и косвенные признаки окклюзионных форм, что является основой рационального предоперационного планирования.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

**О.В. Кочергаев, Л.В. Карпухина, В.И. Дразнин, Л.В. Рыжкова
Самарская городская клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко
Самара, РФ**

Тяжелые сочетанные черепно-мозговые травмы (ЧМТ) относятся к наиболее тяжелым повреждениям.

С целью проведения сравнительного анализа основная группа пострадавших была разделена на четыре подгруппы:

- 1-я подгруппа – 30 пациентов с легкой ЧМТ (сотрясение и ушиб головного мозга легкой степени тяжести) и легкими грудными повреждениями. Диагностические мероприятия не представляли особых затруднений;
- 2-я подгруппа – 81 больной с тяжелой травмой груди и легкой ЧМТ. Нарушение сознания чаще достигало степени оглушения (52%);
- 3-я подгруппа – 38 пострадавших с тяжелой травмой головы (ушиб головного мозга средней степени тяжести с открытыми переломами костей свода и основания черепа, незначительный ушиб со сдавлением головного мозга, тяжелый ушиб головного мозга с повреждением верхних отделов ствола), сочетающейся с легкими торакальными повреждениями. Нарушение сознания достигало уровня сопора и комы;
- 4-я подгруппа – 49 пациентов с тяжелой ЧМТ, сочетающейся с тяжелыми внемозжечковыми повреждениями. Это наиболее трудная для диагностики и лечения группа пострадавших, где процент летальных исходов составил 88,2%.

Показаниями к оперативному вмешательству черепно-мозгового сочетанной травмы служили классические признаки сдавления головного мозга (светлый промежуток, расширение зрачка на стороне гематомы, контрлатеральный паралич, локальные судороги). Такая симптоматика была у 14 пострадавших с сочетанной травмой груди и головы.

Оперативные вмешательства на голове относились к категории срочных. Их выполняли после завершения неотложных и срочных мероприятий на груди. Такая тактика определялась развитием жизнеугрожающих последствий травмы. Если не выполнить такие операции, как дренирование плевральных полостей (37 больных), остановку внутрилплеврального кровотечения (2), устранить тампонаду сердца (1), то пострадавший погибнет в ближайшее время. Отсрочка в проведении операций на голове (8 пациентов) не ведет к развитию таких осложнений.

При тяжелой травме головы оперативные вмешательства на груди должны быть максимально ограничены.

При тяжелой травме головы и груди выполняли только мероприятия по неотложным показаниям (49 пострадавших). Если состояние больных стабилизировалось, проводили срочные вмешательства на груди, а затем на голове.

Следует отметить результаты сравнительного анализа частоты лечебно-тактических ошибок. В контрольном массиве, где отсутствовало деление пострадавших на подгруппы, их частота составила 33,2%. В основной группе в результате разделения пациентов на подгруппы и разработанной хирургической тактики аналогичный показатель уменьшился до 14,1%.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР

О.В. Кочергаев, Л.В. Карпучина, В.И. Дразнин, Р.И. Богданов

Самарская городская клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко

С а м а р а , Р Ф

Результаты лечения пострадавших с сочетанной травмой груди во многом зависят от полноценного обезболивания. Для снятия боли у пациентов с множественными переломами ребер, клиническое течение которых осложнялось прогрессирующей дыхательной недостаточностью, целесообразно применять различные виды блокад.

Способ длительной ретроплевральной блокады в основной группе был применен у 71 пострадавшего (24,3%) с сочетанной травмой груди. Осложнений, связанных с ее выполнением, не наблюдали.

Катетеризацию ретроплеврального пространства осуществляли в области углов ребер на уровне III–IV грудного позвонка по верхнему краю нижележащего ребра в положении пострадавшего сидя или лежа на здоровом боку. Ретроплевральную клетчатку пунктировали иглой для эпидуральной пункции, по ней проводили эпидуральный катетер в дистальном направлении на глубину 5,0–7,0 см, располагая его между париетальной плеврой и внутригрудной фасцией.

С учетом силы и продолжительности действия, минимальной токсичности анальгетиком выбора для длительной ретроплевральной блокады считали лидокаин, который и вводили через катетер каждые 3 ч по 15,0 мл 1,0% раствора. Каждые 6 ч с раствором местного анальгетика вводили по 100,0 мкг фентанила.

Для оценки эффективности ретроплевральной блокады и блокады межреберных нервов по паравerteбральной линии проведен сравнительный анализ двух групп пациентов. Первую составили 25 пострадавших с множественными односторонними переломами ребер, которым выполняли межреберную блокаду по паравerteбральной линии. Пациентам второй группы (27 человек) проводили длительную ретроплевральную блокаду. В качестве анестетика использовали 1,0% раствор лидокаина в стандартной дозировке (таблица).

Таблица
Показатели атмосферно-легочного газообмена и гемодинамики у пострадавших с множественными переломами ребер

Показатели	Вид выполненной блокады			
	до блокады		после блокады	
	МБ	ДРБ	МБ	ДРБ
1. Пульс, уд./мин	119,3±12,2	120,2±11,7	115,2±11,7	99,2±9,7*
2. РаО ₂ , мм рт.ст.	76,5±3,1	75,7±4,7	76,2±3,7	83,2±5,2*
3. SpO ₂ , %	88,2±8,7	88,4±7,2	90,3±6,4	98,1±0,9*
4. УИ, л/мин/м ²	33,2±4,7	33,8±4,1	34,4±3,9	36,3±3,7
5. СИ, мл·м ²	2,9±1,8	2,8±2,2	3,0±2,1	3,5±1,6*

* Статистически достоверное различие между группами (P<0,05).

Примечание: ДРБ – длительная ретроплевральная блокада; МБ – межреберная блокада по паравerteбральной линии.

Как показали результаты проведенного исследования, ретроплевральная блокада эффективнее улучшает показатели атмосферно-легочного газообмена и гемодинамики по сравнению с межреберной блокадой.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЛУБОКИХ РАНЕНИЙ ШЕИ

О.В. Кочергаев, Л.В. Карпучина, А.А. Копалин, В.И. Дразнин, В.А. Котыкин

Самарская городская клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко

С а м а р а , Р Ф

Ранения шеи относятся к числу наиболее опасных для жизни пациентов и трудных для диагностики и лечения. Летальность при ранениях шеи колеблется от 25 до 30% (Е.Г. Григорьев и соавт., 2003; А. Hirschberg, 1997).

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения пострадавших с тяжелыми ранениями шеи и систематизация диагностических и тактических действий при данном виде повреждений.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 52 пострадавших в период с 2004 по 2012 гг. Возраст пациентов от 16 до 54 лет. Одиночная рана шеи имела место у 75% больных, множественные раны – у 25%. У 21% пострадавших кроме ранений шеи отмечали ранения других локализаций.

В проводимом исследовании преимущественно рассматривались глубокие ранения. Они составили 89%. Поверхностные ранения составили 11%.

Результаты лечения. Исход хирургического лечения ранений шеи зависит от быстрой и точной диагностики характера ранения. Наиболее распространенным заблуждением является излишне спокойное отношение к колотым ранениям шеи без признаков профузного кровотечения у больных со стабильной гемодинамикой. В отличие от внешне опасного вида поверхностных обширных резаных ран с наружным кровотечением отсутствие внешних признаков опасного для жизни ранения в ряде случаев послужило основанием для полного отказа от предоперационного обследования, еще у 5 – от хирургической обработки ран.

Диагностика и лечение поврежденных магистральных сосудов шеи – одна из сложных и актуальных проблем современной хирургии. При этом от 10 до 33% всех ранений шеи сопровождаются повреждением магистральных сосудов (В.Л. Леменов и соавт., 2002). Данный вид повреждений отмечался нами у 18 пациентов. Уровень летальности оперированных пациентов, по данным разных авторов, колеблется от 10 до 30% (М.М. Абакумов, 1998).

При определении локализации поврежденных сосудов использовали предложенное D. Demetriades деление шеи на три зоны (D. Demetriades et al., 1996).

В своей работе авторы руководствовались рекомендациями НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (2005). В преобладающем большинстве целостность сосуда восстанавливалась наложением травматичного циркулярного (по Каррелю) или продольного сосудистых швов. В 5 случаях при значительном дефекте сосуда выполнено швине венозного аутоотрансплантата. Следует отметить, что период полного прекращения кровотечения по сонным артериям не должен превышать 20 мин (J. Mauch et al., 2000).

Восстановление магистрального кровотока осуществляется с периферического конца. Все манипуляции сопровождаются введением антикоагулянтов по схеме.

Завершаются оперативные вмешательства дренированием клетчаточных пространств шеи. В послеоперационном периоде необходимо оценить неврологический статус пострадавшего, провести доплеровское картирование.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА ПО ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОМУ ТРАВМАТИЗМУ

О.В. Кочергаев, Л.В. Карпучина, А.А. Копалин, Ю.В. Юрченко, В.А. Котыкин

Самарская городская клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко

С а м а р а , Р Ф

Конец XX в. и последующие годы характеризуются «эпидемией» травматизма, в частности дорожно-транспортного. От ДТП в мире ежегодно гибнут около 1 200 000 человек, а телесные повреждения получают до 50 000 000 (ВОЗ, 2010).

Актуальность:

– экономический ущерб от ДТП в России достиг 5% от валового национального продукта (Б.П. Кудрявцев и соавт., 2009);

– вследствие ДТП Россия ежегодно теряет до 170 000 000 000 руб. (С.Ф. Багненко, 2011);

– 23% всех летальных исходов от травм (С.Ф. Багненко, 2011).

Цель исследования: улучшить результаты лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой на основании проведения комплекса мероприятий медицинского и социального характера (в рамках реализации национального проекта).

Результаты работы. На основании постановления правительства РФ был принят Закон Минздравсоцразвития РФ № 991-н от 15 декабря 2009 г. В соответствии с ним по всей территории России были организованы травмоцентры трех уровней.

Реализация программы национального проекта началась 1 января 2011 г. За отчетный период (2012) в стационар поступил 431 пострадавший с тяжелой травмой, сопровождающейся шоком. Из них 91 (21,1%) – доставлен с трассы М-5. Следует отметить, что основную массу (89%) пациентов доставляли на машинах скорой помощи, а 11% – попутным транспортом с места инцидента. Среднее время доставки составило 42 мин.

Необходимо подчеркнуть, что 43,8% пострадавших поступали в стационар в первой половине суток (от 0 до 12 ч), а 56,2% – во второй половине суток (от 12 до 24 ч). Практически половина больных (33,5%) доставлены в противошоковую операционную в промежутке от 18 до 24 ч, при этом в течение недели наблюдалось практически равномерное поступление пострадавших с шокогенными травмами с некоторым преобладанием числа поступивших в пятницу и субботу. В реанимационном пособии нуждались 77% пациентов с шокогенной травмой.

При сравнении результатов стационарного лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в травмоцентре и больницах, не имеющих данного подразделения, оказалось, что летальность в травмоцентре составила 3,71%, в то время как в других стационарах – 12,5%.

Таким образом, первые итоги реализации национального проекта по ДТП позволяют оценить их положительно.

Вместе с тем на этом пути существует еще много проблем как социального, так и медицинского характера.

ВОПРОСЫ ЛУЧЕВОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В НЕОТЛОЖНОЙ ПУЛЬМОНОЛОГИИ

И.В. Кренина¹, С.В. Немирова², Л.Л. Зельди³, Ю.В. Кулзнева³, М.А. Красных³

¹Региональный диагностический центр,

²Нижегородская государственная медицинская академия,

³Городская клиническая больница № 68

Н и ж н и й Н о в г о р о д , М о с к в а , Р Ф

Показатели смертности во многом зависят от оказания высококвалифицированной помощи в первые часы после возникновения неотложного состояния. Точная и своевременная лучевая диагностика является основой для постановки правильного клинического диагноза и выбора тактики лечения.

С развитием методов лучевой диагностики, широким аппаратным обеспечением диагностического процесса уже на уровне приемного покоя больницы и совершенствованием диагностической аппаратуры в процессе оказания неотложной помощи существенно возрастает роль врача рентгенолога, при этом разнообразие рентгенологической картины при заболеваниях и повреждениях органов грудной клетки (ОГК), тяжелое состояние пациентов требуют от специалиста лучевой диагностики высокого уровня профессиональной компетентности и быстрого принятия диагностического решения.

Проведен ретроспективный анализ обследования 511 пациентов, поступавших в медицинские учреждения общего профиля для оказания неотложной помощи при заболеваниях и повреждениях ОГК с 2009 по 2013 г. Возраст больных – от 14 до 89 лет.

Целью исследования было определение оптимальных и достоверных методов дифференциальной лучевой диагностики, разработка алгоритма действий врача-рентгенолога и создание протоколов обследования пациентов в зависимости от механизма повреждения грудной клетки, особенностей его заболевания и клинического состояния пациента.

Всем больным была проведена рентгенография грудной клетки, в 9 случаях выполнена цифровая флюорография, у 42 пациентов проведена продольная томография. Рентгеноскопическое исследование выполнено в 29 случаях, при этом у 2 пациентов рентгеноскопию выполняли дважды. СКТ и МСКТ грудной клетки, в том числе и с болюсным контрастным усилением, выполнены у 408 пациентов. В 188 случаях у пациентов с подозрением на тромбоз/эмболию легочной артерии выполнена КТ-ангиопульмонография. В комплекс об-следования 108 пациентам было включено УЗ-исследование легких и плевры, у 34 человек выполнена МР-томография.

В ряд дифференциально-диагностических задач входили:

– диагностика повреждений органов грудной клетки (выявление повреждений костных структур, паренхимы легкого, визуализация пневмо- и гемоторакса, пневмоперикарда, плеврита и т.п.)

– выявление повреждений грудной аорты, трахеи, бронхов, диафрагмы.

– дифференциальная диагностика острого респираторного дистресс-синдрома, тромбоэмболии легочной артерии, острых воспалительных заболеваний легких

Результаты. МСКТ занимает важнейшее место в алгоритме неотложной диагностики у пациентов с повреждениями и заболеваниями грудной клетки. Своевременное и «правильное» применение этого метода, использование рациональных протоколов исследования позволяет в самые краткие сроки по-ставить пациенту правильный диагноз, что, несомненно, имеет жизненно важное значение и оказывает существенное влияние на исход заболевания. При этом необоснованный отказ от использования классических методик рентгено-логического обследования пациентов в некоторых случаях ведет к увеличению времени обследования, повышению риска возникновения осложнений и гибели пациента. УЗ-исследование легких и МР-томография в неотложной диагностике заболеваний и повреждений ОГК являются методами выбора и нуждаются в дальнейшей оценке их роли и разработке диагностических алгоритмов.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ТАЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

И.В. Крульяхин, А.В. Бондаренко

Городская больница № 1
Барнаул, РФ

Введение. Наиболее часто повреждения таза встречаются при политравме (ПТ). В КГБУЗ «Городская больница № 1, Барнаул» с 2000 по 2011 г. пролечены 7 985 пациентов с ПТ, из них у 1 792 (22,4%) были повреждения таза. В этот же период с изолированными повреждениями таза лечили 468 больных, что составило 20,7% от общего числа пациентов с травмой таза (2 260). Это подчеркивает важность проблемы тазовых повреждений при ПТ.

Для предупреждения фатальных осложнений пострадавшие с ПТ как можно раньше должны быть активизированы. Известно, что результаты лечения ПТ напрямую зависят от мобильности пациентов, их возможности самостоятельно передвигаться. Для обеспечения этого в первую очередь необходим стабильный остеосинтез тазового кольца.

Цель исследования – определить частоту и особенности лечения повреждений таза при политравме.

Материал и методы. Из 1 792 пострадавших мужчин было 977 (54,5%), женщин – 815 (45,5%). Возраст колебался от 1 года до 92 лет. Медиана равнялась 40 годам, интерквартильный размах от 25 до 51 года. Средний возраст мужчин – 38 лет, женщин – 42 года. Увеличение среднего возраста у женщин связано с большим числом пострадавших от наездов на пешеходов.

Неработающих лиц трудоспособного возраста – 558 (31,1%), учащихся, студентов и пенсионеров – 600 (33,5%), пациентов рабочих профессий – 334 (18,6%), служащих – 287 (16%), дошкольников – 13 (0,7%). Причинами ПТ чаще всего служили транспортные происшествия – 1 213 (67,7%) случаев, падения с высоты – 385 (21,5%), сдавления таза тяжелыми предметами – 1 17 (6,5%), прочие – 77 (4,3%). Сочетанная травма отмечена у 1 411 (78,7%), множественные повреждения – у 177 (9,9%), комбинированные – у 10 (0,6%).

Согласно шкале ISS, тяжесть ПТ менее 17 баллов констатирована у 374 пострадавших (20,9%), от 17 до 25 баллов – у 581 (32,4%), от 26 до 40 баллов – у 399 (22,3%), свыше 40 – у 438 (24,4%). В большинстве случаев преобладала тяжелая ПТ.

Повреждения тазового кольца (сегмент 61 по АО/ASIF) отмечены у 1 512 пациентов (84,3%). Переломы вертлужной впадины (сегмент 62) – у 280 (15,6%). Повреждения тазового кольца, ассоциированные с переломами вертлужной впадины (сегменты 61 и 62) – у 44 (2,5%). Всего нестабильные повреждения тазового кольца (61-В и 61-С) отмечены у 718 (47,5%), из них, открытые – у 118 (7,8%).

При диагностике повреждений использовали стандартную рентгенограмму (АР) таза, а также входа (*inlet*) и выхода (*outlet*) из малого таза. При переломах вертлужной впадины использовали косые подвоздушной и запирающей проекции тазобедренного сустава. В последнее время при всех повреждениях таза выполняли компьютерную томографию с 3D-реконструкцией.

Результаты и обсуждение. Консервативно, в положении по Волковичу прошли лечение 1182 пациента (66%), у большинства из них отмечены стабильные повреждения тазового кольца. При нестабильных переломах у 178 человек (9,9%) использовали чрескостный остеосинтез аппаратами наружной фиксации (АНФ), у 365 (20,4%) – внутренний, у 67 (3,7%) – комбинированный. Последний часто использовали в случаях, если масса тела пострадавшего превышала 80 кг, а рост 180 см.

При переломах вертлужной впадины скелетное вытяжение использовали у 92 (32,8%), остеосинтез АНФ – у 24 (8,6%). При значительных смещениях у 73 пациентов (26,1%) применяли закрытую репозицию с чрескостным введением канюлированных винтов, у 91 (32,5%) – открытую репозицию с последующим погружением остеосинтезом винтами и пластинами.

Средние сроки пребывания в стационаре при повреждениях таза равнялись 32 сут. Умерли 316 пациентов, госпитальная летальность составила 17,6%.

**ДЕКОМПРЕССИВНАЯ КРАНИОТОМИЯ
В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ПЕРИОДА РАЗРЫВА АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

В.В. Крылов, В.Г. Дашьян, А.А. Айрапетян

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского,
Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова
Москва, РФ

При осложненном течении разрыва артериальной аневризмы (АА) головного мозга справиться медикаментозными средствами с нередко развивающимся гипертензионно-дислокационным синдромом удается не всегда. У ряда больных последним средством борьбы с внутричерепной гипертензией (ВЧГ) становится декомпрессивная краниотомия (ДКТ).

Цель исследования. Оценить результаты применения ДКТ при хирургическом лечении больных с разрывом АА головного мозга в зависимости от сроков ее выполнения.

Материал и методы. С 01.01.2010 г. по 31.12.2011 г. в отделении нейрохирургии НИИ СП в остром периоде оперирован 271 пациент. Проведен анализ результатов хирургического лечения 60 больных (22,2%), у которых течение заболевания сопровождалось развитием гипертензионно-дислокационного синдрома и требовало, кроме клипирования АА, производить мониторингирование внутричерепного давления (ВЧД) или ДКТ. У 16 больных (26,7%) отметили снижение бодрствования до оглушения – сопора (Hunt-Hess III–IV). Из 60 больных у 39 пациентов (65%) выражена субарахноидальная кровоизлияния по шкале Fisher соответствовала 3–4-й степени. У 15 пациентов (25%) выявлена внутримозговая гематома (ВМГ), у 23 больных (38,3%) – внутримозжечковое кровоизлияние (ВЖК), у 6 больных (10%) – ишемия мозга вследствие ангиоспазма (АС). В связи с развитием ВЧГ и неэффективностью консервативной терапии ДКТ производили как при первичном вмешательстве, так и вторым-третьим этапом лечения, в том числе и после установки датчика ВЧД. Показанием к ДКТ являлась стойкая ВЧГ (по данным интраоперационного мониторингирования ВЧД) и(или) интраоперационный отек мозга. Пациенты разделены на 4 группы. 1-я группа – 8 больных, которым при первичном хирургическом вмешательстве на АА сразу выполнена ДКТ. 2-я группа – 16 больных, которым при первой операции клипирования АА был установлен датчик ВЧД, но ДКТ не проводили. 3-я группа – 14 больных, которым при первой операции выполнили костно-пластическую краниотомию (КПКТ) без установки датчика ВЧД, однако вторым этапом лечения выполнили ДКТ. 4-я группа – 21 больной, которому первым этапом выполнили КПКТ, клипирование АА, а вторым этапом (после ухудшения состояния) установили датчик ВЧД.

Результаты и обсуждение. Послеоперационная летальность у больных 1-й группы составила 3 из 8 больных. Во 2-й группе 6 больных в последующем выполнили ДКТ как вторую операцию – летальность у этих больных составила 100%. Из 14 больных 3-й группы смертельные исходы отмечены у 11. В 4-й группе у 9 больных ДКТ выполнена как третья операция, смертельные исходы – у 7 больных.

Мониторирование ВЧД при хирургическом лечении АА, сопровождающихся субарахноидально-паренхиматозно-вентрикулярным кровоизлиянием, помогает корректировать интенсивную терапию и при развитии неконтролируемой ВЧГ принимать решение о необходимости ДКТ. В ряде случаев запоздалая установка датчика ВЧД и выполнение ДКТ не позволяют добиться регресса гипертензионно-дислокационного синдрома и ишемии мозга, что приводит к смертельному исходу. Дальнейший анализ ведения больных с ВЧГ вследствие массивного субарахноидального кровоизлияния (3–4-я степень по шкале Fisher), ВМГ, ВЖК, ишемии мозга, вероятно, потребует пересмотреть сроки и показания к проведению ДКТ, а также выявить факторы, позволяющие прогнозировать неблагоприятное течение заболевания.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГАЗОВОГО СОСТАВА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ

В.В. Крылов, Е.И. Алещенко, М.В. Ромасенко, О.А. Левина, С.С. Петриков

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

Актуальность. Вопрос о влиянии гипербарической оксигенации (ГБО), проводимой в условиях искусственной вентиляции легких (ИВЛ), на газовый состав артериальной крови у больных с внутричерепными кровоизлияниями (ВЧК), является малоизученным.

Цель исследования. Оценить влияние ГБО, проводимой в условиях ИВЛ, на газовый состав артериальной крови у больных с ВЧК.

Материал и методы. Провели анализ динамики напряжения кислорода в артериальной крови (РаО₂), напряжения углекислоты в артериальной крови (РаСО₂) и отношения РаО₂/FIO₂ во время 113 сеансов ГБО у 43 больных с ВЧК с угнетением уровня бодрствования до 10 баллов и менее по Шкале Комы Глазго. У 14 пострадавших причиной ВЧК была тяжелая черепно-мозговая травма, у 25 – разрыв артериальной аневризмы головного мозга, у 2 – разрыв артериовенозной мальформации, у 2 – гипертензивные гематомы. Все больные были оперированы. ГБО начинали в 1–3-е сут послеоперационного периода. Во время ГБО ИВЛ осуществляли аппаратом «Sechrist-500» (США). Газовый состав артериальной крови исследовали перед началом и после сеанса ГБО. Провели сравнительный анализ динамики газового состава артериальной крови и отношения РаО₂/FIO₂ у больных с нормальной функцией легких (РаО₂/FIO₂ ≥ 300) (n=56) и у пациентов с нарушенным легочным газообменом (РаО₂/FIO₂ < 300) (n=57).

Результаты. Проведение ГБО сопровождалось достоверным увеличением с 178±44 до 195±55 мм рт.ст. (на 19,2 (9,2; 30,8%)) (p<0,05), РаСО₂ – с 34±6,6 до 35,3±7 мм рт.ст. (на 3,8 (-1,2; 6,9%)) (p<0,05) и отношения РаО₂/FIO₂ – с 297±74 до 325±90 (на 9,8 (2,1; 16,4%)) (p<0,05). У больных с нарушенным легочным газообменом проведение ГБО сопровождалось нарастанием РаО₂ с 143±26 мм рт.ст. до 170±43,4 мм рт.ст. (на 21,2 (9,8; 31,4%)) (p<0,05) и увеличением РаО₂/FIO₂ с 238,5±43,5 до 283±72,4 (на 19,8 (3,3; 30%)) (p<0,05). РаСО₂ не изменялось: 35,7±2 мм рт.ст. до и 35,3±7 мм рт.ст. после сеанса ГБО. У больных с исходно нормальной функцией легких показатели газового состава артериальной крови также улучшались, но достоверным было только увеличение РаСО₂ с 33,2±5,7 мм рт.ст. до 35,4±7 мм рт.ст. (p<0,05). РаО₂ перед ГБО было 213,6±27,6 мм рт.ст., после сеанса – 220,4±53,7 мм рт.ст., отношение РаО₂/FIO₂: до ГБО – 356±45,8, после – 368,5±86,5.

Вывод. Проведение ГБО в условиях ИВЛ сопровождается значимым улучшением оксигенации артериальной крови. Данный эффект особенно выражен у больных с исходно нарушенным легочным газообменом.

ЛЕЧЕНИЕ МОЛНИЕОСНОЙ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ У ДЕТЕЙ

А.П. Кудин¹, А.А. Астапов¹, А.А. Ключарева², Д.А. Фурманчук², М.Д. Очеретный³, В.В. Комир³, С.У. Реут³

¹Белорусский государственный медицинский университет,
²Белорусская медицинская академия последипломного образования,
³Городская детская инфекционная клиническая больница
Минск, Республика Беларусь

Целью нашего исследования было сравнить эффективность современной терапии детей с молниеносными формами менингококцемии (ММЕ) в настоящее время и 10–20 лет назад.

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 49 детей с ММЕ, проходивших лечение в Городской детской инфекционной клинической больнице Минска в 1993–2011 гг. За указанный период времени погибли 30 детей (1-я группа) и выжили 19 (2-я группа). Возраст детей колебался от 1 мес до 17 лет.

Прогностически неблагоприятными признаками ММЕ оказались мужской пол, возраст менее 2 лет, тимомегалия, а также (таблица) лейкопения либо нормоцитоз, нормальное или сниженное количество нейтрофилов, тромбоцитопения менее 100·10⁹/л, увеличение АЧТВ, фибриноген А менее 2,5 г/л, снижение ПТИ менее 0,6.

Таблица
Сравнение лабораторных показателей умерших и выживших пациентов

Показатели	Умершие	Выжившие
Тромбоциты при поступлении, ·10 ⁹ /л	67,1 (ДИ 44,7–89,4)	137,1* (ДИ** 98,0–176,1)
Тромбоциты на 2-е сут, ·10 ⁹ /л	–	95,7 (62,1–129,2)
Лейкоциты при поступлении, ·10 ⁹ /л	6,9 (4,6–9,2)	11,3* (7,6–15,1)
Молодые нейтрофилы, %	14,8 (10,2–19,3)	24,6* (19,1–30,2)
Все нейтрофилы, %	32,8 (25,4–40,3)	64,7* (55,6–73,9)
СРБ при поступлении, мг/л	37,7 (17,4–57,9)	97,4* (70,4–124,3)
Фибриноген при поступлении, г/л	1,1 (0,4–1,9)	3,3* (2,5–4,1)
АЧТВ при поступлении, с	70,8 (33,7–108,0)	35,8* (30,1–41,5)
ПТИ при поступлении, у.е.	0,5 (0,4–0,6)	0,61 (0,54–0,69)

* Достоверное отличие показателя в сравниваемых группах (p<0,05).

** ДИ – доверительный интервал (вероятность – 95%).

Снижения летальности от ММЕ (с 95 до 37,9%) в последние 8 лет удалось добиться за счет:

1. Более ранней диагностики и быстрой транспортировки в стационар. ГКС были назначены у 29,6% детей 1-й группы и у 50% – 2-й группы, антибиотики – у 29,6% и 38,5% соответственно. Однако применение антибиотиков и ГКС на догоспитальном этапе в группе выживших и впоследствии умерших пациентов достоверно не влияло на прогноз заболевания: отношение шансов составило 1,48 (ДИ 0,37–5,96; 95%) и 2,38 (ДИ 0,63–9,02; 95%) соответственно. (Возможно, на результат повлияли небольшое количество наблюдений, разные схемы и сроки оказания помощи.)

2. Активной терапии в стационаре, которая включает болюсное введение больших объемов жидкости (до 60–80, а иногда до 100–120 мл/кг/ч) в качестве противошокового лечения, адекватную респираторную поддержку с ранним использованием ИВЛ, применение кардиотоников и вазопресорных препаратов (дофамин, адреналин, норэпинефрин), умеренные дозы ГКС (1–10 мг/кг/сут по преднизолону), адекватную антибактериальную терапию самой менингококковой инфекции (цефтриаксон 100 мг/кг/сут) и вторичного бактериального сепсиса (обычно развивался на 4–6-е сут лечения), достаточное субстратно-энергетическое обеспечение и необходимую метаболическую коррекцию, коррекцию гемостаза, при необходимости – почечно-заместительную терапию (перитонеальный или гемодиализ).

**ПРИМЕНЕНИЕ СЦИНТИГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ
РЯДА ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ**

*Н.Е. Кудряшова, А.С. Ермолов, Е.В. Мизунова, О.Г. Синякова, О.Л. Евдокимова,
Л.В. Моисеева, О.А. Чернышева*

**НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Радионуклидный метод имеет высокую чувствительность в ранней диагностике функционально-структурных нарушений при ряде острых заболеваний и травм. Его отличают простота выполнения, небольшая лучевая нагрузка на пациента, получение количественных параметров функции, отсутствие каких-либо побочных реакций. Объективность полученной информации дает возможность применять сцинтиграфию до назначения других, более инвазивных диагностических методов.

В НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского проводят более 6000 радионуклидных исследований в год, из которых 25–30% составляют экстренные исследования.

При остром холецистите, подозрении на механическую желтуху, а также травме печени и желчных протоков выполняют гепатобилисцинтиграфию с ^{99m}Tc-бромезидой как скрининговый метод оценки желчевыделительной функции печени и транспортной функции желчных протоков. Отсутствие нарушений желчеотока позволяет выполнить экстренную холецистэктомии без применения дополнительных диагностических методов, а при наличии сцинтиграфических признаков нарушений транспорта желчи по гепатикохоледоху возникает необходимость применения МР-холангиографии или более инвазивных методов прямого рентгеновского контрастирования (ЗРХПГ).

В алгоритм обследования больных с тонкокишечной непроходимостью включен радионуклидный метод оценки пассажа по кишечнику, имеющий наибольшее значение при спаечной болезни, при тонкокишечной непроходимости на фоне послеоперационных грыж, а также для дифференциальной диагностики послеоперационного пареза кишечника и ранней спаечной тонкокишечной непроходимости.

При подозрении на ТЭЛА выполняют перфузионную сцинтиграфию легких с ^{99m}Tc-макротехом в комплексе с рентгенографией и УЗИ вен. Быстрота и простота выполнения методики дает возможность своевременно применить и оценить эффективность тромболитической терапии.

В неотложной ангиографии у больных с критической ишемией на фоне атеросклеротического поражения магистральных артерий конечностей и ранением сосудов выполняют трехфазную сцинтиграфию конечностей для оценки степени ишемии тканей, выявления зон асептического мышечного некроза и нежизнеспособных сегментов, что помогает в решении вопроса о лечебной тактике.

Динамическую сцинтиграфию почек с ^{99m}Tc-пентахемом используют для дифференциальной диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и острых урологических заболеваний. Обтурационный или афункциональный тип ренограммы требует безотлагательного проведения лечебных мероприятий в условиях урологической клиники.

Таким образом, сцинтиграфия решает конкретные задачи и предоставляет важную информацию о степени функционально-структурных нарушений органов при ряде острых заболеваний и травм, помогая принять правильное решение в определении лечебной тактики.

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ**

Е.В. Кусниц, Н.М. Шулаева, Н.В. Островский, И.Б. Белянина

**Городская клиническая больница № 7
Саратов, Россия**

При выборе тактики лечения больных с тяжелой термической травмой необходимо учитывать степень соответствия адекватности общей реакции организма на тяжесть ожоговой травмы, влияние лекарственных препаратов и инфузионных сред на звенья патогенеза развития синдрома эндогенной интоксикации, системного воспаления, полиорганной дисфункции и недостаточности. Наличие резервных функций у естественных систем элиминации позволяет эффективно использовать консервативные методы детоксикации. К этим системам относятся печень и почки. Срыв в функционировании именно этих органов является началом манифестации эндотоксемии с развитием мультиорганной дисфункции. Отсутствие же резервных функций указывает на необходимость применения эфферентных методов.

Учитывая механизмы формирования эндогенной интоксикации и звеньев патогенеза органной дисфункции при тяжелой термической травме, решение этой задачи можно достичь путем раннего начала антигипоксической, антиоксидантной, цитопротекторной терапии, а также использованием инфузионных препаратов, способствующих быстрому восстановлению микроциркуляции. Дефицит интерстициальной жидкости, сопряженный с гиповолемией, целесообразнее устранять переливанием кристаллоидных растворов. Отмечены его положительное влияние на диаметр капилляров и увеличение их функциональной плотности, уменьшение капиллярной утечки, предупреждение липополисахаридиндуцированной адгезии лейкоцитов и, следовательно, уменьшение выраженности системного воспалительного ответа. Они не вызывают коагулопатии в отличие от декстрана, при использовании которого особенно высок риск ее развития.

Следующим направлением в терапии эндотоксикоза и поддержании естественных детоксикационных процессов является применение препаратов целенаправленного действия для проведения сопроводительной терапии, так называемых «гепатопротекторов», к которым можно отнести «Гептрал» (адemetионин) и комплексный сбалансированный инфузионный раствор «Ремаксол», в состав которого входят янтарная кислота и метионин. Адemetионин является естественным метаболитом, содержится во всех средах организма и играет ключевую роль во всех метаболических процессах. В печени он выступает в качестве необходимого структурного элемента в трех важных биохимических процессах: трансметилировании, транссульфировании и аминопропилировании. К числу наиболее важных реакций адemetионинзависимого трансметилирования относится синтез белков, гормонов, нуклеиновых кислот, фосфолипидов, нейромедиаторов.

Воспаление энергетических и белковых потерь при синдроме гиперметаболического катаболизма без проведения качественного и сбалансированного энтерального и парентерального питания невозможно. В большинстве случаев предпочтение всегда отдается энтеральному питанию через зонд или методом сипинга, если позволяет состояние больного. Однако без восстановления и поддержания белоксинтезирующей функции печени проведение лечебного питания является по меньшей мере бессмысленным. Поэтому именно цитопroteкцию можно считать основой неспецифической терапии по поддержанию адаптационных и купированию дезадаптационных реакций, формируемых организмом при получении тяжелой термической травмы.

ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

М.С. Кунафин, С.Н. Хунафин, Ю.В. Петров, А.Ф. Власов, А.Ш. Загреддинов
**Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ,
Городская клиническая больница № 18**

Уфа, Республика Башкортостан, РФ

Проблема лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) продолжает оставаться актуальной. Распространенность язвенной болезни в РФ и большинстве стран СНГ не имеет тенденции к снижению и составляет 1,7–5%, а заболеваемость – 1,6–6,5‰, что связано с сохраняющимся высоким социальным напряжением в обществе (Н.А. Майстренко, 2003).

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и лечения больных с ЯГДК.

Материал и методы. В работе использованы результаты обследования и лечения 353 пациентов с кровотечением из хронических язв желудка и 12-перстной кишки, которые находились на лечении в 2004–2009 гг. в ГКБ № 18 Уфы. Мужчин было 261 (73,9%), женщин – 92 (26,1%). Средний возраст больных мужчин составил 48,0±0,67 года (от 18 до 85 лет), женщин – 58,3±1,0 года (от 17 до 93 лет). Больных старше 60 лет было 108 (30,8%). В первые 6 ч кровотечения поступили 18,2% пациентов, 12 ч – 17,8%, 24 ч – 29,1% и позже 24 ч – 34,9%, т.е. большинство больных были доставлены позже 24 ч на фоне развившихся гемодинамических расстройств. Хроническая язва желудка была источником кровотечения в 36,9% случаев, язва 12-перстной кишки – в 59,4%. Кровотечение из сочетанных хронических язв желудка и 12-перстной кишки отмечено в 3,7% наблюдений. Распределение больных по классификации J.A. Forrest: тип I (F1) – 51 пациент (14,4%), тип II (FII) – 190 (53,8%), тип III (FIII) – 112 (31,8%). С легкой степенью кровопотери в клинику поступили 160 больных (45,3%), средней – 108 (30,6%), тяжелой – 85 (24,1%).

Результаты исследования. В качестве критерия для определения хирургической тактики при ЯГДК мы предлагаем вид кровотечения: артериальное и венозное. Артериальное кровотечение имели 58 больных (16,4%), венозное – 295 (83,6%). Дифференциальная диагностика вида кровотечения проведена по клиническим, эндоскопическим и лабораторным данным. На основании полученных нами данных по дифференциальной диагностике вида кровотечения получен патент РФ на изобретение № 2407445 от 27 декабря 2010 г.

Вывод: использование предложенного нами комплекса дифференциально-диагностических признаков вида кровотечения и адекватной хирургической тактики позволило снизить общую летальность до 3,5% и послеоперационную – до 2,1%.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПРИ
СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ
В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН**

К.М. Курбанов, С.Ю. Облов, А.М. Зубаиров

Дагестанский центр медицины катастроф

Махачкала, Республика Дагестан

В работе проанализированы результаты оказания помощи при травмах сосудов в зависимости от локализации повреждений за 6-летний период работы Дагестанского центра медицины катастроф (2006–2012 гг.).

Насильственные причины занимают лидирующие позиции в структуре смертности в России в настоящее время, наиболее тяжелые ситуации наблюдаются при травмах магистральных сосудов.

Цель работы: проанализировать опыт оказания неотложной специализированной помощи при сочетанной травме с повреждением магистральных сосудов.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ пациентов, оперированных ангиохирургами центра медицины катастроф на базе хирургических и травматологических отделений городов и районов республики Дагестан. Общее число пострадавших с острой травмой составило 543 человека, из них с повреждением сосудов – 213.

Судистый травматизм можно разделить на следующие группы: 1. Повреждение сосудов головы, шеи, плечевого пояса – 14 случаев (2,5% от общего числа травм); 2. Повреждение сосудов груди, живота, таза – 7 случаев (1,2%). 3. Повреждение сосудов верхних конечностей – 40 случаев (7,3%). 4. Повреждение сосудов нижних конечностей – 125 случаев (23,0%).

Нами оперированы 14 человек (2,5% от общего количества) с повреждениями сосудов головы, шеи, плечевого пояса. Положительные результаты лечения среди пациентов 1-й группы – отличные, хорошие и удовлетворительные достигнуты у 8 человек (57,1% от общего количества). Отрицательные – ампутации, смертельные исходы – у 6 (42,8%).

Из 543 больных с острой травмой 7 человек (1,2%) имели повреждения сосудов груди, живота, таза. Во 2-й группе пациентов общая летальность составила 5 человек (71,4% от общего количества случаев) – самая высокая. В общей сложности у 543 больных были повреждены 48 сосудов и 176 органов и костей. Этим, возможно, и объясняется столь высокий процент летальности.

Повреждения сосудов верхних конечностей имели место у 40 пострадавших (7,3%). Восстановительно-реконструктивные операции выполнены у 95,0% больных, лигатурные – у 5,0%. В 3-й группе из 40 больных полное восстановление всех поврежденных сосудов произведено только у 28 больных (70,0%), частичное – у 10 (25,0%), лигирование сосудов – у 2 человек (5,0%). Как и следовало ожидать, наилучшие результаты оказались в группе, где осуществлялись лигатурные операции: летальность 50,0% больных. В группе, где удалось выполнить полный объем восстановления всех анатомических структур, хорошие и отличные результаты достигнуты у 60,7% оперированных, а летальность на уровне 9,2%.

Повреждения сосудов нижних конечностей были у 125 человек (23,0%). Восстановительно-реконструктивные вмешательства осуществлены в 70,2%, лигатурные – в 25,9% случаев. Ближайшие результаты лечения 125 пострадавших из 4-й группы: отличные и хорошие – у 92 больных (73,6%), удовлетворительные – 20 (16,0%), «плохие» (ампутации) – 5 (4,0%), смертельный исход наблюдался в 8 случаях (6,4%). Неполное восстановление поврежденных структур в силу различных вынужденных обстоятельств выполнено у 32 пострадавших (25,6%). Летальность в подгруппе больных с повреждением сосудов нижних конечностей составила 3,1%.

Реплантации выполнены у 5 пострадавших (0,9%). Основной причиной отчленения был бытовая и производственный травматизм. Приживления после реплантации конечностей не получено ни в одном случае (основные причины – нет оборудования: оптики, сосудистого инструментария, расходного материала: шовный материал, сосудистые протезы; общее тяжелое состояние больных; время, прошедшее с момента травмы).

По поводу различных ятрогенных повреждений сосудов нами оперированы 22 человека (4,0%) в возрасте от 15 до 70 лет. В 10,0% случаев при ятрогенной травме выполнены лигатурные операции, в 55,7% – восстановительные, и в 34,3% – реконструктивные. Ближайшие результаты хирургического лечения оказались несколько хуже, нежели при вмешательствах при обычной острой травме. Отличные и хорошие результаты получены лишь в 48,9% случаев, удовлетворительные – в 33,0%, плохие – 6,8%. Летальность при ятрогенных повреждениях составила 10,2% против 5,7% при острой травме.

Вывод. Совершенствование организации помощи пациентам с травмой магистральных сосудов (использование современного инструментария, расходных материалов и большой каждодневный опыт лечения столь непростой категории больных) позволяет добиваться значительных положительных результатов – восстановление кровотока по поврежденным сосудам до 91,8% случаев.

ПЕРИБРОНХИАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

А.В. Куренков, А.М. Гасанов, Т.П. Пинчук, Е.Д. Меньшикова, К.К. Ильяшенко
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Частота госпитальных пневмоний при острых экзогенных отравлениях, по данным разных авторов, колеблется от 3 до 42%. Несмотря на достигнутые успехи в их лечении, летальность достигает 30–45%. Поэтому актуальным является поиск способов повышения эффективности лечения этого осложнения.

Цель исследования – улучшение результатов лечения пациентов с пневмонией, осложняющей течение острых экзогенных отравлений, путем перибронхиального введения антибактериальных препаратов.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находился 41 пациент в возрасте от 17 до 86 лет с острыми отравлениями, осложненными воспалительными процессами в легких, которым проводили перибронхиальное введение антибактериальных препаратов в комплексе с традиционным лечением. Диагноз пневмонии основывался на данных рентгенологического исследования органов грудной клетки. У 16 пациентов пневмония была диагностирована в первые сутки от момента госпитализации, она возникла на фоне аспирации. В 25 случаях ее регистрировали на вторые сутки. У 17 больных она была односторонней полисегментарной, в остальных наблюдениях двусторонней полисегментарной. Контрольную группу, сопоставимую по полу, возрасту и тяжести пневмонии составили 30 человек.

Эндоскопическое перибронхиальное введение антибиотика проводили в комплексе с традиционным лечением пневмонии. Методика заключалась в проколе медиальной стенки нижнедолевого бронха иглой с рабочей длиной 1,0 см с последующим введением разведенного изотоническим раствором антибиотика. В зависимости от дозы вводимого препарата течения пневмонии были разделены на 2 группы. Первую составил 31 пациент, которым вводили из одной точки разовую дозу антибиотика, разведенного в 4,0 мл изотонического раствора. Десяти пациентам второй группы вводили из двух точек суточную дозу антибиотика, разведенного в 8,0 мл изотонического раствора. Перибронхиальные инъекции выполняли через 48 ч, до рентгенологического разрешения пневмонии. Бронхиальный смыв, взятый перед введением антибиотика, направляли для микробиологического исследования.

Результаты исследования. Микробиологическое исследование показало, что в бронхиальных смывах наиболее часто выделяли: *Acinetobacter spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella spp.*, *Staphylococcus spp.* На фоне перибронхиального введения антибиотиков длительность течения пневмонии составила $12,7 \pm 3,9$ сут, а в контрольной группе $14,1 \pm 1,1$ сут. Летальность сократилась на 14,3% – с 43,3 до 29%.

Таким образом, проведенные исследования показали, что перибронхиальное введение антибиотиков является перспективным методом при его использовании в комплексе лечебных мероприятий пациентов с пневмонией, осложняющей течение острых экзогенных отравлений.

СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ ТАЗА И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

И.О. Кучеев, Ю.Б. Кашанский, В.Г. Радых
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Лечение повреждений таза и конечностей продолжает оставаться актуальной проблемой. Травма таза с нарушением целостности его кольца в сочетании с переломами костей нижних конечностей относится к категории наиболее тяжелых повреждений и подлежит изучению как в тактическом, так и в техническом плане.

Исучив опыт оказания травматологического пособия пострадавшим с этим видом травмы, мы разработали лечебную тактику, основанную на объективных критериях тяжести состояния больного. Установлено, что лечение целесообразно выполнять таким образом, чтобы операцией не привнеси существенной дополнительной травмы, которая может оказаться критической для данного пациента. Особенностью предложенной системы является то, что время, вид и объем лечебного пособия регламентируются объективными критериями как тяжести повреждений, так и состояния больного, а лечение переломов таза и конечностей проводится в определенной последовательности и этапно. После поступления пострадавшего в стационар на первом этапе выполняют фиксацию таза аппаратом для чрескостного остеосинтеза. Перелом костей нижних конечностей на этом этапе также фиксируют аппаратом закрыто, но только после стабилизации гемодинамических показателей. Данные пособия проводят с целью остановки кровотечения в очагах повреждений, снятия болевого синдрома, создания оптимальных условий для лечения других повреждений и щадящей транспортировки пострадавшего. Следует отметить, что на данном этапе мы не преследуем цели точной репозиции повреждений, а лишь максимально устраняем грубые смещения таза и переломов конечностей. Затем после стабилизации общего состояния больного на втором этапе отсрочено (первые 2 нед от момента травмы) выполняют открытую точную репозицию переднего отдела таза погружной конструкцией, а задний отдел скрепляют компрессионными канюлированными шурупами или резбовыми стержнями, введенными перпендикулярно плоскости крестцово-подвздошного сочленения. Последние соединяют с ранее наложенным аппаратом. Реостеосинтез диафизарных переломов выполняют соответствующими перелому современными металлоконструкциями.

Мы проанализировали результаты лечения 23 пострадавших с повреждениями таза в сочетании с переломами костей нижних конечностей, поступивших в противошоковый центр НИИ СП в 2010–2011 гг., лечение которых выполняли по предложенной программе. В результате ее внедрения у всех пострадавших удалось избежать развития грозных осложнений травматической болезни (сепсис, ДВС-синдром, полиорганная недостаточность) и добиться сращения переломов в правильном положении.

Таким образом, при тяжелой механической и шокогенной травме только чрескостный остеосинтез чаще всего является временным методом лечения без стремления достичь точной репозиции и жесткой фиксации переломов, а погружной и комбинированный – окончательным, обеспечивающим правильную анатомию и прочную фиксацию поврежденных костных структур. Система оказания травматологического пособия пострадавшим, основанная на объективных критериях тяжести повреждений и состояния больного, позволяет в большинстве случаев достичь хороших ближайших и отдаленных результатов лечения.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРФОРАЦИЕЙ

Д.М. Курочкин, В.Р. Гольцов, А.А. Уточкин, А.М. Бакунов, Е.В. Батиз
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Цель исследования: определение наиболее эффективного метода хирургического лечения перфоративных кист поджелудочной железы.

Проанализированы истории болезней 147 больных с кистами поджелудочной железы, осложненными перфорацией и разлитым ферментативным перитонитом. Данные больные проходили обследование и лечение в панкреоцентре Санкт-Петербургского НИИ СП им. И.И. Джanelидзе в период с 2004 по 2013 гг.

Исследуемые пациенты были разделены на две группы, которые были однородны по возрасту, полу, преморбидному фону и составу консервативного лечебного комплекса:

1-я группа (78 человек) – выполняли лапаротомию, наружное дренирование кисты поджелудочной железы, санацию и дренирование брюшной полости.

2-я группа (69 человек) – первым этапом выполняли санационную лапароскопию брюшной полости и (или) лапароцентез, а вторым этапом – дренирование кисты поджелудочной железы под ультразвуковым наведением.

Оценку результатов исследования производили по следующим показателям: частота развития сепсиса и летальность.

В результате исследования установлено, что при использовании мини-инвазивных вмешательств (2-я группа) происходило статистически значимое снижение частоты развития сепсиса (с 17,1 до 8,2%, $P = 0,037$) и летальности (с 9,9 до 5,8%, $P = 0,047$).

Таким образом, применение мини-инвазивных хирургических вмешательств у больных с кистами поджелудочной железы, осложненными перфорацией и разлитым ферментативным перитонитом, является эффективным методом хирургического лечения больных данной категории.

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРЕПАРАТАМИ АНТИГИПОКСАНТНОГО ДЕЙСТВИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

А.Г. Кырнышев, Б.Н. Шах, В.Н. Лапшин, В.С. Афончиков, В.М. Теплов, Д.Б. Смирнов, А.В. Лапцкиев

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Как известно, травматическая болезнь занимает третье место в структуре смертности в общей популяции и выходит на первое среди людей работоспособного возраста. 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, митохондриальной дисфункции. Описанные процессы лежат в основе развития мультиорганной дисфункции, осложняющей течение травматической болезни. В терапии гипоксии и ее последствий используют ряд препаратов, объединенных в группу антигипоксантов. Наибольшее распространение получили представители ряда субстратных антигипоксантов. Препараты включены в состав инфузионной программы, используемой 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. Предполагено, 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. Нами были оценены 45 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. В основной группе, состоящей из 30 больных, проводили инфузию 1,5% раствора янтарной кислоты – реамберина. Контрольную группу из 15 пациентов оценивали на фоне введения раствора глюкозы (основного энергетического субстрата). Тяжесть состояния в обеих группах по шкале APACHE-II – 22–30 баллов. Возрастные параметры сопоставимы. У обследуемых отслеживали уровень валового потребления кислорода, продукцию углекислого газа, pH, дефицит оснований, уровень бикарбоната и лактата плазмы.

В рамках выполненных нами исследований произведена попытка подтвердить предполагаемый механизм действия субстратных антигипоксантов на примере реамберина. Установлено, что использование препарата «реамберин» приводит к возрастанию потребления кислорода у пациентов в критическом состоянии примерно в 1,3 раза. Данный факт накладывает ограничения на применение препаратов ряда субстратных антигипоксантов у больных с неадекватным транспортом кислорода. Однако способность корректировать внутриклеточный и системный ацидоз, вероятно, позволяет отнести реамберин к группе субстратных антигипоксантов.

**СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗОВ
ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОНКОЙ КИШКИ**
*Е.Б. Лазарева, Н.В. Ефдокимова, А.В. Гришин, С.А. Тарасов,
А.В. Водясов, П.А. Ярцев*
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

У больных с синдромом короткой тонкой кишки наблюдается избыточный рост микроорганизмов, что может значительно влиять на микрофлору различных биотопов всего организма. Это приводит к высокому риску развития гнойно-септических осложнений.

Цель работы: изучение микрофлоры биотопов у больных после обширных резекций тонкой кишки.

Бактериологические исследования проведены у 7 пациентов, в динамике выполнены 209 исследований: посевов проб крови – 99, мочи – 40, отделяемого зева – 26, носа – 16, ран – 5, кала на дисбактериоз – 14, прочих исследований (отделяемого из дренажей, внутривенных катетеров, бронхосмывов) – 9. Выделены 199 штаммов микроорганизмов, у которых определяли видовую принадлежность и лекарственную чувствительность общепринятыми методами. Для выявления этиологической значимости микроорганизмов использовали показатель постоянства, характеризующий долю (в %) проб биоматериалов, содержащих микроорганизмы той или иной таксономической группы.

В результате анализа выделенной микрофлоры установлено, что наиболее часто в пробах крови присутствовали энтерококки (12,1%), которые были выделены от 5 больных, а также дрожжеподобные грибы рода *Candida* (11,1%), выделенные от 2 пациентов, у одного из которых *Candida spp.* обнаружена в катетере. Затем по частоте обнаружения следовали коагулазоотрицательные (9,1%) и коагулазоположительные (6,1%) стафилококки, а также неферментирующие грамотрицательные микроорганизмы (5,1%). По одной пробе приходилось на *Streptococcus spp.*, *Corynebacterium spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter spp.*, *Klebsiella spp.* На долю стерильных образцов приходилось 60,6% проб.

В моче наиболее часто присутствовали энтерококки (15,0%) и представители семейства *Enterobacteriaceae*: *Escherichia coli* (5,0%), *Enterobacter spp.* (7,5%), *Klebsiella spp.* (2,5%). Дрожжеподобные грибы рода *Candida* были выделены из 5,0% проб мочи. В 70,0% проб отсутствовал рост микроорганизмов.

В посевах из носа преимущественно встречались стафилококки: в 3 пробах – *Staphylococcus spp.* (18,8%) и в 2 – *S. aureus* (12,5%), по одной пробе приходилось на *Acinetobacter spp.* и *Candida spp.* (6,25%); 11 проб были стерильные, что составило 68,8%.

Анализ кала на дисбактериоз был выполнен у 3 больных (14 проб). Основным проявлением дисбиотических нарушений микрофлоры толстой кишки являлось повышенное содержание условно-патогенных энтеробактерий – клебсиелл и энтеробактера.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что при бактериемии у больных после обширных резекций тонкой кишки в крови наиболее часто присутствовали грамположительные кокки – энтерококки, стафилококки и стрептококки. Микрофлора мочи была представлена преимущественно микроорганизмами, заселяющими кишечник. У всех больных наблюдался выраженный дисбиоз микрофлоры толстой кишки. Сравнительный анализ микрофлоры, выделенной из различных биотопов, показал, что наиболее часто совпадала микрофлора содержимого толстой кишки и зева, что также является выраженным признаком дисбиотических нарушений.

**КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ
У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**
А.Ю. Лебедева, М.Ю. Иванникова, О.И. Перова
**Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова**
Москва, РФ

Актуальность исследования. Контраст-индуцированная нефропатия (КИН) стала важной клинической проблемой в связи с широким распространением диагностических и лечебных процедур с использованием контрастных средств. КИН определяется при фиксировании подъема уровня креатинина сыворотки на 44 мкмоль/л или на 25% от базового уровня в пределах 48 ч после проведения процедуры с контрастом при отсутствии альтернативных причин. Развитие КИН ассоциируется с длительной госпитализацией, необходимостью проведения диализа в случае развития острой почечной недостаточности (ОПН), прогрессированием кардиальной патологии, высокой смертностью в период пребывания в стационаре и после выписки. КИН обычно имеет преходящий характер: уровень креатинина повышается в течение 3 сут и возвращается к исходному уровню через 10 сут. Однако 30–50% пациентов, начавших получать гемодиализ в связи с КИН, могут остаться от него зависимыми в последующем.

Цель исследования: изучить частоту возникновения КИН у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) при проведении чрескожных коронарных вмешательств и оценить ее влияние на клиническое течение заболевания.

Результаты исследования. Мы провели анализ частоты развития КИН у пациентов с ОИМ, которым в первые 6 ч заболевания были выполнены экстренная коронароангиография, ангиопластика и стентирование инфаркт-ответственной артерии. Нами выявлено, что повышение уровня креатинина на 25% к исходному регистрируется у 24% мужчин и у 46% женщин, что объясняется большей частотой сопутствующих заболеваний у больных женского пола. Летальность в госпитальном периоде составила 3,6% у пациентов без признаков КИН и 11,2% – в группе, где наблюдались признаки КИН. КИН усугубляет прогноз больных ишемической болезнью сердца не только в госпитальном, но и в отдаленном периодах. Летальность при развитии КИН в течение года в 1,7 раза выше, чем у пациентов без значимого повышения креатинина сыворотки после эндоваскулярных вмешательств на коронарных сосудах.

Выводы: КИН является частым осложнением рентгеноконтрастных процедур у больных ОИМ. Состояние почечной функции до введения контраста – основная детерминанта развития КИН. Прогноз во многом определяется своевременной оценкой факторов риска развития КИН и проведением адекватных превентивных мер.

О ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
*А.Г. Лебедев, П.А. Ярцев, И.Е. Селина, Н.Е. Кудряшова,
Т.В. Богницкая, Ю.О. Жариков*
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Диагностика и лечение острой тонкокишечной непроходимости (ОТНКН) остается сложной проблемой в неотложной хирургии. Особую группу составляют больные со спаечной болезнью (СБ), осложненной кишечной непроходимостью (СКН), и пациенты с ранней послеоперационной тонкокишечной непроходимостью (ПТНКН). Хирургические вмешательства при СКН могут сопровождаться тяжелыми осложнениями (кишечные свищи), усугублять воспалительный и спаечный процессы на ранних сроках вмешательства при ПТНКН.

Странгуляционная ОТНКН относится к жизнеугрожающим механическим илеусам, встречающимся у 12,5–20,4% экстренно поступающих больных с непроходимостью кишечника (КН) и у 22,9–56,3% больных, ранее оперированных по поводу механической КН.

При СКН своевременно принятое решение о выборе тактики, проведении хирургического вмешательства или варианта комплексного консервативного лечения позволяет достичь положительного результата, снижения послеоперационных осложнений (ПО) и летальности.

Диагностика ОТНКН основывается не только на клинических данных, но и на результатах инструментальных методов обследования, в том числе полипозиционное рентгенологическое исследование (РИ), УЗ- и радиоизотопное исследования пассажа по тонкой кишке (ТК). Алгоритм лучевой диагностики КН: РИ, УЗИ, радиоизотопный пассаж.

РИ позволяет установить вид КН, уровень препятствия, степень выраженности изменений и эффективности проводимого лечения в динамике. Водорастворимые контрастные вещества (ультравист, омнипак и др.) расширяют возможности метода, обладая высокими контрастностью и скоростью продвижения по ТК, позволяют в течение короткого времени (3–6 ч) выявить или исключить механическую непроходимость и оказывают терапевтический эффект при функциональной КН.

УЗИ представляет данные о состоянии ТК (ее стенок и складок, содержимом и характере его перемещения, частоте перистальтических волн, их амплитуде), наличии свободной жидкости брюшной полости. Метод необходим для постановки диагноза и дифференциальной диагностики форм ОТНКН, оценки эффективности и динамики развития патологического процесса на фоне проводимого лечения в послеоперационном периоде (ПП).

Решение о продолжении консервативного лечения подтверждается достоверным сохранением пассажа по ТК у больных со СБ и частичной КН и, что особенно важно, при ранней ПТНКН. Сохранение симптомов КН и не выявленных ранних ПО (перитонит) требует неотложной релапаротомии.

Разработанные в институте методы интубации ЖКТ являются обязательными на каждом этапе лечения всех видов КН. Использование комплексного КП у больных с СКН и ПТНКН позволяет в 78–82% случаев добиваться положительного эффекта.

Оперативные вмешательства при всех видах КН выполняются с соблюдением принципов интраоперационной профилактики осложнений. Широкая срединная лапаротомия позволяет не травмируя петли кишечника, устанавливать уровень и характер препятствия, выполнять основные этапы операции по устранению КН, проводить интубацию кишечника для декомпрессии, кишечного лаважа и энтеральной терапии в ПП, что является «золотым стандартом» в лечении КН и позволяет восстанавливать функциональное состояние ТК.

Применение комплекса диагностических и лечебных мероприятий у 935 больных с ОТНКН и у 297 больных с ранней ПТНКН повысило правильность постановки диагноза до 96,8%, уменьшило число ПО на 7,6% и снизило уровень летальности с 12,1 до 2,5–3,8%.

**ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ТОКСИКО-ГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ
ВЕЩЕСТВАМИ ПСИХОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ**
Н.Ф. Леженина, Е.А. Лужников
**Российская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ,
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского**
Москва, РФ

Токсико-гипоксическая энцефалопатия (ТГЭ) при острых отравлениях психофармакологическими препаратами (ПФП) возникает как патологический процесс, обусловленный острым воздействием токсичных веществ нейротропного характера. При раннем прекращении действия экзотоксинов возможно восстановление химического гомеостаза. С целью совершенствования методов лечения и профилактики ТГЭ были изучены клинко-лабораторные данные 203 пациентов, госпитализированных в центр лечения отравлений с угнетением сознания (от 3 до 8 баллов по шкале комы Глазго). Для оценки тяжести ТГЭ проведен анализ нейropsихологических тестов, уровня ПФП, среднемолекулярных пептидов (СМП), эффективной концентрации альбумина во флюоресцентном тесте, дисбаланса (ПОЛ/АОС) в сыворотке крови, функционального состояния нейтрофильных фагоцитов, уровней CD3+ (Т-лимфоциты), CD19+ (В-лимфоциты) и иммуноглобулинов. Для ускоренной элиминации токсинов и профилактики тяжелых повреждений мозга осуществляли комплексную детоксикацию, включающую диализно-сорбционные методы и кишечный лаваж (КЛ). После завершения необходимых детоксикационных мероприятий вводили антиоксиданты субстратного действия – цитофлавин, мексидол.

В алгоритме ранней диагностики ТГЭ установили решающее значение динамической оценки восстановительных процессов в ЦНС, что подтверждалось результатами компьютерно-томографического исследования мозга. Клинические и структурно-функциональные проявления ТГЭ коррелировали с достоверным изменением лабораторных показателей, характерных для формирования эндотоксикоза: накоплением СМП, гомеостатическими сдвигами в виде роста абсолютного и относительного количества нейтрофильных лейкоцитов и снижения относительного содержания лимфоцитов за счет уменьшения популяции CD19+ (В-лимфоциты), а также увеличения агрегационных свойств эритроцитов. Развитие ТГЭ сопровождалось ростом летальности, которая при глубокой коме составила 42%, а при поверхностной коме с дыхательными нарушениями – 55%.

У больных с ранним восстановлением сознания проводили КЛ, что сопровождалось устранением эндотоксикоза: снижением в 1,3 раза по сравнению с исходными данными уровня СМП и выраженности дисбаланса ПОЛ/АОС в 1,5 раза.

В группе с задержанным восстановлением сознания и не устраненными расстройствами гомеостаза в виде преобладания пероксидазии в системе ПОЛ/АОС, с тенденцией к снижению эффективной концентрации альбумина и повышению СМП в 1,4 раза были включены метод гипербарической оксигенации и введение цитофлавина. Ускорению восстановления сознания способствовала стимуляция естественной детоксикации с достоверным повышением в 1,5 раза относительного и абсолютного числа CD19+ (В-лимфоцитов).

У больных с длительным коматозным состоянием проводили дополнительные методы комплексной детоксикации и фармакотерапии цитофлавином. Использование указанного лечебно-диагностического алгоритма сопровождалось снижением относительного числа лейкоцитов, повышением соответственно в 1,6 и в 2 раза в пределах нормальных значений абсолютного числа CD3+ (Т-лимфоцитов) и CD19+ (В-лимфоцитов). На фоне положительных клинко-лабораторных сдвигов отмечали уменьшение выраженности эндотоксикоза.

В целом указанный лечебный алгоритм способствовал снижению летальности, обусловленной развитием ТГЭ, на 6,3% и сокращению длительности стационарного лечения в 1,5 раза.

ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ: ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА

В.М. Лобанков, М.Н. Камбалов

Государственный медицинский университет
Гомель, Республика Беларусь

Частота перфоративных язв (1: 100 000 населения в год) характеризует популяционную тяжесть язвенной болезни (ЯБ) и зависит от различных факторов.

Цель работы: выявление и анализ основных популяционных факторов риска перфоративных язв на примере Беларуси.

Материал и методы. С учетом ежегодных данных о количестве прободных язв и численности населения проведен многолетний (1960–2010 гг.) мониторинг частоты перфоративных язв в Республике Беларусь.

Результаты и обсуждение. В течение 60-х гг. частота перфоративных язв колебалась от 11,7 до 14,6 случаев на 100 000 населения, составляя в среднем 13,3±0,6. В 70-е гг. этот показатель изменялся в диапазоне 12,2–17,3 и его средняя величина была 13,4±1,7. В 80-е гг. заметны изменения анализируемого параметра не отмечено: минимальное значение было 12,3, максимальное – 17,3 со средним значением 15,2±1,2. Впервые в республике в 1980 г. однократно был превышен уровень частоты прободных язв в 20,0 случаев (20,2).

В 90-е гг. по сравнению с тремя предыдущими десятилетиями анализируемого периода ситуация кардинальным образом изменилась. Так, если в 1991 г. показатель заболеваемости составил 13,9, то всего через 4 года – достиг уровня 25,9.

В первую половину 2000-х гг. частота перфораций сохранялась в диапазоне 22,2–26,9, будучи в среднем 24,5±1,7 случаев на 100 000 населения. Во вторую половину «нулевых» средняя частота прободных составила 18,3±4,1, даже в течение второй половины 2000-х гг. частота перфоративных язв превысила средние показатели 60–80-х гг. К 2010 г. показатель вновь приблизился к 20,0 (20,8), после чего наметилась тенденция к снижению (2012 г. – 18,4).

Анализируя 50-летнюю динамику частоты перфоративных язв, обнаружена ее наибольшая зависимость от уровня социального стресса. Так, распад СССР в 1991 г. привел к двукратному ее росту. Несмотря на то, что авария на ЧАЭС 1986 г. (интенсивный социальный стресс) не сопровождалась повышением анализируемого показателя, объяснение этому мы нашли в достоверном росте популяционной хирургической активности, главным образом, за счет ее плановой составляющей. Известно, что в отечественных условиях частота плановых операций при ЯБ находится в обратно пропорциональной зависимости с частотой прободных язв. Дополнительным подтверждением выявленной закономерности стала достоверная прямая корреляция ($r = 0,84$) частоты перфоративных язв с таким стандартным показателем уровня социального стресса как частота суицидов.

Также нами проведен корреляционный анализ динамики частоты перфоративных язв с 11-летними циклами солнечной активности, измеряемой по числам Вольфа. С 1950 по 1996 г. выявлена достоверная обратная зависимость этих величин ($r = -0,55$). Именно этим можно объяснить спад частоты перфоративных язв с 2007 г. до 17,3 и ее последующую динамику, как циклично изменяющегося показателя при очередной смене фазы солнечной активности.

Вывод. На примере Беларуси показано, что в отечественных условиях основными факторами риска, влияющими на частоту возникновения перфоративных язв в популяции, являются социальный и хронобиологический факторы.

ДЕРМАЛЬНЫЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТ В ХИРУРГИИ ОЖОГОВ

Л.П. Логинов

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

Для разрешения проблемы дефицита донорских ресурсов при обширных глубоких ожогах используют ряд специальных методов. Одним из них является применение комбинированных (эпидермо-дермальных) аутоотрансплантатов (Л.П. Логинов, С.В. Смирнов, 2012). Способ позволяет закрывать ожоговые раны, в 2 раза превышающие площадь донорских ран. Однако длительные сроки эпителизации дермальной части трансплантата (18–22 сут после операции) вызывают негативное отношение специалистов к способу. В этой связи целью работы явилось обоснование необходимости клинического изучения применения изделий биотехнологических методов для сокращения сроков окончательной эпителизации дермального трансплантата.

Материал и методы. Анализу подвергнуты данные на 12 больных с гранулирующими ранами после глубоких ожогов на площади от 5 до 15% поверхности тела. Пластиком комбинированными аутологичными трансплантатами выполняли в сроки от 21 до 50 сут с момента травмы. В послеоперационном периоде 5 больным (20 комбинированных аутоотрансплантатов) (1-я группа) накладывали повязки с мазью, содержащей эпидермальный фактор роста и пленку «Бреймендерм», создающую влажную среду. Другим 7 больным (2-я группа) в послеоперационном периоде использовали марлевые мазевые повязки. Степень приживления трансплантатов оценивали визуально на перевязках.

Результаты и обсуждение. Эпидермальные части аутоотрансплантатов в обеих группах прижились полностью. В 1-й группе хорошо приживление дермальной части трансплантата наблюдали у 4 больных (18 дермальных трансплантатов из 20), окончательная эпителизация их закончилась лишь к концу 3-й нед. Все дермальные трансплантаты у больных 2-й группы некротизировались. Ранее нами было показано, что конструкция, создаваемая с помощью дермального аутологичного трансплантата, уложенного на гранулирующей ране, аналогична ране после ожога II–III степени, так как в обоих случаях дном кожного дефекта оказываются глубокие слои дермы с той лишь разницей, что в одном случае поверхностные слои дермы гибнут в результате действия термического фактора, а в другом их просто удаляют дерматомом. Одинаковые сроки заживления при стандартном лечении в обоих случаях являются убедительным подтверждением вышесказанного. В то же время возможность излечения пограничных ожогов в короткие сроки в настоящее время не представляет больших трудностей: так, М.В. Сычевский (2010) и Е.А. Жиркова (2008), используя человеческий коллаген 1-го типа, добивались эпителизации их в течение первых 5–7 сут после травмы. Однако, по свидетельству С.В. Смирнова и Е.А. Жирковой (2011), подобный метод лечения не позволяет добиться такого же успеха при лечении ожогов IIIB–IV степени из-за отсутствия дермы.

Заключение. Таким образом, конструкция, аналогичная пограничным ожогам, при глубоких ожогах создана клиницистами, восстановлена погибшая дерма и появилась реальная возможность пристального изучения результатов использования инновационных технологий с целью сокращения сроков эпителизации дермального аутологичного трансплантата.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ОЖОГОВ

Л.П. Логинов, С.В. Смирнов, В.С. Борисов, Т.Г. Спиридонова

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

Актуальность. В связи с пересмотром основных положений трансфузионной терапии дефицитом крови и ее компонентов в стране директивными указаниями вышестоящих органов (приказ № 363 Минздрава РФ) и других причин течение тяжелых ожогов (глубокие 20% поверхности тела – п.т. и более) в настоящее время у всех больных сопровождается анемией. Подобное состояние наложило серьезный отпечаток на характер хирургического лечения тяжелообожженных, так как анемия является серьезным противопоказанием для выполнения радикальных некрэктоми, когда интраоперационная кровопотеря нередко достигает 1,5–2 л. А консервативная подготовка ожоговых ран к аутодермопластике (АДП) с помощью этапных щадящих некрэктоми затягивается на длительный срок, вполне достаточный для возникновения различных осложнений, вплоть до летальных. Кроме того, эта подготовка также не избавляет больного от анемии. Поэтому становится весьма актуальной проблема хирургического лечения тяжелообожженных в условиях анемии.

Цель работы: оценка эффективности применения способа ускоренной бескровной щадящей подготовки глубоких ожогов к оперативному восстановлению утраченного кожного покрова.

Материал и методы. У 4 больных с ожогами в среднем 25% п.т., (глубоких из них в среднем 18% п.т.) в течение 1-х сут после поступления специальным инструментом на ожоговых струпах наносили множественные микроперфорации диаметром каждая 1–1,5 мм на глубину 0,8–0,9 см в среднем на площади 8% п.т. При возникновении кровотечения из перфорационного отверстия последнее расширялось и выполнялся гемостаз, после чего накладывали повязки, создающие влажную среду в ране (пленка «Бреймендерм»). Смену повязок осуществляли ежедневно или через день, на перевязках выполняли туалет ран и механическое удаление струпа. Степень эффективности способа определяли на основании оценки сроков очищения ран от нежизнеспособных тканей, сроков выполнения 1-го этапа оперативного восстановления утраченного кожного покрова, лабораторных показателей (клинический анализ, белковый состав крови и др.). В группе сравнения (20 больных) некрэктоми начинали выполнять не ранее 7–9 сут после травмы при появлении признаков секвестрации.

Результаты. Применение множественных микроперфораций в ранние сроки в сочетании с влажной средой позволило очистить значительную часть ожоговых ран от нежизнеспособных тканей в сроки 8–11 сут и выполнить свободную пересадку кожи на 15–18 сут (в среднем на 16-е сут) с момента травмы. АДП выполняли при показателях Hb – 144 г/л, эритроциты – 4,48x10¹², общего белка – 65 г/л. В группе сравнения эти показатели соответственно были на 30-е сут, Hb – 92 г/л, эритроциты – 3,2x10¹² и общий белок 58 г/л. Приживление аутоотрансплантатов во всех случаях было хорошим.

Заключение. Таким образом, ускоренная бескровная, щадящая подготовка глубоких ожогов к АДП в сочетании с влажной средой позволяет достигнуть адекватной декомпрессии тканей, улучшить репаративные процессы, добиться очищения ран от нежизнеспособных тканей с минимальной кровопотерей и выполнить 1-й этап оперативного восстановления утраченного кожного покрова в ранние сроки при адекватных показателях красной крови и белкового состава крови.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИВАЛИРУДИНА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЧРЕСКОЖНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕКМЕНТА ST ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

П.Ю. Лопотовский, А.Ю. Коробенин, А.Г. Ларин, Л.С. Коков, И.М. Кузьмина

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

Ряд пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСnST) получают тромболитическую терапию (ТЛТ) на догоспитальном этапе. Согласно современным рекомендациям, даже при успешном тромболитизме больные нуждаются в проведении коронарографии (КАГ) с возможным чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ) на симптом-связанной артерии (ССА) в течение 24 ч. Вместе с тем на фоне ТЛТ повышается риск развития больших и малых кровотечений, а также феномена «no-reflow» во время стентирования из-за структурных изменений тромба, вызванных тромболитическим препаратом. Поэтому необходимо исследование препаратов, способных снизить риск вышеописанных осложнений. Одним из таких препаратов является бивалирудин (ангиокс).

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность действия препарата ангиокс при выполнении ЧКВ у больных с ОКСnST после ТЛТ.

Материал и методы. Нами были изучены результаты лечения 68 пациентов с ОКСnST, получивших на догоспитальном этапе ТЛТ тканевым активатором плазминогена. Из них были 41 мужчина и 27 женщин в возрасте от 42 до 78 лет (58,63±10,64). У всех пациентов в течение 24 ч от начала ангинозного приступа выполнены КАГ и ЧКВ на ССА (во всех случаях имплантированы стенты). Больные были разделены на две группы: 1-ю группу составили 18 пациентов, последовательно поступавших в блок интенсивной терапии для больных инфарктом миокарда, которым перед выполнением ЧКВ вводили ангиокс по схеме – болюс в/в 0,75 мг/кг, далее 1,75 мг/кг/ч до окончания ЧКВ; во 2-ю группу вошли 50 ретроспективных пациентов, у которых не использовали ангиокс, но перед выполнением ЧКВ вводили гепарин 100 ЕД/кг в/артериально через интродьюсер. По основным клинико-анамнестическим данным (пол, возраст, инфаркт миокарда в анамнезе, наличие сопутствующих заболеваний и др.) группы достоверно не различались. По данным КАГ, ССА в 1-й группе являлась ПМЖВ – в 50% случаев, ОВ – в 16,7%, ПКА – в 33,3%, во 2-й группе – 46%, 22%, 32% соответственно. По результатам КАГ, эффективная ТЛТ (антеградный кровоток в ССА TIMI-2–3) в группе, где применяли ангиокс, отмечена у 61,1%, в группе, получавшей гепарин, – 66%.

Результаты. Оптимальный непосредственный результат ЧКВ (остаточный стеноз менее 20%, отсутствие признаков диссекции и эмболизации, антеградный кровоток TIMI-3) наблюдался в 1-й группе у 83,3% больных (n=15), во 2-й группе – у 82% пациентов (n=41). Субоптимальный результат ЧКВ (замедление антеградного кровотока по ССА – «slow-reflow»): в 1-й группе – 16,7% (n=3), во 2-й группе – 14% (n=7). Синдрома «no-reflow» в 1-й группе не было, во 2-й он наблюдался у 2 больных (4%). В обоих случаях восстановления кровотока до TIMI-3 удалось добиться в/в введением интегрелина. Признаков тромбоза и диссекции в обеих группах отмечено не было. У 3 больных (6%) 2-й группы были выявлены малые кровотечения из места пункции бедренной артерии (обширные подкожные гематомы). Геморрагических осложнений у пациентов в 1-й группе не было.

Заключение. Учитывая небольшую выборку, говорить о статистически значимых различиях не приходится, однако в группе, где применяли препарат ангиокс, наблюдалась меньшая частота развития кровотечений и не возник феномен «no-reflow». Таким образом, препарат ангиокс является эффективным и безопасным у пациентов с ОКСnST после проведения ТЛТ.

ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА КАК КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ СИНДРОМ У ПОСТРАДАВШИХ В СОМАТОГЕННОЙ СТАДИИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ПСИХОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Е.А. Лужников, Т.А. Васина, А.В. Бадалян, Т.В. Чернышкая, А.В. Семенова
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Целью настоящего исследования является возможность проведения ранней клинической и лабораторной диагностики дисбактериоза кишечника у пострадавших в соматогенной стадии острых отравлений психотропными препаратами.

При оценке нарушений у больных с отравлениями в соматогенной стадии отмечают различные клинические признаки дисбактериоза с учетом степени выраженности (с нарушением ритма жизни, и вызывающие дискомфорт), длительности (до 10 сут, месяца и более), устойчивости (эпизодически возникающие и постоянные). Клиническая картина дисбактериоза отражает в большей степени нарушения функционального состояния. До лечения пациентов эти признаки обнаруживали в 40–100% случаев. После комплексного лечения клинические признаки дисбактериоза отсутствовали или их регистрировали от 0 до 23%. По степени выраженности признаков (в % с нарушением ритма жизни и наличия дискомфорта выявляли максимально в 80% случаев, а поспондрано дискомфорт определяли от 10 до 67%. Длительность вышеназванных признаков (в %) до 10 сут составляла от 47 до 97% случаев, в более поздние сроки (больше 10 дней) они отсутствовали, или их определяли по синдрому спастического запора до 30% случаев. При определении постоянства признаков (в %) эпизодически возникали от 30 до 87%, а постоянно их регистрировали только при синдроме раздраженной кишки в 60% случаев. Из общих клинических проявлений признаков до лечения определяли от 30 до 97%, после лечения процент их обнаружения был значительно ниже – от 0 до 67%; нарушения ритма жизни составляли от 0 до 13%. Длительность признаков сохранялась более 10 сут в 7–67% случаев. Постоянство признаков определяли эпизодически от 13 до 77%, а постоянно их определяли от 0 до 23% случаев. Анамнестические признаки включали показатели, связанные с приемом токсикантов, антибиотиков и сопутствующие хронические заболевания. До лечения процент этих признаков колебался от 21 до 100% случаев, после лечения они составляли в процентном отношении величину от 0 до 53%. По степени выраженности признака нарушения ритма жизни отмечали в 100% случаев, а периоды обнаружения признака до 10 сут и более регистрировали в 70% и 30% случаев соответственно. Наличие сопутствующих хронических заболеваний до и после лечения не менялось и составляло 53%, с нарушением ритма жизни – в 40% случаев, длительность признака также оставалась неизменной и составляла 53% с постоянно существующим признаком в 47% случаев.

Следующим этапом работы явилось изучение состава микрофлоры кишечника бактериологическим методом. Оценке подвергались данные анализа фекалий, отражающие степень микробиологических нарушений.

Результаты исследования капа проведены выборочно у 10 больных. Выявлено, что при отравлениях дисбактериоз наблюдали в 100% случаев. 1-ю степень определили у 20% больных, 2-ю степень – в 60% случаев и 3-ю степень – в 20%. Снижение лакто- и бифидобактерий регистрировали в 50–70% случаев соответственно. Наличие других представителей условно-патогенной флоры наблюдали в 60% случаев. Лактозонегативные *E. coli* определяли в 30% случаев и наличие грибов – в 40% случаев.

Таким образом, учитывая значение нормобиоценоза кишечника для правильного функционирования организма больных в соматогенной стадии отравления и многообразие факторов, вызывающих дисбиотические процессы, можно полагать, что профилактика и лечение дисбактериоза кишечника существенно повышает качество жизни этих больных.

ФОНДЫ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ИЗДАНИЙ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ БИБЛИОТЕКИ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПОТРЕБНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Е.Е. Лукьянова

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Смысл существования фонда любой библиотеки состоит в создании всех возможных условий для максимального удовлетворения запросов абонентов, поэтому основной целью исследования было изучение адекватности фондов научной медицинской библиотеки НИИ СП им. Н.В. Склифосовского (НМБ) информационным потребностям врачей-хирургов.

При изучении состава и степени использования фондов НМБ мы руководствовались учетными документами: книгой суммарного учета, инвентарной книгой, регистрационной картотекой периодических изданий и т.д. Изучали картотеку выдачи, картотеку отказов, журнал запросов по МБА (межбиблиотечный абонемент). Сравнивали структуру массива абонентских запросов и всего фонда.

Для более точного определения информационных потребностей был проведен анализ библиографических списков к диссертациям, защищенным сотрудниками института с 1971 по 2011 гг., т.е. с начала работы специализированного ученого совета по защите кандидатских (а с 1992 г. и докторских) диссертаций по специальности 14.01.17 (14.00.27) – «Хирургия». Полученные результаты были сопоставлены с коэффициентом соответствия (Кс) по соответствующим массивам документов фонда. Показатель был вычислен на основе просмотра читательских формуляров и статистического анализа фондов библиотеки. Последующий анализ и ранжирование основных тематических направленностей был проведен с применением модели С. Брэдфорда.

В последние десятилетия XX века и в начале XXI века фонд НМБ претерпел значительные изменения: резко снизилась доля общественно-политической и другой непрофильной литературы: с 14,7% в 1970 г. до 3,9% в конце 2012 г., в то же время доля авторефератов диссертаций возросла с < 1% в 1970 г. до 13,4% в конце 2012 г. Кс по данному массиву документов является одним из самых высоких – 0,8 и, как результат, в 2010–2012 гг. имеет место устойчивая тенденция к снижению количества запросов по МБА на данный массив документов, что свидетельствует о его адекватном наполнении.

Выявлено, что монографии 1941–1985 гг. издания, несмотря на самую высокую экзemplарность ($\pm 3,9$), имеют относительно высокий Кс, варьирующий от 0,4 до 0,7. Именно в послевоенный период вышел целый ряд многотомных руководств, учебных и справочных пособий по хирургии, и многие документы этих лет не утратили актуальности до сих пор. Таким образом, книги 70–80-х гг. оставлены в активном фонде и продолжается постоянный процесс их докомплектования, поскольку доля запросов по МБА на данный массив документов не имеет тенденции к снижению.

Журнальный фонд НМБ составляет примерно 42% всего фонда, и Кс по нему в среднем составляет 0,5. Для периодики последних 15 лет Кс по данному направлению медицинской науки составляет 0,8. Этот показатель дает право выделить данный массив в активный подфонд. Количество запросов по МБА по данному виду документов не превышает 3%.

В настоящий момент можно утверждать, что фонд НМБ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского адекватно отражает информационные запросы специалистов неотложной хирургии.

РАЗВИТИЕ МЕТОДОВ ИСКУССТВЕННОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ В НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОВСОВСКОГО

Е.А. Лужников, С.А. Кабанова, Ю.С. Гольдфарб, Ю.Н. Остапенко,

В.А. Маткевич, Ю.А. Курлик

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Появление методов искусственной детоксикации (МИД) связано с попытками воспроизведения и усиления процессов детоксикации, происходящих в живом организме, с помощью соответствующих устройств и технологий (бионический путь). Первым таким методом стала операция замещения крови – ОЗК (гемаферез), имеющая давнюю историю (О.С. Глозман, 1945). Прототипированное выведение токсикантов через полупроницаемые мембраны (G. Wegler, 1877, J. Abel, 1913) было реализовано в клинике как операции геммо- и перитонеального диализа (ГД, ПД) (Ф.М. Ягжур, 1967, А.Я. Пытель и соавт., 1961, W. Koff, 1944, H.M. Odel, 1947). Диализные методы, однако, вначале служили для очищения биосред при острой или хронической почечной недостаточности.

С другой стороны, способность древесного угля сорбировать токсичные химические вещества была показана в начале XIX в. *Bertrand*, а в начале XX в. с этой целью Н.Д. Зелинский был использован активированный уголь. И только во 2-й половине XX в. началось применение сорбционных методов в клинике, но для очищения крови от эндогенных токсикантов, чаще при развитии острой почечной и печеночной недостаточности (Ю.М. Лопухин, М.Н. Молоденко, 1978, *Yatzidis*, 1963).

Открытие в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского специализированного токсикологического отделения на базе терапевтической клиники позволило нацелить использование МИД на выведение из крови токсикантов химической природы, а хронология этого была следующей: ОЗК→ГД→ПД→ГТ (П.Л. Сухинин и соавт., 1970, Е.А. Лужников и соавт., 1977, 2000).

Оценивалась эффективность и безопасность указанных методов – способность интенсивного выведения широкого спектра токсикантов без осложнений, связанных с их использованием. В результате были установлены наиболее ценные свойства МИД, оптимизирующие их реализацию – неспецифичность и возможность раннего применения, начиная с догоспитального этапа (ГС) (Ю.Н. Остапенко; 1985, Е.А. Лужников и соавт., 1987). Повышению неспецифического эффекта МИД послужила физико-химическая гемотерапия (ФХГТ) (магнитная, ультрафиолетовая, лазерная гемотерапия, инфузии гипохлорита натрия), использование которой также длительное время не было связано с лечением отравлений (Е.А. Лужников, Ю.С. Гольдфарб, 2002). Это позволило определить неспецифический подход к детоксикационной терапии (ДТ), усилив все ее известные лечебные компоненты – этио-, пато- и неспецифический.

Дополнением современного комплекса ДТ стало устранение энтерального депо токсикантов с помощью кишечного лаважа, что позволило реализовать возможности МИД в наибольшей мере (В.А. Маткевич, 1984, 2012).

Таким образом, развитие искусственной детоксикации организма во многом обязано опосредованному через длительный исторический опыт эволюционному процессу научного осмысления слагаемых потенциала комплексной детоксикации организма, основа которого при тяжелых отравлениях – комбинирование МИД и ФХГТ. Решение задач, стоящих на этом пути, стало возможным благодаря систематическому, не имеющему аналогов по своему объему и спектру, использованию указанных методов в Московском городском центре лечения острых отравлений, функционирующем в составе многопрофильного стационара – НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Результатом комплексного детоксикационного подхода к лечению тяжелых форм острых отравлений стало значительное улучшение его результатов с почти 3-кратным снижением общей летальности, а в организационном плане это явилось основой для создания специализированных токсикологических отделений в стране.

ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ФОНДА РЕДКОЙ КНИГИ НАУЧНОЙ БИБЛИОТЕКИ НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОВСОВСКОГО

Е.Е. Лукьянова

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Целью исследования было изучение истории создания и функционирования фонда редкой книги научной медицинской библиотеки НИИ СП им. Н.В. Склифосовского (НМБ).

После возвращения НМБ в историческое здание был организован отдел редкой книги, куда были включены издания, выходящие как в России, так и за рубежом в дореволюционный период и до 1940 г.

История создания НМБ неотделима от истории института, начавшего свою благотворную деятельность в 1810 г., когда граф Н.П. Шереметев закончил строительство здания Странноприимного Дома на Сухаревке.

С самого начала клиническая работа в Шереметевской больнице была поставлена на научную основу.

В конце 50-х годов XIX столетия для наиболее полного обеспечения научной и практической деятельности сотрудников Шереметевской больницы и для осуществления педагогической работы по подготовке квалифицированных кадров, по инициативе работавшего в ней видного ученого – главного доктора – Алексея Тереньевича Тарасенкова, была создана научно-медицинская библиотека.

Необходимо отметить, что в дореволюционный период медицинские библиотеки в России существовали при немногочисленных медицинских учреждениях, в числе которых была и больница Странноприимного Дома графа Н.П. Шереметева в Москве. Это была библиотека закрытого типа, которая обслуживала врачей конкретной больницы. С самого начала становления института в нем существовали отделения, соответствовавшие основным клиническим профилям: хирургическому, травматологическому, терапевтическому, гинекологическому. Фонды библиотеки постоянно пополнялись документами по этим дисциплинам, однако отбор был случайным, поскольку до конца 30-х годов XX века покупка книг велась за счет личных средств врачей, а в период I Мировой войны и революции фонд библиотеки практически не пополнялся. Тем не менее, по свидетельству современников, коллекция документов XIX – начала XX веков по хирургии, собранная в НМБ, являлась в этот период одной из лучших в стране и насчитывала свыше 3000 наименований.

Начало и середина XX века, отмеченные огромными социокультурными изменениями, происходившими в России, негативно сказались на формировании фондов НМБ. В этот период многие медицинские журналы прекратили свое существование, и подписка на большинство периодических изданий была прекращена.

На протяжении 50–80-х годов XX века фонд редкой книги не выделялся в отдельный подфонд, а в конце 80-х – начале 90-х годов большое количество старых редких книг было передано в музей истории медицины. Все это привело к тому, что после организации отдела редкой книги и проведения полного описания данного подфонда выяснилось, что ни количественный, ни отраслевой состав не соответствуют историческим данным. На сегодняшний день фонд редкой книги располагает чуть более чем 1 000 экземпляров книг на русском, латинском, французском и немецком языках, вышедших в XIX – начале XX века. К сожалению, пополнение фонда ведется только за счет благотворной традиции передавать в дар НМБ книги из личных собраний, неизменно соблюдаемой сотрудниками института. Вопрос же о возвращении в НМБ коллекции книг из уже не существующего музея истории медицины до сих пор не решен, несмотря на серьезные усилия руководства института.

О ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ШОКЕ И ВОЗМОЖНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЕЮ

Г.С. Мазуркевич, И.В. Крецер, Б.И. Джурко, Л.А. Кузнецова

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
Санкт-Петербург, РФ

С помощью способа количественной оценки централизации кровообращения уточнена роль этой реакции при шоке, определены границы ее оптимальности – 0,35–0,45 КЦК (коэффициент централизации кровообращения) и выявлены закономерности ее включения в ответ на шокогенное воздействие. Есть основания полагать, что конкретные механизмы регионарных перераспределений кровотока на разных этапах развития шока неодинаковы. Это предположение подтверждается тесной корреляцией уровня системного АД с выраженностью централизации: при артериальной гипотензии 50–60 мм рт.ст. и ниже централизация кровотока развивается неизбежно.

Однако выраженная централизация при воспроизведении травматического и геморрагического шока развивалась иногда и на фоне относительно высоких значений АД, составлявших около 100 мм рт.ст. В этих случаях отмечалась корреляция между выраженностью централизации кровотока, с одной стороны, и напряжением углекислого газа и pH венозной крови, с другой. Иными словами, чем меньше было напряжение углекислого газа и больше ацидоз, тем выраженнее становилась централизация кровотока.

Установлено, что направленность распределения кровотока в ответ на потерю крови от 20 до 50% ОЦК зависит от его исходного значения. При относительно высокой исходной централизации в ответ на потерю крови происходит децентрализация, а при исходно невыраженной централизации – централизация кровотока. Очевидно, что в том и в другом случае необоснованное применение сосудосуживающих препаратов может вывести реакцию централизации кровообращения за пределы оптимального диапазона и привести к неблагоприятным последствиям, несмотря на «нормализацию» системного АД.

Целесообразность исследований в этом направлении подтверждается результатами экспериментальных работ, проведенных в СПб НИИ СП, свидетельствующими о том, что удержание централизации кровообращения в оптимальном диапазоне с помощью вазоактивных препаратов приводит к увеличению продолжительности жизни животных с геморрагическим шоком в 3–4 раза без использования других терапевтических средств.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОКС: ПЕРВЫЙ ОПЫТ ГБУЗ «ГКБ № 64 ДЗМ»

В.В. Майсков, И.А. Мерай, М.Б. Буравлев, А.Р. Габриелян, А.С. Мильто, Л.Г. Ежова, Ж.Д. Кобалава, В.С. Моисеев

Городская клиническая больница № 64 ДЗ г. Москва

Москва, РФ

Цель. Изучить безопасность и эффективность чрескожных коронарных вмешательств при лечении больных с ОКС в скорпомощной больнице, не имеющей в своем составе отделений сосудистой и сердечно-сосудистой хирургии.

Материал и методы. Проведен анализ непосредственных и госпитальных результатов рентгенэндоваскулярного лечения 139 больных с ОКС за период с октября 2012 г. по июнь 2013 г. В исследование включены 106 мужчин (76%) и 33 женщины (24%), средний возраст – 63,2±7,4 года, от 33 до 88 лет. 49 больных (35,2%) госпитализированы с ОКС с элевацией ST, из них у 11 (22,4%) – на догоспитальном этапе проводили тромболитическую терапию. В 16 случаях (32,7%) выполняли катетерную аспирацию тромба, в 29 (59,1%) – использовали бивалирудин, в 12 (24,5%) – применяли блокатор IIb/IIIa тромбоцитов. Вмешательства выполняли трансрадиальным доступом в 135 случаях (97%); больным с элевацией ST – в 1-е сут, без элевации ST – в сроки, определенные шкалой GRACE. У 3 больных с кардиогенным шоком применяли ВАБКП, с последующим закрытием бедренного доступа устройством AngioSeal VIP.

Результаты. Непосредственный технический успех составил 98%, имплантированы 159 голометаллических стента (1,1 на больного). Макрофрагменты тромба получены в 11 случаях (69%) катетерной аспирации тромба. У 3 больных (2,1%) постановка стента осложнилась компротацией кровотока по типу *slow/no-reflow*. Массивных кровотечений из мест доступа не было. Продолжительность лечения в реанимационном отделении в среднем составила 1 к/д, длительность госпитализации 8 к/дней. Госпитальная летальность – 2,8% среди больных старшей возрастной группы (более 80 лет) на фоне тяжелой острой сердечной недостаточности.

Заключение. Эндovasкулярная реперфузия является безопасным, высокоэффективным методом лечения больных с ОКС, и ее следует рассматривать как приоритетную стратегию, несмотря на озабоченность, связанную с отсутствием в лечебном учреждении отделения сосудистой хирургии. Сочетание трансрадиального доступа, катетерной аспирации тромба и агрессивной антитромбоцитарной и антикоагулянтной терапии повышает безопасность и эффективность вмешательства, в том числе в случаях массивного тромбоза и проведения фармакоинвазивного лечения.

СПОСОБЫ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ И УТИЛИЗАЦИИ КИСЛОРОДА

Г.С. Мазуркевич, Б.И. Джурко, И.В. Крецер, Л.А. Кузнецова, М.К. Крылов

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
Санкт-Петербург, РФ

Способ оценки нарушений утилизации кислорода позволяет определить функциональную активность (жизнеспособность) клеток на системном, регионарном или органном уровнях по их способности утилизировать кислород за счет одновременной регистрации в артериальной и венозной крови концентрации двух газов, проходящих одинаковым путем: через кровеносные сосуды, межклеточное пространство и клетки, один из которых (кислород) утилизируется клетками, а другой не утилизируется и полностью выводится из организма (водород). Способ основан на методе водородного клиренса. Жизнеспособность клеток (ЖК) рассчитывали следующим образом:

$$ABPO_2 = \frac{KFК \times K}{ОСК}$$

где: $ABPO_2$ – артериовенозная разница по кислороду, $KFК$ – количество функционирующих капилляров, K – концентрация газа в артериальной крови, объемная скорость капиллярного кровотока – $ОСК$.

$$ABPH_2 = \frac{KFК \times K}{ОСК}$$

где: $ABPH_2$ – артериовенозная разница по водороду.

$$\frac{ABPH_2}{ABPO_2} = \frac{1}{ЖК}, \quad ЖК = \frac{ABPO_2}{ABPH_2}$$

Способ количественной оценки централизации кровообращения на системном уровне основан на одновременном измерении расхода крови в легочной артерии (Q) и задней полой вене (q) методом термодилуции или методом электромагнитной флоуметрии. Поскольку по задней полой вене происходит отток крови от «нежизненно важных» органов (мышцы, кожа, кости, желудочно-кишечный тракт, почки и др.), а по легочной артерии кровь поступает к «жизненно важным» органам (мозг, сердце, дыхательная мускулатура, легкие – бронхиальный кровоток и др.), то на основании величин кровотока в этих сосудах можно рассчитать коэффициент централизации кровообращения (КЦК):

$$КЦК = \frac{Q - q}{Q}$$

Разработка неинвазивного варианта способа возможна на основе анализа динамики изменений температурных градиентов «ядра» и «плаща» тела в сопоставлении с данными, полученными инвазивным способом оценки централизации кровообращения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ И ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ЭКСТРЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ

Д.А. Майтесян, А.П. Красников, В.Л. Балдин, А.В. Вериго, Ю.К. Курсанов, А.Г. Еременко

Городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова

Москва, РФ

Цель: улучшение хирургического лечения больных с окклюзионно-стенотическим поражением магистральных артерий нижних конечностей у пациентов с критической и острой ишемией.

Методы. С 2012 г. по настоящее время в отделении сосудистой хирургии по экстренным показаниям оперированы 14 пациентов с критической и острой ишемией нижних конечностей. Пациентам выполнено гибридное оперативное вмешательство с использованием передвижной С-дуги. Из них 10 мужчин (71,4%) и 4 женщин (28,6%). Средний возраст – 68,4±11,9 года. С сопутствующими заболеваниями: ИБС – 11 (78,6%), ПИКС – 4 (28,6%), гипертоническая болезнь – 14 (100%), атеросклеротическое поражение БЦА – 7 (50%), сахарный диабет – 5 (35,7%). Среднее значение ЛПИ перед операцией 0,15±0,15. Выполнены следующие операции: 3 пациента (21,4%) – тромбэктомия из бедренно-тибиального шунта с баллонной ангиопластикой дистального анастомоза и артерий голени; 4 (28,6%) – петлевая тромбэндартерэктомия из подвздошных артерий, дополненная баллонной ангиопластикой; 1 (7,1%) – петлевая тромбэндартерэктомия из подвздошных артерий со стентированием ПБА; 2 (14,2%) – баллонная ангиопластика подвздошных артерий и бедренно-подколенное шунтирование выше щели коленного сустава; 1 (7,1%) – баллонная ангиопластика ЗББА и протезо-заднетибиальное протезирование композитным протезом; 1 (7,1%) – тромбэктомия из ПБА, ПоА с последующей баллонной ангиопластикой ПоА и ПББА; 1(7,1%) пациенту – тромбэктомия из подвздошно-бедренного шунта, дополненная баллонной ангиопластикой проксимального анастомоза; 1(7,1%) пациенту – баллонная ангиопластика ПоА, артерий голени и аутовенозное бедренно-подколенное протезирование.

Результаты. Технический успех получен у 14 пациентов (100%). Среднее значение ЛПИ после операции составило 0,78±0,17. Сохранность конечности 81,8% ($n=11$). У трех пациентов в раннем послеоперационном периоде произошел тромбоз артерий голени с развитием необратимой ишемии, что потребовало ампутации нижней конечности на уровне бедра. Госпитальная летальность 0%. Отдаленные результаты прослеживались у 11 пациентов (81,8%) в сроки от 1 месяца до 1 года. В отдаленном периоде тромбоза стентов и магистральных артерий нижних конечностей не выявлено.

Выводы. Гибридные методики у пациентов с критической и острой ишемией нижних конечностей успешно позволяют одномоментно установить более одного сегмента магистральных артерий нижних конечностей, уменьшают операционную травму, улучшают отдаленные результаты реконструктивных операций.

СНЯТИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ПОСЛЕ ШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ИХ НАГНОЕНИИ

Д.А. Майтесян, С.В. Горюнов, А.П. Красников, В.Л. Балдин, А.В. Вериго, А.Г. Еременко
Городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова
Москва, РФ

Цель: изучить тактику ведения пациентов при нагноении синтетических протезов после шунтирующих операций на магистральных артериях.

Методы. С 2012 г. по настоящее время в отделении гнойной хирургии оперированы 11 пациентов с инфицированием протезов, которым ранее были выполнены шунтирующие операции на магистральных артериях по поводу окклюзионно-стенотического поражения аорты и артерий нижних конечностей. Из них 9 мужчин (81,8%) и 2 женщины (19,2%). Средний возраст – 65,4±11,9 года. Всем пациентам в предоперационном и послеоперационном периоде проводили антибактериальную, антикоагулянтную и дезагрегантную терапию, выполняли посев из раневого отделяемого. В двух случаях (18,1%) протез функционировал. С сопутствующими заболеваниями: ИБС – 11 (100%), ПИКС – 3 (27,2%), гипертоническая болезнь – 11 (100%), атеросклеротическое поражение БЦА – 4 (36,4%), сахарный диабет – 3 (27,2%). Среднее значение ЛПИ перед операцией 0,76±0,15. Выполнены следующие операции: 2 пациентам (18,2%) – снятие подвздошно-подколенного протеза; 2 (18,2%) – снятие бедренно-глубокобедренного протеза; 3 (27,2%) – снятие бедренно-подколенного шунта выше щели коленного сустава; 2 (18,2%) – снятие одной из ветвей бифуркационного аортобедренного протеза; 1(9%) – снятие бифуркационного аортобедренного протеза; 1(9%) – снятие бедренно-тибиального протеза. Всем пациентам во время операции выполнена хирургическая обработка гнойного очага растворами антисептиков.

Результаты. В послеоперационном периоде среднее значение ЛПИ – 0,45±0,17. Сохранность конечности в 54,5% случаев (n=6). У 4 пациентов в раннем послеоперационном периоде развилась необратимая ишемия нижней конечности, выполнена ампутация на уровне бедра. Госпитальная летальность 0%. Отдаленные результаты прослеживались у 7 (63,6%) пациентов в сроки от 1 мес до 1 г. У одного пациента в отдаленном периоде произошла декомпенсация кровотока оперированной нижней конечности с развитием гангрены, выполнена ампутация на уровне бедра.

Выводы. Во всех случаях при раннем снятии инфицированных протезов госпитальная летальность составляет 0%, предупреждает развитие септических осложнений. В 50% случаях не ухудшает состояние пациента с сопутствующими заболеваниями, приводит к ампутации нижней конечности.

РОЛЬ КИШЕЧНОГО ЛАВАЖА В СНИЖЕНИИ УРОВНЯ ЛИПОПОЛИСАХАРИДОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

В.А. Маткевич, Н.В. Ефдокимова, А.Н. Ельков, Ю.А. Курилкин
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

В последние годы возрос интерес специалистов к проблеме липополисахаридемии у больных в критических состояниях различной этиологии. Обзор литературы по данному вопросу показал высокую эффективность гемоперфузии через сорбент, покрытый полимиксином, широко применяемой с целью снижения уровня липополисахаридов (ЛПС) в крови больных сепсисом. Однако отсутствуют сведения об эффективности методов энтеральной детоксикации при липополисахаридемии. Принимая во внимание, что источником поступления ЛПС в кровяное русло является кишечник, был проведен анализ влияния кишечного лаважа (КЛ) на уровень ЛПС в крови больных при отравлениях психофармакологическими препаратами (ПФП).

Материал и методы. Содержание ЛПС в крови определяли у 23 больных с острыми тяжелыми отравлениями ПФП, которым проводили КЛ. Пробы крови брали до КЛ, непосредственно по его окончании и через 1, 3, 5 и 7 сут. Уровень ЛПС в сыворотке крови определяли с помощью гель-тромб теста (вариант ЛАЛ-теста) с использованием препарата амебоцитов *Limulus polyphemus* фирмы *Lonza* (США). Для увеличения доступности ЛПС, часто образующих агрегаты из-за наличия в молекуле и гидрофильной, и гидрофобной части, использовали металлоосажденный полианионный диспергирующий фактор *Pyrosperse* (*Lonza*, США). Чувствительность лизата амебоцитов – 0,03 *EU/ml*. В сыворотке крови здоровых доноров уровень эндотоксина находился в диапазоне от 0,03 до 0,06 *EU/ml*. Определяли и рассчитывали показатели интоксикации: эффективную концентрацию альбумина (ЭКА), удельный и абсолютный резерв связывающей способности альбумина (РССА и РСА), индекс токсичности (ИТ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) и индекс сдвига нейтрофилов (ИСН).

КЛ проводили в токсикогенной стадии отравления, вводя через назогастральный или назоэзофагеальный зонд солевой энтеральный раствор, изотоничный химусу и изосмолический плазме крови, в объеме 8–12 л. Промывание кишечника продолжали до чистых вод.

Результаты и обсуждение. Было обнаружено, что у 15 обследованных больных (65,2%) из 23 концентрация ЛПС в крови превышала норму более чем в 10 раз. После КЛ концентрация ЛПС в крови больных снизилась в 1,8 раза, а через одни сутки опустилась ниже исходного уровня в 2 раза при статистически значимом различии показателей ($p < 0,05$). Однако на 3-и сут концентрация ЛПС в крови вновь начала повышаться и к 7-м сут приблизилась к исходному значению. В 3-ей связи КЛ повторили через 3 сут до устранения эндотоксемии. Существенное уменьшение содержания ЛПС в крови после КЛ сопровождалось повышением ЭКА в среднем на 31% и ростом РССА сыворотки крови в 1,4 раза, уменьшением пула РСА в 6,6 раза, снижением ИТ в 9 раз, а также улучшением интегральных показателей интоксикации: снижением ЛИИ в 1,5 и ИСН в 1,7 раза, что свидетельствовало о редукции эндотоксикоза.

У 8 больных (34,8%) из 23 исходная концентрация ЛПС в крови была в пределах нормальных значений, не изменялась она и после КЛ.

Настоящее исследование показало, что КЛ является эффективным методом, позволяющим снизить уровень липополисахаридемии и редуцировать эндотоксикоз при острых пероральных отравлениях ПФП.

ЗНАЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-КОАГУЛЯЦИОННЫХ КРИТЕРИЕВ СИСТЕМНОЙ РЕАКЦИИ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

С.С. Маскин, А.М. Карсанов

Волгоградский государственный медицинский университет,
Республиканский онкологический диспансер,
Узловая больница на ст. Владикавказ ОАО «РЖД»
Волгоград, Владикавказ, РФ

Цель исследования: изучение прогностического значения критериев системной воспалительной реакции (SIRS) и продуктов активации системы гемостаза при параканкрозном воспалении и перитоните вследствие осложненного рака толстой кишки (РТК).

Материал и методы. В динамике изучены критерии SIRS у 73 больных с воспалительными и сочетанными осложнениями РТК. Во II стадии рака были оперированы 11 больных (15,1%), в III стадии – 41 (56,2%) и в IV стадии рака – 21 больной (28,7%).

SIRS-II был выявлен у 46 больных (63%); SIRS-III-IV – у 27 (37%), в том числе с сепсисом – у 36 (49,3%) и тяжелым сепсисом – у 12 (16,4%).

При сочетанно-осложненном РТК компенсированная обтурационная толстокишечная непроходимость (ОТН-I) выявлена в 67% случаев, декомпенсированная – ОТН-II – в 33%.

Результаты. Как с выраженностью гнойно-деструктивного процесса, так и с увеличением степени ОТН корреляционно возрастали: уровень ЛИИ в среднем с 1,6, до 3,4; активация всех звеньев гемостаза – с 47,0 до 89% больных, с появлением микроагрегатов внутрисосудистого свертывания латентно на фоне прироста токсемии у 18% больных; уровень III-IV порядкового роста от нормы C-реактивного белка с 27,4 до 84,8% был прямо пропорционален тенденции снижения ниже порогового более чем на 15% общей концентрации альбумина у 45% и 66,7% соответственно; частота средней и тяжелой степени SIRS – с 36,5 до 74,2%. Тяжелый сепсис (16,4%) и MODS-синдром были только в ОТН-II, последний был сопряжен с распространенным перитонитом.

Заключение. Динамические критерии воспалительно-коагуляционного компонента SIRS позволяют прогнозировать вероятность неблагоприятного прогноза на субклинической стадии. В послеоперационном периоде контроль за ходом лечения должен включать показатели эндотоксемии и гемостаза, острофазных белков.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРА И КОСТЕЙ ТАЗА

И.Х. Махкамов, Э.Ю. Валиев, Р.Н. Хакимов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан

Сочетанные повреждения таза с переломами бедренных костей относятся к одной из самых тяжелых травм, в структуре сочетанных и множественных травм данные повреждения регистрируются от 4,4 до 12,8%. Наиболее частой причиной повреждений являются дорожно-транспортная травма и кататравма.

Значимость рассматриваемой проблемы обусловлена неуклонным ростом сочетанных и множественных травм в общей структуре травматизма и высоким удельным весом повреждений костей конечностей и таза.

В плане лечения переломов бедра с повреждением таза в остром периоде остаются традиционные консервативные способы, которые не всегда бывают эффективными.

Материалом исследования явились данные результатов лечения 97 больных с сочетанными переломами бедра и повреждениями таза, находившихся на лечении в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи.

Всем пациентам с сочетанными переломами бедра и таза объем обследований и лечения проводили по стандартной схеме с учетом доминирующей патологии. При поступлении больных госпитализировали в протившоковой палату, где они были осмотрены всеми специалистами дежурной бригады – травматологом, нейрохирургом, реаниматологом, абдоминальным хирургом, урологом.

Нами разработана тактика лечения повреждений таза с переломами бедра, которая базируется на двух показателях – тяжести состояния и тяжести повреждения. Принципиальным положением является стабилизация повреждений в раннем периоде травматической болезни.

Тяжесть состояния пострадавших при поступлении является сдерживающим фактором для выполнения раннего остеосинтеза, в связи с чем нами в клинике разработана спице-стержневой аппарат внешней фиксации «таз-бедро».

Преимущества спице-стержневого аппарата «таз-бедро»: малая травматичность методики может быть использована в 1-е ч после травмы; создает условия для репозиции и стабильной фиксации костных отломков; имеется возможность активизировать больного и предупредить легочные осложнения; обеспечивает удобство при уходе за больным; позволяет провести раннюю активизацию и реабилитацию.

Таким образом, применение спице-стержневого аппарата внешней фиксации «таз-бедро» при лечении переломов бедра с повреждениями таза дает возможность выполнить репозицию и фиксацию отломков костей таза и бедренной кости с устранением смещения бедренной кости. Малоинвазивность метода с минимальной травматизацией мягких тканей позволяет осуществить остеосинтез в остром и раннем периодах травматической болезни. Жесткая фиксация и возможность перераспределения нагрузки через конструкцию аппарата, минуя поврежденный сустав, позволяет активизировать больного на 10–14-е сут после операции, что значительно снижает риск грозных гипостатических осложнений.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЗОВ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Л.О. Межебицкая, Е.Ю. Трофимова

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Своевременная диагностика венозных тромбозомболических осложнений (ВТЭО) является одним из основных моментов лечения пострадавших с политравмой. Ведущее место в диагностике тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) занимает ультразвуковое исследование (УЗИ). При иммобилизации конечностей и наличии системы скелетного вытяжения многие сосуды труднодоступны для исследования. Повреждение мягких тканей представляет существенную трудность при компрессионной сонографии, а нарушение дыхания и сознания – при выполнении функциональных дыхательных проб. Исследование вен нижних конечностей по стандартной методике возможно только у 17% пострадавших с сочетанной травмой.

Цель работы: повысить информативность УЗИ для наиболее раннего выявления ТГВНК, оценки эффективности его профилактики и лечения в остром периоде тяжелой сочетанной травмы.

Проведен анализ данных УЗИ в динамике 500 пострадавших, имеющих переломы костей таза и (или) нижних конечностей в сочетании с травмой головного мозга, груди, живота.

Соблюдая основные рекомендации стандартной методики, мы предложили ее адаптированную модификацию, которая заключается в рациональной последовательности сканирования с использованием увеличивающих информативность методических приемов:

- выделении 5 этапов исследования, начиная с доступного для установки датчика у всех пострадавших общеперегородочного сегмента, в котором, по нашим данным, локализовалось 70% флотирующих тромбов;
- изучении анатомического хода, диаметра, стенки и просвета вен с прогностической целью;
- сравнительной оценке показателей гемодинамики глубокого и подкожного венозного русел для выявления УЗ-предикторов тромбоза;
- приоритетном выборе цветодоплерованных режимов при снижении информативности компрессионной сонографии у пострадавших с повреждением и отеком мягких тканей;
- улучшении доступа к подкожному венозному сегменту путем формирования «окна» в шинирующем устройстве у больных с системой вытяжения, аппаратами наружной фиксации и после реконструктивных операций;
- модификации компрессионной пробы Сигела для выявления флотирующего тромба и определения степени его подвижности у пострадавших с нарушением сознания и расстройством дыхания.

Анализ сроков формирования ТГВНК и изменений характеристик венозного русла в динамике позволил предложить алгоритм УЗИ. Оптимальным сроком проведения первого исследования являются 3-и сут от момента травмы с последующим ежедневным наблюдением. У пациентов, требующих оперативного вмешательства, необходимо провести УЗИ за 1–2 сут до предстоящей операции с последующим ежедневным контролем, начиная со 2–3-х сут послеоперационного периода. При выявлении претромботического состояния и флотирующего тромбоза повторные УЗИ мы рекомендуем проводить через 4–5 сут до ликвидации угрозы эмболии.

Использование усовершенствованной методики и дифференцированных сроков проведения повторных УЗИ вен нижних конечностей у пострадавших с сочетанной травмой позволило своевременно диагностировать претромботические состояния и тромботические осложнения на ранних стадиях, что послужило правильному выбору профилактики и оптимальной тактики лечения ВТЭО.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ СТВОЛА ЛКА У БОЛЬНЫХ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Е.В. Меркулов, А.Н. Самко, В.М. Миронов

НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова,

Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ

Москва, РФ

Цель: проанализировать непосредственные и отдаленные результаты одноэтапного выполнения ангиопластики ствола и инфаркт-связанных ветвей левой коронарной артерии (СтЛКА) у больных с ОКС с подъемом сегмента ST (ST ОКС).

Материал и методы. В исследование включен 81 больной с ST ОКС, которым выполнено одноэтапное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием ствола ЛКА и инфаркт-связанных передней нисходящей (ПНА) или огибающей артерий (ОА). У 53 больных (65,4%) инфаркт-связанной артерией являлась ПНА, у 28 остальных (34,6%) – ОА. Поражение в терминальном отделе СтЛКА было у 45 больных (55,6%).

Результаты. Всем больным имплантированы стенты с лекарственным покрытием, у 66 больных (81,4%) ЧКВ выполнено радиальным доступом, у 38 (46,9%) – с применением внутриаортальной баллонной контрпульсации, 19 больным (23,4%) выполнено внутрисосудистое ультразвуковое исследование. Интраоперационная летальность составила 2,5% (2 больных с кардиогенным шоком с инфаркт-связанной ПНА). Во всех остальных случаях был достигнут положительный непосредственный ангиографический результат. В госпитальном периоде умерли еще 2 больных, таким образом, общая госпитальная смертность составила 4,9%. У 27 больных (33,3%) сохранились симптомы стенокардии, связанные с гемодинамически значимым поражением других коронарных артерий, что потребовало 2-го этапа эндоваскулярного лечения. Срок наблюдения составил 32–39 мес. За этот период по разным причинам умерли 7 больных (8,6%). Повторная реваскуляризация целевых сегментов была выполнена у 10 больных (12,3%). Из них ЧКВ СтЛКА проведено 3 больным. ЧКВ, связанное с ухудшением состояния других отделов коронарного русла, проведено 11 больным (13,5%). Выживаемость без неблагоприятных событий составила 60,7%.

Заключение. Полученные результаты позволяют предположить, что одноэтапное проведение ангиопластики ствола ЛКА и инфаркт-связанной ПНА или ОА является эффективным и безопасным методом лечения ST ОКС, но необходимы дальнейшие исследования с более длительным сроком наблюдения.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Л.О. Межебицкая

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Высокая частота развития и бессимптомность течения тромбозов глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) у пострадавших с травмой диктует необходимость их активного выявления и инструментального наблюдения. Ситуация осложняется тем, что не всегда возможно провести адекватную профилактику антикоагулянтами из-за риска геморрагических осложнений у этих пациентов.

Цель работы – оценка эффективности различных видов медикаментозной профилактики ТГВНК при динамическом ультразвуковом исследовании (УЗИ).

Проанализированы результаты повторных УЗИ вен нижних конечностей (ВНК) 500 пострадавших с политравмой опорно-двигательного аппарата. По характеру медикаментозной профилактики выделены две группы. В 1-ю вошли 186 больных, которым в комплекс профилактических мер были включены низкомолекулярные гепарины (НМГ). 2-ю группу составили 314 пациентов, получавших антиагреганты. При ежедневных УЗИ, проводимых с 3–5-х сут от момента травмы, оценивали диаметр вен, эхоструктуру стенки и просвета, уровень и характер проксимальной границы тромбоза. В 1-й группе в различные сроки посттравматического периода ТГВНК выявлен у 29 пациентов (15,6%). Из них в 2 случаях (6,2%) диагностированы билатеральные тромбозы (31 конечность). Дистальный тромбоз выявлен в 10 конечностях (32,3%), в 19 конечностях (61,2%) тромбоз распространялся на общую бедренную вену и в 2 случаях (6,5%) достиг подвздошных вен. По характеру фиксации тромботических масс выделено 7 (22,6%) пристеночных, 3 (9,7%) окклюзионных и 21 (67,7%) флотирующих тромбозов. Нарастание тромбоза в проксимальном направлении отмечено у 3 пациентов (10,3%). Признаки реканализации ТГВНК выявлены у 7,4% больных уже на 2-й нед. На 3–4-й нед наблюдения восстановление функционирующего просвета более 30% по диаметру отметили в 35,7% случаев. Во 2-й группе пациентов ТГВНК обнаружен у 165 больных (52,5%), в том числе билатеральный – у 22 (13,3%). Дистальный тромбоз развился в 116 конечностях (62,0%), достиг общеперегородочного сегмента в 52 конечностях (27,8%), и в 19 случаях (10,2%) распространился на подвздошный сегмент. По характеру расположения тромботических масс выделено 66 (35,3%) окклюзионных, 86 (46%) пристеночных и 35 (18,7%) флотирующих ТГВНК. Нарастание уровня в динамике отмечено у 32 пациентов (19,4%). Первые признаки реканализации выявлены на 3-й нед у 6%, а восстановление функционирующего просвета на 30% по диаметру – на 4-й нед наблюдения у 19% больных.

Выводы. На фоне применения НМГ венозные осложнения развиваются в 3,3 раза реже, чем при использовании антиагрегантов ($p < 0,05$), но при этом в 3,6 раза возрастает доля эмболических флотирующих тромбозов.

Несмотря на «коварство» характеристик ТГВНК у пациентов с профилактикой НМГ, распространение патологического процесса в проксимальном направлении отмечено в 2 раза реже, а начало реканализации на 1–2 нед раньше и с более эффективным восстановлением просвета.

РАДИОНУКЛИДНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЭЛА

Е.В. Мигунова, О.В. Никитина, О.Г. Синякова

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Перфузионная скintiграфия (ПС) легких позволяет количественно оценить дефицит перфузии у больных с ТЭЛА и экстренно решить вопрос о выборе антитромботической терапии. ПС легких основана на микроэмболизации капилляров легочной артерии (ЛА) микросферами или инфаркт-связанной альбумина, мечеными ^{99m}Tc, что позволяет выявлять дефекты перфузии при окклюзии легочных сосудов любого калибра.

Цель. Определение эффективности тромболитической терапии (ТЛТ) по данным ПС легких.

Материал и методы. Показанием для ТЛТ считали наличие дефицита перфузии, выявленного при ПС, выше 35–40% и клинических проявлений острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности при отсутствии противопоказаний к ее применению. Радионуклидное исследование проводили до начала ТЛТ по стандартному протоколу в 4 проекциях (передняя, задняя, две боковые) через 5 мин после в/в введения на глубоком вдохе 100 МБк ^{99m}Tc-макротеха (лучевая нагрузка 1,1 мЗв). Контрольное скintiграфическое исследование на фоне лечения выполняли в интервале 2–5 сут.

Проанализированы результаты обследования 76 больных в возрасте 59,3±13,9 года с ТЭЛА, обратившихся в стационар за помощью на 1–9-е сут от момента заболевания, которым проведена ТЛТ активизации в дозе 100 мг или стрептокиназой в дозе 1,5 млн ЕД, при необходимости повторно, с последующим назначением антикоагулянтов (гепарин в дозе 1000–1300 Ед/ч). Все обследованные больные, по данным ПС, имели множественные краевые дефекты перфузии различной формы и размеров. Дефицит перфузии, по данным ПС, до начала лечения в среднем составил 48,6 (12,7%); (40,0; 48,6; 60). При контрольном исследовании на 2–5-е сут после ТЛТ дефицит перфузии уменьшился на 20,0 (13,2%); (10,0; 20,0; 37,5) и составил 28,6 (13,2%); (20,0; 28,6; 37,5). У 6 пациентов (8%) эффекта от ТЛТ не отмечено (четыре обратились в 1-е сут, один – на 3-и и один – на 7-е). Процент восстановления перфузии в указанных случаях был низким, несмотря на ТЛТ, улучшения перфузии не отмечено, по-видимому, из-за позднего обращения этих пациентов за медицинской помощью. Тем не менее, зависимости эффекта ТЛТ от сроков начала терапии не получено ($r = -0,17$), что указывает на целесообразность ТЛТ вплоть до 9 сут обращения от начала заболевания. Всего значимый эффект от ТЛТ отмечен в 92,1% случаев (70/76).

Выводы. ПС легких остается ведущим методом для количественной оценки восстановления перфузии и контроля эффективности тромболитической терапии у больных с ТЭЛА, благодаря невысокой лучевой нагрузке при многократных повторных исследованиях и отсутствию побочных реакций.

КАТЕТЕРНАЯ ТРОМБЭКСТРАКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

В.М. Миронов, Е.В. Меркулов, А.Н. Самко

НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова,
Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ
Москва, РФ

Феномен «*no-reflow*» остается серьезной проблемой при баллонной ангиопластике и стентировании инфаркт-связанной артерии (ИСА) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST. Дистальная эмболия тромботическими массами и кусочками атеросклеротической бляшки в свою очередь ухудшает прогноз у данной группы больных. Для предотвращения дистальной тромбоэмболии в мировой практике широко используют различные методы дистальной и проксимальной защиты, в том числе катетерная тромбэкстракция.

Цель: определить значимость применения катетерной тромбэкстракции при ангиопластике и стентировании у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST.

Методы. В группу исследования вошли 344 больных с ОКС с подъемом сегмента ST. Всем пациентам выполняли коронарографию. У 287 больных была выявлена тромботическая окклюзия одной из коронарных артерий. У 57 пациентов отмечены гемодинамически значимые стенозы с признаками пристеночного тромбоза. У 166 больных перед стентированием была выполнена аспирация тромбов с помощью аспирационных катетеров *Export XT (Medtronic, USA)* и *Quick Cat (Spectranetics, USA)*. В группу контроля были включены 178 пациентов, им была проведена преддилатация в месте окклюзии с дальнейшей установкой стентов. Осуществлена оценка кровотока (TIMI, миокардиальное свечение) и динамики сегмента ST.

Результаты. У 166 пациентов проведена попытка выполнить аспирацию тромбов из ИСА. Успешная тромбэкстракция была осуществлена у 155 больных. В 11 случаях аспирационный катетер за место окклюзии. Во всех наблюдениях после тромбэкстракции был достигнут положительный непосредственный ангиографический результат. После выполнения стентирования достигнут кровоток TIMI III у 143 пациентов (92,3%) в группе тромбэкстракции против 142 (75%) в группе контроля. Миокардиальное свечение 3-й степени отмечено у 128 больных (82,6%) в группе тромбэкстракции против 59 пациентов (31,4%) в группе контроля. Снижение сегмента ST >70% в группе тромбэкстракции наблюдалось у 94 больных (60,6%), в группе контроля – у 65 (34,6%). Преддилатацию с помощью баллонных катетеров перед стентированием выполняли в группе контроля в 178 случаях, в группе тромбэкстракции – в 18. У 47 больных в группе контроля отмечалось замедление кровотока после имплантации стента – TIMI I–II, что потребовало применения блокаторов GP IIb/IIIa, после чего у 34 из них удалось достичь кровотока TIMI II–III.

Выводы. Полученные результаты позволяют предположить, что применение катетерной тромбэкстракции снижает риск дистальной тромбоэмболии и феномена «*no-reflow*» у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, позволяя получить хороший ангиографический и клинический результат в госпитальном периоде. Для оценки влияния тромбэкстракции на прогноз у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST необходимы дальнейшие исследования.

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

А.Г. Мирошниченко, Н.О. Рухляда, О.Г. Кисельгоф, Р.Р. Алимов

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

Санкт-Петербург, РФ

Утверждение в 2010 г. приказа Минздравсоцразвития РФ от 2 августа 2010 г. № 586н «О внесении изменений в порядок оказания скорой медицинской помощи, утвержденный Минздравсоцразвития РФ от 1 ноября 2004 г. № 179» позволило инициировать процесс формирования коек СМП (суточного динамического наблюдения и краткосрочного лечения в течение 3 сут) стационарного отделения скорой медицинской помощи многопрофильного стационара (СтОСМП) – СПбНИИ СП им. И.И. Джанелидзе. В этой связи оценка экономической целесообразности работы подобных отделений является крайне актуальной. В работе исследованы финансовые результаты (доход, расход по себестоимости, баланс по себестоимости), число койко-дней (КД) оказания помощи в двух группах больных с I гр. – обострением хронического панкреатита легкой степени тяжести (ХП) (348 пациентов (далее – п.), II гр. – острым панкреатитом тяжелой степени тяжести (ТП) (82 п.) проходивших лечение в 2012 г. в СтОСМП (I гр. – 256 п., II гр. – 7 п.) и специализированном хирургическом отделении (далее – СХО) (I гр. – 92 п., II гр. – 75 п.). В результате исследования выяснено, что значения баланса по средней себестоимости лечения больных в группе ХП на СХО составили в пересчете на один КД – 328,16 р., то есть «убыточно», рентабельность составила 13,26%. В то время как в СтОСМП – 666,55 р., то есть «прибыльно», рентабельность составила 55,25%. Такие результаты объясняются тем, что расходы СХО при оказании помощи этой группе больных (средний расход по себестоимости 1 КД = 2475,07 р.) больше на 51,26%, чем СтОСМП (1 206,40 р.), что вероятнее связано с использованием врачебного штата специалистов более высокого уровня. Поиск дополнительных резервов получения более высоких экономических результатов СХО потребовал изучения «упущенной выгоды» СХО вследствие необоснованной госпитализации больных ХП, требующих только краткосрочного лечения в СтОСМП. Известно, что средний доход 1 КД лечения ТП в СХО равный 4 569,66 р. на 53,02% выше, чем 1 КД ХП, равный 2 146,91 р. Общий КД больных с ХП в СХО (92 пац.) составил 301 КД, общий доход – 646 219,73 р. Выполнен расчет возможного дохода при использовании 301 КД для лечения больных ХП. Прогнозируемый доход при лечении ТП на 301 КД был равен 1 375 467,66 р., что на 53,02% выше полученного (646 219,73 р.), «упущенная выгода» СХО при лечении ХП – 729 247,93 р.

Заключение. Лечение больных ХП экономически целесообразно выполнять в СтОСМП по сравнению со СХО, где для повышения доходности отделения экономически целесообразно оказывать помощь при ТП. Оценка качества лечения в рассматриваемых группах и структурных подразделениях требует отдельного изучения.

СРЕДНИЕ НОРМАТИВЫ ОБЪЕМА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова, О.Г. Кисельгоф, Р.Р. Алимов

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

Санкт-Петербург, РФ

Скорая медицинская помощь (СМП) Российской Федерации (РФ) – огромный потенциал, оказывающий помощь 143 056 383 жителям нашей страны (2012), 26% из которых – сельское население, а 19% – дети от 0 до 17 лет.

Во исполнение постановления Правительства РФ от 22 октября 2012 г. № 1074 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» (далее – ПГГ) органы государственной власти субъектов РФ разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий (ТПГГ), включая территориальные программы обязательного медицинского страхования (ОМС), установленные в соответствии с законодательством РФ об ОМС. ТПГГ должна быть сбалансирована в части объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям ее оказания.

Средние нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по ПГГ рассчитываются в единицах объема на 1 жителя в год, по базовой программе ОМС – на 1 застрахованное лицо. Их используют в целях планирования и финансового-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных ПГГ, они определяют потребность в кадровых и материальных ресурсах и составляют на 2013–2015 гг. для СМП вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, 0,318 вызова на 1 жителя.

С учетом особенностей регионов используют дифференцированные объемы СМП, рассчитанные на 1 жителя в год, для Пермского края, республик Карелия, Коми, Бурятия, Саха (Якутия), Еврейской автономной области, Амурской, Томской, Мурманской, Тюменской областей – в среднем 0,33 вызова; для Красноярского, Камчатского, Хабаровского, Забайкальского краев, Архангельской, Сахалинской, Иркутской, Магаданской областей, Чукотского автономного округа – в среднем 0,36 вызова. В случае установления иного значения норматива, чем значение ПГГ, норматив обосновывается конкретными факторами – уровнем госпитализированной заболеваемости населения, демографическими особенностями региона, уровнем территориальной доступности (плотность транспортных путей постоянного действия, расселение и проживание жителей в труднодоступных, горных районах, районах с ограниченными сроками завоза груза, доля населения, проживающего в мелких населенных пунктах) и др.

Различные условия оказания СМП на территории РФ привели к включению в ТПГГ нормативов объема СМП, значительно отличающихся от ПГГ. При рассмотрении этих данных по федеральным округам (ФО) колебания показателя составили: Дальневосточный ФО – 0,318–0,439 (+38% к показателю ПГГ), Центральный ФО – 0,318–0,389 (+22%), Сибирский ФО – 0,318–0,380 (+19%), Северо-Западный ФО – 0,318–0,352 (+11%), Приволжский ФО – 0,318–0,345 (+8%), Южный ФО – 0,318–0,335 (+5%), Уральский ФО – 0,318–0,330 (+4%), Северо-Кавказский ФО – 0,318.

Средний норматив объема СМП – это также один из критериев доступности и качества медицинской помощи, установленный ТПГГ в соответствии с ПГГ, мониторинг уровня и динамики которого осуществляется органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения. Выравнивание финансовых условий реализации ТПГГ, стимулирование эффективности их реализации выполняются в соответствии с законодательством РФ.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ СКОРОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Ю.М. Михайлов, В.Ф. Озеров

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

Городская станция скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга

Санкт-Петербург, РФ

Идея организации в России оказания догоспитальной помощи при несчастных случаях принадлежит врачу Г.Л. Аттенгоферу, написавшему в 1820 г. «Проект Заведению в Санкт-Петербурге для спасения обмирающих скорострительно или подвергших жизнь свою опасности». От высказывания идеи до воплощения в действительность прошло почти 80 лет. Научное обоснование организации подачи первой помощи при несчастных случаях было подготовлено под руководством профессоров Военно-медицинской академии Н.А. Вельяминова и Г.И. Турнера, врачами В.П. Загорянским-Кисель (1896) и А.Ф. Бердяевым (1897). Это были первые докторские диссертации в России, специально посвященные разностороннему опыту организации подачи первой помощи.

Раньше всех станция первой помощи в Российской империи была создана на частные средства в Варшаве в 1897 г. Что касается Москвы, то там весной 1898 г. при двух полицейских участках были организованы 2 кареты первой помощи. В 1899 г. кареты первой помощи в Москве появились еще при трех полицейских участках. Кареты содержались исключительно на средства благотворительницы А.И. Кузнецовой.

Непосредственно последним толчком к тому, чтобы руководство страны на правительственном уровне приняло решение о создании первых станций скорой помощи в России, послужила Ходынская катастрофа. В конце 1896 г. государыня императрица Мария Федоровна изволила выразить желание, чтобы в столице Российской империи Санкт-Петербурге была организована подача первой помощи при несчастных случаях. К началу 1899 г. были созданы 5 станций первой помощи при пожарных частях: Спасской, Московской, Васильевской, Нарвской, Шлиссельбургской. Общество Красного Креста выделило по 2 санитаров на каждую станцию и деньги на их содержание. В марте 1899 г. в Санкт-Петербурге учреждено Общество подачи первой помощи, главным врачом которого был назначен профессор Г.И. Турнер. Знаменитый день **7 марта 1899 г.** должен быть навсегда запечатлен в истории скорой помощи России. Конногвардейский маневр в Санкт-Петербурге с утра заполнился членами правительства, представителями «Комитета» и общественностью. По прибытии государыни Марии Федоровны был совершен молебен, все кареты и снаряжение станций были окроплены святой водой, после чего было проведено показательное учение санитаров.

В 1903 г. создана станция скорой помощи в г. Одессе, которая располагала 4 каретами, а на ее службе к 1908 г. находились 8 врачей. Содержалась станция исключительно на средства графа М.М. Толстого.

Однако, чтобы первая помощь потерпевшим от несчастного случая в большом городе могла быть оказана в любое время, в любом месте, с необходимой быстротой и умением, она не должна быть лишь делом милосердия отдельных лиц. Эта задача выполняема только тогда, когда все общество совместно с правительством страны общими усилиями создает постоянную, прочную организацию для подачи первой помощи пострадавшим при несчастных случаях. Таким примером и стала совместная деятельность органов власти и Всероссийского общества Красного Креста по созданию в столице империи «Комитета по оказанию помощи пострадавшим в несчастных случаях».

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗРЫВАМИ ЮКСТАРЕНАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ
И.П. Михайлов, О.М. Тверитинова, А.Н. Бондаренко, П.М. Ефименко
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

В данном исследовании отражены результаты лечения 56 пациентов, поступивших с клинической картиной разрыва юкстаренальной аневризмы брюшной аорты (2007–2012 гг.). Критериями разрыва аневризмы считали нарушение целостности всей стенки аневризмы и наличие забрюшинной гематомы или крови в брюшной полости. 6 больных (10,71%) не были оперированы. Все они поступили в институт в агональном состоянии с длительными сроками заболевания (с момента разрыва), отмечали явления геморрагического шока, острой сердечной недостаточности, полиорганной недостаточности, в ряде случаев с гангреной нижних конечностей, явлениями мезентериального тромбоза, острым нарушением мозгового кровообращения, острым инфарктом миокарда. Все эти больные были признаны инкурабельными и умерли.

Показанием к экстремному оперативному вмешательству являлась клиническая картина продолжающегося кровотечения. Если состояние больного удавалось стабилизировать, то операцию производили в отсроченно-экстремном порядке. Оперированы 50 пациентов (89,3%). 19 больных (38%) оперированы экстремно, 31 (62%) – отсроченно-экстремно (в течение 6–36 ч с момента поступления).

При поступлении в стационар больным производили в обязательном порядке рентгенологическое и ультразвуковое исследования (в отделении реанимации или в операционной). При стабильном состоянии больного дополнительно выполняли компьютерную томографию для выявления степени распространенности аневризмы, вовлечения почечных артерий и подтверждения разрыва, что позволяло определить объем предстоящей операции. Проводили консервативную терапию (предоперационная подготовка), направленную на стабилизацию общего состояния, коррекцию гемодинамических нарушений, стабилизацию сердечной деятельности, гемостазу и инфузионную терапию для восполнения имеющейся кровопотери (забрюшинная гематома), управляемую гипотонию.

Общая летальность составила 51,8% (29 больных). Среди больных, оперированных экстремно, умерли 57,9% (11), а после отсроченно-экстремных операций – 41,93% больных (13). Основными послеоперационными осложнениями были кардиальные осложнения (ОИМ) в 27,4% случаев, гастроэнтерологические осложнения (парез кишечника, желудочно-кишечные кровотечения) наблюдали в 25,8% случаев, почечные осложнения (ОПН) отмечены в 19,4% случаев, дыхательную недостаточность (пневмония, гидроторакс) наблюдали у 9,7%, неврологические осложнения (энцефалопатия) встречались в 1,6% случаев.

Развитие в послеоперационном периоде почечной недостаточности приводило к развитию полиорганной недостаточности и летальному исходу в 11,25% (9 больных). Отмечали повышение уровня мочевины, креатинина, билирубина.

В большинстве случаев выполняли бифуркационное протезирование. При сохранении пульсации на периферических артериях при поступлении считали целесообразным накладывать дистальные анастомозы с подвздошными артериями (при отсутствии выраженного атеросклеротического поражения или аневризматических изменений подвздошных артерий).

Длительность операций составляла от 1,2 до 5 ч. Интраоперационная кровопотеря от 450,0 до 6 л. Большое значение имеет использование интраоперационной аппаратной реинфузии крови.

Основной причиной смерти являлись массивная кровопотеря в дооперационном периоде и во время операции, сопровождающаяся геморрагическим шоком, и острая сердечно-легочная недостаточность (инфаркт миокарда, пневмония, ТЭЛА), интоксикация (всасывание забрюшинной гематомы, гангрена конечности), полиорганная недостаточность, большой объем оперативного вмешательства в более поздние сроки – нарастание почечно-печеночной недостаточности, а также тяжелый общесоматический статус пациентов на фоне декомпенсации множественных сопутствующих заболеваний.

Большое значение в улучшении результатов лечения больных разрывом юкстаренальной аневризмы имеет высококалорифицированное анестезиологическое обеспечение и реанимационное ведение больных в послеоперационном периоде с применением активных методов детоксикации. Положительный эффект наблюдали от дренирования брюшной полости и забрюшинной гематомы, от интраоперационной назоинтестинальной интубации для парентерального введения жидкостей и раннего начала адекватного питания больных в послеоперационном периоде.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭМБОЛИЕЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ДЛИТЕЛЬНЫМИ СРОКАМИ ИШЕМИИ

И.П. Михайлов, Е.В. Кунгурцев, П.М. Ефименко, В.А. Арустамян
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения больных с длительными сроками ишемии и тромбозом дистального артериального русла, обусловленными эмболией артерий нижних конечностей.

Материал и методы. С 2006 по 2011 г. мы прооперировали 624 больных с эмболиями артерий нижних конечностей. Возраст больных колебался от 49 до 93 лет (в среднем 66,4±3,5 года).

Среди больных было 425 мужчин (68,1%) и 199 женщин (31,8%). У всех больных в анамнезе имелись эмбологенные факторы (мерцательная аритмия, инфаркт миокарда в сроки менее 6 месяцев).

В сроки от 6 ч с момента возникновения ишемии в стационар доставлено 343 пациента (54,9%), от 7 до 24 часов – 189 (30,2%), в более поздний период – 92 (14,9%).

Объектом изучения стала группа больных, поступивших в сроки от 7 до 24 часов с момента ишемии – 189 пациентов (30,2%).

Больные были разделены на 2 группы.

В 1-ю группу включены пациенты, оперированные из одного хирургического доступа – 119 человек (62,9%).

Вторую группу составили пациенты, которым операция дополнена вторым хирургическим доступом – 70 человек (37,9%).

Все пациенты были оперированы. В 1-й группе 12 пациентам (10%) выполнена эмболектомия из подвздошных артерий, у 66 (55,4%) – эмболектомия из бедренных артерий с последующим швом артерии, 24 (20,1%) – эмболектомия из бедренных артерий с последующей аутовенозной пластикой (пациенты с выраженными атеросклеротическими изменениями), 17 (14,2%) – эмболектомия из подколленных артерий с последующей пластикой аутовены.

Во 2-й группе – в 3 (4,2%) – эмболектомия из подвздошных артерий, дополненная вторым доступом (ниже щели коленного сустава), 54 (77,1%) – эмболектомия из 13 бедренных артерий, дополненных тибиемедиальным доступом (ниже щели коленного сустава), 13 (18,5%) – эмболектомия из подколленных артерий дополненная в 6 (8,57%) случаях микротибиальным доступом на стопе, из которых – 4 (5,71%) из задней большеберцовой артерии, а 2 (2,85%) – из передней тибальной артерии.

Основными критериями для принятия решения о необходимости выполнения дополнительного доступа являлись неудовлетворительный ретроградный кровоток, умеренные атеросклеротические изменения артерий, степень ишемии конечности, состояние больного, сопутствующая патология, характер удаленных эмболов и тромботических масс, сроки с начала заболевания.

Результаты. У 4 больных (2,11%) имел место летальный исход. Причиной смерти в этих случаях стали острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу. Летальность в группах была равной.

В 1-й группе отмечалось меньше местных осложнений (14,2±4,4%), но выше частота ретроэмболов и ампутаций (87,2±6,2), чем во 2-й группе, что свидетельствует о целесообразности клинического применения тибиемедиального (микротибиального) доступа для восстановления магистрального кровотока у больных с поздними сроками ишемии и тромбозом дистального артериального русла.

Заключение. За счет выполнения дополнительного (тибиемедиального или микротибиального) доступа удается идентифицировать артерии голени, в более полном объеме провести тромбэктомию из артерий, так как катетер Fogarty более чем в 90% случаев попадает в тибиемедиальный ствол, а затем в заднюю большеберцовую артерию, при этом оставляя интактными две артерии голени, которые также могут быть тромбоссоциированными.

Таким образом, выполнение дополнительного доступа у больных с острой ишемией нижних конечностей, обусловленной эмболией артерий ниже паховой связи, с длительными сроками ишемии и развитием тромбоза дистального артериального русла является хорошим дополнением к обычной эмболектомии, позволяя снизить частоту ампутаций и улучшить результаты хирургического лечения.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ АНЕВРИЗМАМИ БРЮШНОЙ АОРТЫ

И.П. Михайлов, В.Х. Тимербаев, И.В. Александрова, Д.А. Косолапов, О.А. Тверитинова
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Несмотря на большие успехи современной ангиохирургии, достигнутые в последнее время при лечении заболеваний магистральных сосудов, ишемической болезни сердца и мозга, лечение больных с разрывами аневризм интраартерияльного отдела аорты и особенно экстраартерияльных аневризм, остается сложной и практически не решенной проблемой. Летальность при этой патологии остается на неприемлемо высоких цифрах и достигает, по данным различных авторов, 90%.

Вместе с тем, заболеваемость аневризмой брюшного отдела аорты не имеет тенденции к снижению, и, несмотря на широкое применение методов профилактики развития атеросклероза и совершенствования методов ранней диагностики, составляет, например, в США, 36,2 на 100 000 чел., в то время как заболеваемость сахарным диабетом, по данным ВОЗ, составляет всего 15 на 100 000. Из 100 000 населения 8 поступает ежегодно в стационар с диагнозом разрыв аневризмы брюшной аорты. По данным аутопсии, разрыв аневризмы брюшной аорты находят у 20–40 на 100 000 тыс. населения ежегодно.

В последние годы отмечается общая тенденция к снижению числа операций при разрывах аневризм брюшной аорты, что обусловлено большим числом плановых оперативных вмешательств, как открытым способом, так и эндоваскулярных.

Основные факторы, влияющие на послеоперационную летальность: – высокая степень корреляции летальности с уровнем общей кровопотери и глубиной шока;

- дооперационная кровопотеря – 1,5–3 л;
- интраоперационная кровопотеря – 1,5–3,5 л;
- дефекты анестезии и раннего послеоперационного ведения;
- недостаточная борьба с гиповолемией и шоком в до- и послеоперационном периоде;
- интраоперационное повреждение миокарда гипоксией и реперфузией;
- почечные осложнения, полиорганная недостаточность.

Одним из путей улучшения лечения больных с разрывами является адекватная инфузионно-трансфузионная терапия, коррекция кровопотери в дооперационном и послеоперационном периодах. Критерием адекватности снижения гемоглобина крови является нормализация значения транспорта кислорода. Необходима оптимизация показателей гемодинамики (сердечный выброс, ударный объем), контролируемые за счет инвазивного мониторинга, что позволяет уменьшить риск развития послеоперационной сердечной недостаточности, гипоперфузии тканей и висцеральных органов, синдрома полиорганной недостаточности у этой категории больных. У пациентов с разрывом аневризмы брюшного отдела аорты, осложненной массивной кровопотерей, в раннем послеоперационном периоде в связи со значительными газообменными нарушениями необходима респираторная поддержка с использованием различных режимов вентиляции, что позволяет улучшить функцию дыхания, уменьшить проявления рестриктивных нарушений и обеспечить перевод больных на самостоятельное дыхание. Повышенный уровень азотистого обмена до операции свидетельствует о наличии в анамнезе хронической почечной недостаточности, и о высоком риске развития полиорганной недостаточности. Немаловажное значение в прогнозе ее развития принадлежит определению внутрибрюшного давления.

В 53,2% случаев после оперативного лечения у больных с массивной кровопотерей и геморрагическим шоком развивается полиорганная недостаточность, требующая проведения экстракорпоральных методов детоксикации (плазмаферез, гемодиализация).

В настоящее время послеоперационная летальность составляет в среднем (за последние 5 лет) 52%, оперативная активность – 67%. Случаи летальности на операционном столе в настоящее время являются единичными. Основными путями улучшения результатов лечения этой категории больных является совершенствование хирургической техники при юкстаренальных и интраартерияльных аневризмах брюшной аорты, а главным образом, анестезиологическое обеспечение и послеоперационное ведение этой категории больных.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

И.П. Михайлов, Г.А. Исаев, Е.В. Кунгурцев, А.Н. Бондаренко, П.М. Ефименко
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Цель исследования: анализ результатов лечения больных с острой посттравматической (IIБ–IIIБ степени по классификации В.С. Савельева) ишемией конечностей.

Материал и методы. За период с 2000 по 2012 г. в НИИ С.П. им. Н.В. Склифосовского поступили 484 пациента с повреждением 573 магистральных сосудов – артерий и вен. Материалом исследования явились 65 пациентов с повреждением магистральных артерий и острой ишемией конечностей IIБ–IIIБ ст, поступивших в НИИ С.П. за период с 2000 по 2012 г. У 13 больных (20%) причиной повреждения магистральных сосудов конечностей были огнестрельные ранения, у 17 (26%) – колото-резаные и 35 пациентов (54%) поступили с прочими повреждениями (размозженные, ушибленные, укушенные, рваные, скальпированные). У 40 пациентов (61,5%) имелось повреждение магистральных сосудов нижних конечностей, у 25 (38,5%) – травма магистральных артерий верхних конечностей.

С изолированными повреждениями магистральных сосудов было 14 пациентов (21,5%); у 42 больных (65%) имела место сочетанная травма – повреждение сосудов, костей, нервов и мягких тканей; 9 больных (14%) были с комбинированной травмой.

Сразу поступили в НИИ С.П. самостоятельно или по СМП 39 пациентов (60%), а 26 пострадавших (40%) были переведены из других стационаров, где специализированную помощь в полном объеме оказать не могли. Причем у 14 из этих больных (54%) выполнялись ПХО или попытки восстановить кровообращение, чем усугубляли степень ишемии и ухудшали прогноз для конечности и жизни пациента.

Из методов обследования использовали УЗДГ и ангиография у тех пострадавших, которые были переведены из других стационаров, где предпринимались попытки восстановления кровотока, или когда пациенты поступали более, чем через 6–8 ч от момента получения травмы. Целью исследования была оценка состояния дистального сосудистого русла и уровня повреждения сосуда.

Результаты. Все больные были оперированы в экстремном или отсроченном порядке. Протезирование выполнено у 34 больных (52,3%), из них в 32 случаях пластическим материалом была аутовена, а в 2 – синтетический протез «Gore-tex». У 20 пациентов (30,8%) выполнен анастомоз конец-в-конец, тромбэктомиа произведена у 3 пострадавших (4,6%), лигирующие операции – у 8 (12,3%). В послеоперационном периоде у 9 больных (14%) для лечения и профилактики интоксикации и острой почечной недостаточности были использованы методы активной детоксикации (ГДФ, ПФ).

Положительный результат с сохранением конечности и ее функции получен у 70,8% больных.

Выводы. Пациентов с травмой магистральных сосудов необходимо первично госпитализировать в специализированный многопрофильный стационар, где есть возможность не только выполнить реконструктивную сосудистую операцию, но и проводить комплексное лечение, включающее и активные методы детоксикации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭМБОЛИЕЙ АОРТЫ И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ДЛИТЕЛЬНЫМ СРОКОМ ИШЕМИИ С МОМЕНТА ЗАБОЛЕВАНИЯ

И.П. Михайлов, П.М. Ефименко, Е.В. Кунгурцев, Г.А. Исаев, А.Н. Бондаренко
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с длительным сроком ишемии при эмболиях аорты и артерий нижних конечностей.

Материал и методы. С 2008 по 2012 г. в отделении неотложной сосудистой хирургии оказана помощь 117 пациентам, поступившим с длительным сроком ишемии (более суток) нижних конечностей вследствие эмболии, что составляет 18,9% от общего количества поступивших больных с эмболией магистральных артерий нижних конечностей. Выполнены 126 реваскуляризирующих операций. Эмболизмом из бифуркации аорты проведены у 6 больных (5,1%), из подвздошной артерии – у 36 (30,8%), бедренной артерии – у 59 (50,4%), подколечной артерии – у 16 (13,7%).

По сроку ишемии больных распределили следующим образом: более суток – 96 (82%), более недели – 20 (17%), более месяца – 1 (1%).

По степени острой ишемии (классификация И.И. Затевахина): 2А степень – 59 (50,4%), 2Б степень – 47 (40,3%), 2В степень – 7 (5,9%), 3А степень – 4 (3,4%). Таким образом, из 117 больных у 58 (49,6%) имела 2Б–3А степень ишемии.

Радиоизотопное исследование применяли у 8 (6,8%) из 117 пациентов, все они имели 2Б–3А степень ишемии конечности.

У 8 больных (72,7%), у которых имела 2Б–3А степень ишемии непосредственно после восстановления кровотока в конечности, выполняли фасциотомию, 2 больным (18,1%) фасциотомия была проведена в 1-е сут после реваскуляризирующей операции.

Общие результаты: полная компенсация кровообращения конечности у 87 пациентов (74,3%); у 7 больных (6,0%) отмечался асептический некроз передней группы мышц голени; у 4 пациентов (3,4%) сохранилась ишемия стопы в связи с наличием тромбоза дистального русла; у 13 больных (11,1%) сформировалась ишемическая гангрена, 6 человек (5,1%) умерли. Реваскуляризирующие операции у пациентов, поступивших в поздние сроки от начала заболевания со 2Б–3А степенью ишемии, позволили снизить уровень ампутации конечности у 4 больных (36,4%) и сократить процент летальности в данной группе пациентов с 35 до 11,6%.

Выводы: 1. При ишемии 2Б–3А степени операцию целесообразно дополнять фасциотомией. 2. В тех случаях, когда имеются сомнения в жизнеспособности конечности, использование радиоизотопной сцинтиграфии позволяет определить возможность и целесообразность выполнения реконструктивных сосудистых операций, что приводит к снижению уровня ампутации (36,4%) или сохранению конечности. 3. Пациентам со 2Б–3А степенью ишемии проведение лечения в раннем послеоперационном периоде должно осуществляться в условиях реанимационного отделения, что позволяет как предупредить развитие посттравматического синдрома, так и оказать необходимый объем мероприятий при его развитии.

ЛЕЧЕБНЫЙ НАРКОЗ КСЕНОНОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

И.В. Молчанов, В.И. Потиевская, Е.Х. Шебухова

Российская медицинская академия последилового образования
Москва, РФ

История развития методов и средств обезболивания свидетельствует о неуклонном стремлении ученых найти идеальный анестетик и разработать наиболее безопасные методы анестезии. В течение последнего десятилетия все большую популярность в анестезиологии и реаниматологии завоевывает инертный газ ксенон, по своим свойствам близкий к идеальному анестетику.

Ряд его терапевтических свойств, таких как анальгетическое, ноотропное, антиаритмическое, антигипоксическое, противовоспалительное, позволяет применять ксенон в самых различных областях медицины. Положительный кардиопротективный эффект делает возможным использовать его при лечении острого коронарного синдрома (ОКС).

ОКС представляет собой клиническое проявление обострения ишемической болезни сердца, объединяя в себе нестабильную стенокардию (НС) и острый инфаркт миокарда (ОИМ). Основным клиническим признаком ОКС является ангинозный статус, купирование которого во многом определяет исход заболевания.

Целью нашей работы является определение эффективности ксенон-кислородных ингаляций при включении их в комплексную интенсивную терапию у больных с ОКС.

Нами обследованы и пролечены 50 пациентов с ОКС, включая пациентов с НС и ОИМ, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии ФНЦ ФМБА России и ГКБ № 20 Москвы. У всех больных получен положительный эффект, полностью купирован болевой синдром и значительно снижен процент его рецидивирования, соответственно снижено количество вводимых наркотических анальгетиков, которые имеют ряд побочных эффектов (тошнота, рвота, депрессия дыхания). Выявлено также, что ксенон не только не оказывает отрицательного действия на мониторимые показатели (АД, ЧСС) как во время сеансов, так и после них, но и нормализует эти параметры. Увеличивается содержание кислорода в крови (SatO₂), не изменяется напряжение углекислоты (pCO₂), повышается напряжение кислорода (pO₂) в артериализированной крови. Также показано, что ксенон увеличивает сердечный выброс, снижает общее периферическое сопротивление сосудов, уменьшает гиперкоагуляцию, легочную гипертензию, а также приводит к более быстрой динамике маркеров повреждения миокарда по сравнению с данными пациентов, получавших терапию без включения ксенон-кислородных ингаляций.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

И.П. Михайлов, А.Н. Бондаренко, Е.В. Кунгурцев, П.М. Ефименко

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Цель работы: изучение результатов лечения острых окклюзионных поражений брюшной аорты, вызванных ее тромбозом.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лечения у 83 больных с острым тромбозом аорты, поступивших в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в период с 2001 по 2011 гг. Диагностический алгоритм базировался на клинических данных, дуплексном сканировании, УЗДГ артерий нижних конечностей, аортоартериографии. Возраст больных составил от 47 до 89 лет (средний возраст – 74,4 года).

Все больные поступили в институт по каналу скорой медицинской помощи. По срокам острой ишемии имелось следующее распределение: до 24 ч – 57 больных (68,7%), более 24 ч – 26 (31,3%). По классификации острой ишемии конечностей по И.И. Затевахину, 2А степень была диагностирована в 15 случаях (18,0%), 2Б степень – в 24 (29,0%), 2В степень – в 21 (25,3%), 3А степень – в 23 (27,7%).

У подавляющего большинства пациентов имела выраженная сопутствующая патология: ИБС – в 78 случаях (93,9%), ишемическая болезнь головного мозга – в 17 (20,5%), сахарный диабет – в 9 (10,8%), хронические неспецифические заболевания легких – в 14 (16,8%), заболевания желудочно-кишечного тракта – в 10 (12,0%), заболевания мочеполовой системы – в 7 (8,4%). У 76 пациентов (91,5%) в анамнезе отмечалось наличие хронической ишемии 2А–2Б стадии по классификации Фонтана–Покровского.

Реконструктивно-восстановительные операции были выполнены 47 больным. У 38 пациентам (80,8%) было проведено бифуркационное аортобедренное или аорто-подвздошное протезирование, у 4 (8,5%) – тромбэктомия из аорты, эндартеректомия из аорты и подвздошных артерий, у 5 (10,6%) – бифуркационное подключично-бедренное шунтирование. В послеоперационном периоде в группе больных с острой ишемией 2Б–3А степени осуществляли активные методы детоксикации (плазмаферез, гемодиализация), УФО крови, гипербарическую оксигенацию с целью купирования «синдрома включения».

Результаты. Осложнения в группе оперированных больных были отмечены у 18 пациентов (38,3%): ишемическая гангрена нижних конечностей – у 9 (19,1%), тяжелая сердечная недостаточность – у 5 (10,6%), некрозы кишечника вследствие недостаточного кровоснабжения – у 1 (2,1%), тяжелая пневмония вследствие длительной вентиляции легких – у 1 (2,1%), острое нарушение мозгового кровообращения – у 1 (2,1%), инфидирование аллопротеза – у 1 (2,1%). Летальность у оперированных больных составила 9 (19,1%). Основными причинами смерти стали: острый инфаркт миокарда и тяжелая сердечная недостаточность – у 4 пациентов (8,5%); ишемическая гангрена конечностей – у 3 (6,3%); некрозы кишечника вследствие недостаточного кровоснабжения – у 1 (2,1%); тяжелая пневмония вследствие длительной вентиляции легких – у 1 (2,1%).

Заключение. Острая артериальная непроходимость бифуркации аорты, вызванная ее тромбозом, – одна из тяжелых проблем сосудистой хирургии. Выраженные нарушения гемодинамики, реологических свойств крови и системы гемостаза, высокая степень ишемического повреждения тканей, характерные для данной патологии, как и тяжелое общее состояние больных, наличие выраженной сопутствующей патологии, обуславливают общие результаты хирургического лечения у пациентов с острым тромбозом брюшной аорты.

ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЕ

Б.В. Монахов, Р.Л. Трояновский, В.Н. Лапшин, М.А. Мирошниченко

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

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Санкт-Петербург, РФ

Повреждения глаз при множественной и сочетанной травме (СМТ) различной этиологии составляют 6–15% (В.В. Волков и др., 1986; Р.А. Гундорова и др., 2002, 2009; Л.К. Мошкетова и др., 2005). Осложненное течение травматической болезни в 45–55% случаев значительно ограничивает возможности офтальмохирургической помощи на длительное время.

Оказана офтальмологическая помощь 499 больным, выполнен анализ 164 историй болезни с огнестрельными ранениями, 257 пострадавшим с травмами мирного времени специализированная помощь была оказана в СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и 24 после землетрясения в Армении (1988 г.).

Огнестрельные открытые травмы глаз при сочетанной и множественных повреждениях сопровождались выраженным нарушением внутренних структур заднего отдела (геомфталм, повреждение цилиарного тела, сосудистой и сетчатой оболочек) в 65,6% случаев, высокой частотой разрушения глаз – 21,0%, наличием множественных рентгенологически неконтрастных и немагнитных инородных тел – 56,7%. В структуре СМТ мирного времени доминировали тяжелые контузии глазницы с переломами ее костных стенок – 73,8%, 64,4%, 57,7% соответственно, при которых в 10,2% возникли травматические нейрооптикпатии. В зависимости от этиологии от 28 до 59,3% пострадавших поступили в состоянии шока.

Диагностику повреждений органа зрения выполняли в ходе противошоковой терапии и дополняли интраоперационными методами. Специализированную помощь оказывали исходя из состояния пострадавших, витальных функций, характера повреждений органа зрения, учитывали развитие возможных осложнений со стороны поврежденных органов. Объем офтальмохирургических пособий планировали исходя из интегрального показателя тяжести политравмы (Ю.Н. Цибин, 1976, 1984; С.А. Селазнев и др., 1987; С.Ф. Багненко и др., 2010). При прогнозе благоприятном для оперативных вмешательств, оказывали офтальмохирургическую помощь в полном объеме: оптико-реконструктивные операции, ленс- и витректомию, удаление внутриглазных инородных тел, противошоковые пособия. Обработку ран глазницы, при необходимости, выполняли совместно с нейрохирургами, ЛОР-специалистами и челюстно-лицевыми хирургами. Она была направлена на восстановление анатомо-функциональных соотношений поврежденных структур, разобщение полости черепа, глазницы и околоносовых пазух, удаление инородных тел, гематом, профилактику гнойных осложнений. При разрушении глазного яблока выполняли эквисцециацию, которая способствует формированию объемной подвижной культи.

При сомнительном прогнозе, в ходе стабилизации жизненно важных функций, производили профилактику интраокулярных и орбитальных осложнений, промывали раны, паравулварно вводили антибиотики, выполняли декомпрессию тканей глазницы в случаях напряженной ретробульбарной гематомы. После стабилизации гемодинамики производили обработку поврежденной глазной локализации в полном объеме одновременно или последовательно с другими хирургами в ходе одного наркоза.

У пострадавших с прогнозом, неблагоприятным для оперативного лечения, выполняли минимальные пособия, направленные на сохранение глаза: накладывали швы и временную блефарографию в случаях лагофтальма, декомпрессию тканей орбиты (орбитотомия, кантолизис).

Своевременная и в адекватном объеме оказанная одномоментная микрохирургическая обработка позволила значительно (в 2–3 раза) уменьшить частоту послеоперационных осложнений и в большей части случаев тяжелой травмы улучшить зрительные функции и косметические исходы.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОЛИТИАЗА ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ*Н.В. Морозов, Р.Н. Трушкин, А.Е. Лубенников*

Городская клиническая больница № 52

Москва, РФ

Камни мочевыводящих путей встречаются у 0,05–5% больных после трансплантации почки.

В качестве основных причин образования камней в пересаженной почке выделяют вторичный гиперпаратиреоз, хроническую почечную недостаточность и связанные с ней обменные нарушения, хроническую инфекцию мочевых путей, особенно сопровождающуюся пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

Мочекаменная болезнь у больных с пересаженной почкой может протекать практически бессимптомно, однако при обструкции камнем мочевых путей трансплантата возникают серьезные осложнения, приводящие к анурии, обострению пиелонефрита, гидронефрозу, снижению функции трансплантата, а иногда и его гибели.

До настоящего времени при обнаружении в пересаженной почке камня, нарушающего отток мочи, обычно применяли открытые оперативные вмешательства. Эти операции, как правило, связаны с большим риском для трансплантата и самого больного.

Относительная редкость образования камней в пересаженной почке явилась причиной того, что до настоящего времени не разработано определенной тактики, направленной на более щадящее и эффективное устранение этого осложнения.

Первоначально лечебная тактика в отношении камней, обнаруженных в мочевых путях пересаженной почки, была в случае их бессимптомного течения только выжидательной. По мере накопления опыта и появления в клинической практике новых методов лечения подход к проблеме камней у больных после пересадки почки изменился в сторону более ранней ликвидации этого осложнения. Современная позиция относительно этой проблемы заключается в следующем – учитывая, что наличие камня может вызвать обструкцию мочевых путей и привести к снижению функции трансплантата, а в ряде случаев и гибели, считается необходимым удаление камней пересаженной почки, даже при их бессимптомном течении. Кроме того, присутствие камней поддерживает мочевую инфекцию, что также оказывает влияние на функцию трансплантата.

Возможности современной медицинской аппаратуры позволяют чаще ликвидировать многие урологические осложнения, возникшие после пересадки почки, малоинвазивным методом, без травматичных открытых операций, что дало возможность практически полностью отказаться от открытых операций.

Основными методами удаления камней почек являются дистанционная литотрипсия (ДЛТ), чрескожная нефролитотрипсия (ЧНЛТ), которые можно комбинировать и сочетать с литолитической терапией при условии уратного нефролитиаза.

Внедрение в клиническую практику дистанционной литотрипсии внесло существенные изменения в лечение мочекаменной болезни пересаженной почки.

Перкутанная рентгеноэндоскопическая хирургия в «эпоху ДЛТ» используется для решения сложных клинических случаев нефролитиаза: неудачно проведенной ДЛТ, при наличии противопоказаний для ДЛТ, а также в качестве самостоятельного или комбинированного с ДЛТ («сандвич-терапия»).

Внедрение в практику чрескожной нефростомии возродило интерес к местному литолизу при уратном нефролитиазе.

Таким образом, существующие в настоящее время методы лечения нефролитиаза позволяют в основном решить проблему удаления камней из трансплантированной почки, не меняя фундаментальных принципов и основ лечения, достигая результата со значительно меньшим риском для пораженного органа и организма больного в целом.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ КРАЕВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТАЗА У ДЕТЕЙ*В.Ю. Мурадян, Ю.В. Лукаш, О.В. Высочина*

Городская больница № 20

Ростов-на-Дону, РФ

В отделении травматологии и ортопедии для детей с 2008 по 2013 г. были пролечены 42 ребенка с краевыми переломами таза, что составило 0,7% среди всех травм и 12,5% среди травм таза.

Возраст пострадавших колебался от 8 до 18 лет, средний возраст составил 14–15 лет. Мальчиков было 22, девочек 20.

Структуру нозологических форм распределили следующим образом: переломы крыла подвздошной кости диагностированы у 2 детей (5%), отрывные переломы передней верхней ости подвздошной кости – у 7 детей (17%), отрывные переломы передней нижней ости подвздошной кости – у 4 пациентов (10%). У одного пациента диагностирован отрыв кортикальной пластинки гребня подвздошной кости. С переломами и переломовывихами копчика пролечены 28 детей, что составило 66%.

Оперативное лечение было выполнено у 22 детей, у 4 – с отрывными переломами передних нижних остей подвздошных костей, у 7 – с переломами передних верхних остей и при отрыве кортикальной пластинки гребня подвздошной кости у данных пациентов был выполнен открытый остеосинтез спицами. Оперативное лечение при переломах и переломовывихах копчика выполнено у 10 детей. Показанием к оперативному лечению являлось угловое смещение более 90°, нарушающее форму крестцово-копчиковой дуги. Мы выполняли открытую репозицию копчика и лавсанопластику его П-образными швами.

В настоящее время активно пересматривается тактика лечения переломов таза, конечно в первую очередь тяжелых, но и краевые переломы не являются исключением. Неудовлетворенность ортопедов и травматологов результатами консервативного лечения приводит к расширению показаний к оперативному лечению с использованием погружных металлоконструкций. Это же относится и к краевым переломам таза. Как правило, консервативное лечение краевых переломов предусматривает длительное соблюдение постельного режима в условиях невозможности иммобилизации костных отломков. Такие дети нуждаются в постоянном уходе, а их родители, соответственно, в листке нетрудоспособности. Остеосинтез с применением погружных металлоконструкций и раннее начало функционального лечения делают весь лечебный процесс более активным и целенаправленным, в наилучшей степени позволяют добиться восстановления анатомической формы и сократить сроки лечения и реабилитации.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭБРАНТИЛА ВЫЕЗДНЫМИ БРИГАДАМИ КАЛИНИНСКОЙ ПОДСТАНЦИИ ГБУЗ НСО «ССМП»*Н.И. Мошкин, И.А. Большакова*

Станция скорой медицинской помощи

Новосибирск, РФ

Препарат Эбрантил появился в арсенале скорой медицинской помощи Новосибирска в 2012 г. в качестве одного из основных антигипертензивных средств, расширяющих возможности экстренной и неотложной терапии неосложненных и осложненных гипертонических кризов на догоспитальном этапе.

Эбрантил (Урапидил) обладает двойным механизмом действия: блокирует периферические постсинаптические α₁-адренорецепторы, стимулирует серотониновые 5-HT_{1A}-рецепторы сосудодвигательного центра, обладает слабым β-адреноблолирующим действием. Таким образом, препарат Эбрантил снижает тонус симпатической нервной системы, сбалансированно снижает САД и ДАД, снижает периферическое сосудистое сопротивление, тем самым, способствуя повышению сердечного выброса, не вызывает рефлекторной тахикардии и ортостатических проявлений, снижает пред- и постнагрузку на сердце.

Показаниями к применению препарата Эбрантил являются тяжелая или рефрактерная степень артериальной гипертензии, неосложненный и осложненный гипертонический криз. Вводят внутривенно в начальной дозе 12,5–25 мг в течение 2 мин под контролем АД, при необходимости через 5 мин вводят в повторной дозе. Максимальная однократная доза 100 мг. Возможно внутривенное капельное введение, а также – через дозатор.

Эффективность и хорошая переносимость Урапидила была подтверждена многочисленными исследованиями, входит в протоколы оказания неотложной помощи при гипертонических кризах во многих странах Европы.

На Калининской подстанции ГБУЗ НСО «ССМП» был проведен анализ карт вызовов с ухудшением течения артериальной гипертензии и гипертоническим кризом. Всего было проанализировано 222 случая, требующих медицинского вмешательства, из них 113 (50,9%) – внутривенного введения антигипертензивных препаратов. Сравнивались результаты применения Урапидила и Эналаприлата. В 67,25% случаев был выбран Эналаприлат, в 32,75% – Урапидил. В группе Эналаприлата исходное среднее САД было 195,7 мм. рт. ст., в группе Урапидила – 215,4. Урапидил гораздо чаще выбирали у пациентов с очень высоким исходным САД (более 200 мм. рт. ст.) в сравнении с Эналаприлатом (86,1% против 35,5%). Среднее время, необходимое для достижения гипотензивного эффекта и уменьшения клинических проявлений, было примерно одинаковым (32,5 мин для Эналаприлата и 35,5 мин для Урапидила). В результате терапии Эналаприлатом среднее САД составило 160,0 мм. рт. ст., ДАД – 91,1 (на 18,25 и 13,81% от исходного). В группе Урапидила достигнуто снижение среднего САД до уровня 166,4 мм. рт. ст., ДАД – до 91,4 мм. рт. ст., то есть на 22,75% для САД и на 16,68% для ДАД от исходного. Клинически значимых побочных эффектов в группе Урапидила зафиксировано не было, случаев гипотонии, повторного обращения не было. Необходимый эффект был достигнут у 100% пациентов.

Таким образом, Урапидил (Эбрантил) является эффективным и управляемым препаратом при купировании гипертонического криза в условиях скорой помощи, уменьшает объективные и субъективные клинические проявления, не вызывает значимых побочных эффектов, не уступает, а чаще превосходит действие других парентеральных препаратов для лечения гипертонического криза (в том числе Эналаприлата), все чаще выбирается персоналом скорой помощи как препарат первой линии при тяжелой, рефрактерной артериальной гипертензии, гипертоническом кризе.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА*Д.М. Мустафаев, В.М. Свислущин, Л.Ю. Мусатенко*

Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского

Москва, РФ

До настоящего времени химические ожоги занимают ведущее место среди всех заболеланий пищевода в детском возрасте. Максимальное количество отравлений (от 77,2 до 85,0%) приходится на возраст от 1 года до 3 лет. Высоким остается процент развития осложнений в виде рубцовых стенозов у детей – в 4–30% всех случаев. Несмотря на множество классификаций химических ожогов пищевода, у исследователей отсутствует единый взгляд в вопросе соотношения степени и стадии ожога, а также объективной оценки глубины поражения. Не отработаны сроки первичного и повторных эндоскопических исследований пищевода у детей в случае химической травмы.

До настоящего времени существуют спорные вопросы в отношении тактики ведения и лечения детей с химическими ожогами пищевода, в частности в выборе и длительности применения антибактериальных препаратов, определения целесообразности и эффективности кортикостероидной терапии.

Отсутствие единых методологических подходов к ведению больных детского возраста химическими ожогами пищевода не позволяет однозначно решать вопросы их ранней диагностики, комплексного лечения и профилактики возможных осложнений.

Цель: провести анализ результатов фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) у детей с химическими ожогами пищевода.

Материал и методы. За последние 3 года в отделение оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского поступили 27 детей с химическими ожогами пищевода.

Результаты эндоскопического исследования. I степень ожога отмечена у 12 больных. Имели место гиперемия и отечность слизистой оболочки. Изменения в полости рта и глотке носили более выраженный характер, чем в пищеводе. На 10-е сутки наблюдали значительное уменьшение воспалительных явлений в верхних отделах пищевода, у 7 детей сохранялись признаки ожога на всем протяжении, а у 3 – в нижних отделах. II степень ожога (10 больных) характеризовалась выраженной гиперемией, отеком слизистой оболочки, наложениями фибрина различной плотности и протяженности, ригидностью стенки пищевода, ослаблением перистальтики. На 10-е сутки отмечено уменьшение признаков воспалительного процесса, как в ротоглотке, так и в пищеводе. На 21-е сутки при сохраняющихся остаточных изменениях со стороны пищевода изменения в ротоглотке не выявлены. При III степени (5 больных) и II степени ожога данные были сходными, на первые и на 10-е сутки преобладали признаки глубоких изменений. На 21-е сутки ожоговой травмы изменения в ротоглотке отсутствовали. При III степени выявлено тотальное поражение у 2 больных. Всем больным проведено консервативное лечение по стандартным схемам.

Выводы: ФЭГДС позволяет определить тяжесть поражения и протяженность изменений слизистой оболочки пищевода; на 10-е и 21-е сутки необходимо проведение данного обследования для уточнения характера и распространенности патологического процесса с целью корректировки тактики ведения больных.

ОСОБЫЕ СЛУЧАИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА

Д.М. Мустафеев, В.М. Свистушкин

Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ

В последнее время нередкой причиной химического ожога пищевода у детей являются инородные тела в виде батареек.

Батарейки представляют особую категорию инородных тел детского возраста из-за возможности серьезных осложнений, особенно при их локализации в пищеводе.

По данным литературы, они составляют менее 2% инородных тел пищеварительных путей. Однако в последнее время частота их встречаемости значительно увеличилась.

Глубина и тяжесть ожога пищевода зависят от вида батарейки и длительности контакта со слизистой оболочкой.

Вследствие такого контакта химического вещества батарейки со слизистой оболочкой пищевода возникает ожог, который может привести к повреждению пищевода в виде перфорации, фистулы, вторичного стеноза.

Клиника подобных инородных тел пищевода и многочисленные сопутствующие тяжелые осложнения остаются недостаточно известными практическим врачам.

Мы располагаем опытом клинического наблюдения 13 детей с инородными телами пищевода в виде батареек в возрасте от 9 месяцев до 7 лет с 2009 по 2012 гг. У 2 детей (15,38%) батареек находились в пищеводе до 6 часов, у 9 (69,23%) – от 6 до 24 часов и у 2 (15,38%) – более суток. У всех детей батареек обнаружены в физиологическом сужении пищевода.

Во всех случаях батареек удалены при ригидной эзофагоскопии в течение трех часов после поступления детей в отделение. У всех детей после удаления наблюдали патологические изменения стенки пищевода, в связи с чем назначалась инфузионная, антибактериальная, гормональная терапия. Дети с минимальными изменениями в пищеводе (отек, неглубокие эрозии) были выписаны с выздоровлением на 7–8-е сутки. Детям с ожогами II–III степени проводили профилактическое и лечебное бужирование пищевода с 14 дня до восстановления возрастного просвета пищевода. У 2 пациентов наблюдали развитие стеноза пищевода, требующего длительного лечения. У 1 ребенка после удаления батареек интраоперационно выявлена перфорация пищевода, детскими хирургами проведена торакотомия с ушиванием перфорации. Ребенок выписан через 1 месяц в удовлетворительном состоянии. У двух детей в раннем послеоперационном периоде верифицирована перфорация пищевода на фоне выраженного химического ожога. Дети переведены в отделение детской хирургии. На фоне консервативной терапии при зондовом питании перфорация у обоих детей закрылась самостоятельно. У 1 ребенка химический ожог пищевода осложнился формированием трахеопищеводного свища.

Гарантией выздоровления ребенка с инородным телом пищевода в виде батарейки является, возможно, раннее удаление такого инородного тела.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ШЕИ ТОНЗИЛЛОГЕННОГО ГЕНЕЗА

Д.М. Мустафеев, В.М. Свистушкин

Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ

В период с 1998 по 2012 гг. в ЛОР-клинике ГБУЗ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского под нашим наблюдением находились 38 пациентов с флегмонами шеи тонзиллогенного генеза. Мужчин было 22, женщин – 16, возраст – от 2 лет до 81 года (пациентов до 18 лет было 2 человека). По критерию тяжести интоксикационного синдрома больные имели II–III степень. Длительность заболевания варьировала от нескольких часов до 7 сут, в среднем 2–3 сут от начала появления первых симптомов. У 17 больных были сопутствующие заболевания: сахарный диабет – у 10 человек, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз сосудов головного мозга – у 4, 2 больных страдали хроническим алкоголизмом. Один длительно принимал гормональные препараты. Значительно усугубляется состояние больных с флегмонами шеи при развитии осложнений. Так, у 7 больных развился медиастинит.

Постановка диагноза основывалась на жалобах больного, данных анамнеза и осмотра, клинко-лабораторного обследования и дополнительных методов исследования: рентгенографии шеи в боковой проекции, рентгенографии гортани, трахеи и органов средостения в двух проекциях, контрастной рентгенографии пищевода, ультразвукового исследования шеи, компьютерной томографии шеи и средостения, консультации торакального хирурга, эндоскопического исследования верхних отделов дыхательных путей. У всех пациентов с флегмонами шеи на боковой рентгенограмме выявлено увеличение расстояния между воздушным столбом и шейным отделом позвоночника, у некоторых также наличие пузырьков газа в превертебральных мягких тканях с явлениями эзофагита. У больных с медиастинитом на рентгенограммах органов грудной клетки определялось расширение тени средостения.

Все больные были оперированы в первые часы госпитализации. Выполнены хирургические вмешательства: вскрытие и дренирование параназального и парафарингеального абсцесса, абсцессотомия, вскрытие и дренирование абсцесса надгортанника и окологлоточного пространства, вскрытие флегмоны шеи, дренирование переднего средостения, трахеостомия. Вторым этапом проводили вскрытие и дренирование клетчаточных пространств шеи, при распространении процесса в средостение – коллярную медиастинотомию. Во время операции вскрывали все карманы и затеки в паратрахеальной клетчатке, по мере надобности накладывали контрапертуры. Операционные раны велись открыто с ежедневными перевязками и наложением вторичных швов после их очистки.

Из пролеченных пациентов 3 пациента с флегмоной шеи и развившимся гнойным медиастинитом умерли от генерализованной инфекции на фоне тяжелой сопутствующей патологии (сахарный диабет, избыточный вес, пожилой возраст). Остальные пациенты излечены с полным выздоровлением.

Таким образом, в последние годы наблюдается тенденция к увеличению числа осложнений острого и хронического тонзиллита в виде параназального, параназального и парафарингеального абсцессов с образованием глубоких флегмон шеи. Своевременная диагностика осложненного хронического тонзиллита и активная хирургическая тактика позволяют предупредить тяжелые септические осложнения у больных с нисходящей тонзиллогенной инфекцией. Прогноз заболевания напрямую зависит от своевременности и объема хирургического вмешательства, проведенной консервативной терапии.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Д.М. Мустафеев, В.М. Свистушкин

Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ

Пациенты со стенозами полых органов шеи составляют около 3% от всех оториноларингологических больных. По данным отечественных и зарубежных авторов, в 75–95% случаев причинами стенозирования гортани и трахеи являются интубация, искусственная вентиляция легких, трахеостомия. Другими причинами стенозов гортани и трахеи служат травмы, ожоги, лучевая терапия, папилломатоз гортани и трахеи, неспецифические и специфические воспалительные процессы. Причиной паралимпических стенозов гортани в 85–90% случаев является повреждение гортанных нервов при операциях на щитовидной железе. В 5–20% наблюдений после струмэктомии возникают одно- и двухсторонние параличи гортани. Их причиной может быть анкилоз перстнещавцовидных суставов, вызванный интубацией, ревматическими атаками, другими системными заболеваниями.

Ежегодно число пациентов со стенозами гортани и трахеи, нуждающихся в госпитализации в отделения реанимации, увеличивается на 3–5%. Подавляющее большинство этих больных составляют лица молодого и среднего возраста.

Несмотря на достаточно хорошо изученные патогенетические механизмы развития рубцовых стенозов гортани и трахеи, их профилактика и ранняя диагностика вызывают определенные трудности. В настоящее время 99% таких пациентов госпитализируют по экстренным показаниям с уже сформированными стенозами гортани и трахеи 2–3-й степени.

Раннее выявление и своевременное применение эндоскопических методов лечения у значительной части больных с данной патологией позволяют сохранить функционально-структурное состояние органов и восстановить дыхательную функцию гортани и трахеи без хирургического вмешательства.

Отделение оториноларингологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского располагает огромным опытом обследования и лечения пациентов со стенозами гортани и трахеи различной этиологии.

Учитывая наш опыт обследования и лечения таких больных можно сделать следующие выводы:

1. Эндоскопический метод диагностики стенозов дыхательных путей у пациентов с постинтубационными стенозами в раннем постреанимационном периоде и у больных, перенесших струмэктомии, является информативным.

2. У пациентов со сформированными стенозами, а также с посттравматическими стенозами гортани и трахеи только сочетание эндоскопического и рентгеномографического методов исследования позволяет определить уровень, протяженность и сочетание стенозирования.

3. Эндоскопическое динамическое наблюдение за состоянием просвета гортани и трахеи дает возможность своевременно диагностировать и предупредить развитие стенозирования.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СТРИДОРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Д.М. Мустафеев, В.М. Свистушкин, В.Ю. Тюкин

Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ

Исследование особенностей клинического течения, диагностики и лечения заболеваний голосового аппарата у детей грудного и раннего возраста остается одной из важнейших задач детской оториноларингологии. Актуальность данной проблемы объясняется распространенностью органических и функциональных нарушений голоса в данной возрастной группе.

Цель нашего исследования: разработка оптимального лечебно-диагностического алгоритма при нарушениях голоса у детей грудного и раннего возраста.

С 2009 по 2012 г. в отделении оториноларингологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского нами проведено обследование и лечение 38 детей с нарушением голоса в возрасте от 3 сут до 3 лет. Чаще всего данная патология отмечена у детей до 1 года и на 1-м году жизни. Соотношение больных по полу: мальчиков – 23 (60,52%) – больше, чем девочек – 15 (39,47%). Для диагностики состояния структур гортани у детей грудного и раннего возраста применяли эндоскопические методы исследования: видеоларингоскопию с использованием гибких оптических систем, видеофибростробоскопию. Для оценки результатов стробоскопического исследования (*PULSAR II «Karl Storz»*, Германия) использовали следующие критерии: наличие колебаний, их частота (регулярность) и амплитуда.

По этиологии возникновения нарушений голоса все обследованные (138 пациентов) были разделены на четыре группы: воспалительные заболевания гортани – 18 детей (47,36%), врожденная патология гортани – 9 (23,68%), опухоли – 7 (18,42%), травмы гортани – 4 (10,52%).

Среди воспалительных заболеваний гортани особого внимания заслуживает ограниченная форма хронического гипертрофического ларингита – узелки голосовых складок – 14 больных (77,77%).

Самой распространенной врожденной патологией гортани были тканевые пороки развития гортани, представленные дисхронией. Ларингомалиция наблюдалась у 6 детей (66,66%) и была основной причиной врожденного стридора. При обследовании оценивали характер стридора, обусловленный инспираторным коллапсом. Выявлена четкая связь между выраженностью стридора и типом инспираторного коллапса. Тканевые пороки развития гортани, представленные дисплазией, включали врожденные кисты и мембраны – 2 (22,22%) и 1 ребенок (11,11%) соответственно. Опухоли гортани (ювенильный респираторный папилломатоз) отмечены у 7 детей. Различные травмы гортани были диагностированы у 4 пациентов. Данная группа включала: инородное тело гортани – у 2 больных; постинтубационный рубцовый стеноз гортани – у 1; постинтубационная гранулема – у 1.

Проведенный детальный анализ анатомо-физиологического состояния структур гортани позволяет выявить основные особенности ларингоскопической картины у детей грудного и раннего возраста, что необходимо учитывать при дифференциальной диагностике различных нозологических форм заболеваний гортани в данной возрастной группе.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА*Д.М. Мустафаев, В.М. Свистушкин***Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ**

Несмотря на длительную историю, проблема лечения пациентов с инородными телами верхних отделов пищеварительного тракта не теряет актуальности и в настоящее время.

Инородные тела верхних отделов пищеварительного тракта остаются одним из самых частых неотложных состояний в практике врача-оториноларинголога. Так, по нашим данным, за последние 10 лет в отделении оториноларингологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского ежегодно проводят от 60 до 100 удалений инородных тел из верхних отделов пищеварительного тракта.

Современный уровень развития эндоскопической техники позволяет во многом облегчить и улучшить качество и результаты лечения при инородных телах верхних отделов пищеварительного тракта. Однако несоблюдение определенных правил при эндоскопическом удалении инородных тел могут привести к серьезным последствиям.

Отделение оториноларингологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского располагает огромным опытом обследования и лечения пациентов, поступивших с подозрением на инородное тело верхних отделов пищеварительного тракта.

Учитывая наш опыт лечения таких больных, можно сделать следующие выводы:

1) лечение и обследование пациентов с подозрением на инородное тело верхних отделов пищеварительного тракта должно осуществляться в экстренном порядке и в условиях многопрофильного стационара. Любое выявленное в просвете верхних отделов пищеварительного тракта инородное тело должно быть извлечено при помощи эзофагоскопии;

2) для диагностики инородного тела и выяснения причины фиксации необходимо сочетание рентгенологического и эндоскопического методов исследования;

3) применение эндотрахеального наркоза при извлечении инородных тел из верхних отделов пищеварительного тракта позволяет сократить время манипуляций и риск возникновения перфорации стенки полого органа;

4) применение различного инструментария и гибких эндоскопов различного диаметра дает возможность сузить показания к применению ригидных эндоскопов при извлечении инородных тел из пищевода, избежать травматизацию стенок пищевода и улучшить качество диагностики и лечения;

5) при перфорации пищевода инородным телом показано удаление инородного тела при проведении эзофагоскопии как части хирургического вмешательства;

6) вопрос об устранении дефекта пищевода, а также о зондовом питании больного после перфорации пищевода инородным телом решается индивидуально и зависит от давности перфорации, локализации перфорационного отверстия, возраста и состояния пациента.

**ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ОЖОГА ЖЕЛУДКА***Д.А. Налбандова, Т.П. Пинчук, К.К. Ильяшенко***НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Некротический ожог желудка (НОЖ IV), возникающий вследствие острых отравлений веществами прижигающего действия, повышает риск тяжелых осложнений, ведущих к инвалидизации больных.

Цель исследования – повышение эффективности комплексного лечения некротического НОЖ, путем местного применения мексидола (М).

Материал и методы. Проведен анализ лечения 67 больных с НОЖ IV в возрасте от 18 до 84 лет, госпитализированных в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в период с 2006 по 2012 гг. Все пациенты получали традиционное лечение, включающее лекарства и эндоскопическую лазерную фотостимуляцию (ЭЛФС) низкоэнергетическим высокочастотным лазером «Мустанг-2000» (частота волн 2500 Гц – длина волны 0,67 мкм (красный диапазон), сила тока 10 мА). Экспозиция на одну точку была не более 1 мин, а на поврежденный орган, в целом не более 10 мин. В зависимости от характера эндоскопического лечения и его начала они были разделены на три группы. В 1-ю группу вошли 12 больных, получавших традиционное лечение, 27 пациентам 2-й группы дополнительно местно вводили мексидол, начиная с 5–12-х сут от момента госпитализации, а больным 3-й группы (28) лечение антиоксидантом было начато в первые 3 сут после поступления. В начале в желудке визуально определяли зону, наиболее опасную в плане развития рубцового стеноза. При локализации ожога в кардии этой зоной являлся верхний край язвы, а при локализации в антральном отделе – нижний край. 5% раствор мексидола вводили из 4 точек по 1,0 мл в каждую. Расстояние между этими точками определяли, исходя из площади поражения. Оно составляло не менее 2,0 см. Это обеспечивало более равномерное распределение препарата в подслизистый и слизистый оболочки. ЭЛФС проводили после инъекций для усиления эффекта.

Результаты. Приведенные данные показывают, что у пациентов 1-й группы как количество сеансов ЭЛФС (25,3±3,4), так и срок отхождения некротических масс со дна язвенного дефекта (16,0±0,9 сут) были наибольшими, а в 3-й группе наименьшими – 11,4±1,2 сеанса и 6,9±0,5 сут соответственно. Продолжительность лечения в 1-ой группе больных была в 1,2 больше, чем во 2-й и в 1,4 раза, чем в 3-й.

Основным критерием клинической эффективности лечения НОЖ IV, являлась частота рубцового декомпенсированного стеноза желудка, требующего оперативного лечения. Это осложнение у лиц 1-й группы возникало в 6 раз чаще, чем у пациентов 2-й и 3-й групп.

В целом нарушения эвакуаторной функции желудка различной степени у пациентов 3-й, 2-й и 1-й групп имели место в 25,0%, 29,6%, 81,7% наблюдений соответственно. Введение мексидола, начатое в ранние сроки после отравления, позволило снизить частоту стеноза желудка на 4,8%, а длительность лечения – на 5,2 сут по сравнению с его применением, начатым на 5–12-е сут.

Таким образом, в комплексном лечении НОЖ IV местное введение мексидола следует проводить, начиная с первых трех суток от момента госпитализации больных.

**ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖИВОТА
ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ***И.Б. Мустафакулов, Х.К. Карабаев, К.Р. Тагаев, Ф.Ч. Махмудов, М.Ч. Норф***Самаркандский государственный медицинский институт,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Самарканд, Республика Узбекистан**

Цель исследования. Изучить течение и лечение повреждения органов брюшной полости при множественной и сочетанной травме.

Материал и методы. За период 2000–2012 гг. в Самаркандский филиал РНЦЭМП поступили 1758 человек с сочетанной травмой живота и органов забрюшинного пространства, из них были прооперированы с закрытой сочетанной травмой органов брюшной полости 305 пострадавших (17,3%). В 35 наблюдениях использовано консервативное лечение.

Из 340 пострадавших оперированы 305 (89,7%). Из них погиб 31 пострадавший (10,2%). Консервативное лечение получали 35 пострадавших (10,3%) с повреждениями живота при сочетанной травме.

Следует отметить, что в 94,1% наблюдений (287 пострадавших) имели место повреждения двух и более анатомических областей.

Результаты. Мы придерживаемся следующей лечебной тактики: при отчетливой клинике внутреннего кровотечения и острого перитонита – экстренная операция (у 201 больного). При отсутствии уверенности в наличии внутреннего кровотечения и перитонита, наряду с протившоковой терапией, проводятся такие диагностические приемы, как пункция плевральной полости (у 31), лапароцентез (у 40), лапароскопия (у 25); рентгенография: черепа (у 51), таза (у 30), позвоночника (у 37); ретроградная цистография (у 15), УЗИ (у 201) и компьютерная томография (у 40 больных).

Наиболее часто при закрытой травме живота отмечалось повреждение паренхиматозных органов (298, 24,3%) в сочетании с повреждением кишечника (44), мочевого пузыря (15), почки (12). Причем повреждение печени, селезенки, почки, обширные забрюшинные гематомы чаще наблюдались с повреждением грудной клетки, таза и позвоночника. При поступлении признаки внутреннего кровотечения отмечены у 105 пострадавших (80,1%) и 26 больных (19,9%) с признаками перитонита. Из них у 298 (48,7%) с повреждениями печени и селезенки.

Тактика ведения определялась в зависимости от тяжести состояния пациента, объема гемоперитонеума, интенсивности кровопотери, гемодинамических показателей.

Из 131 оперированных больных у 10 человек с разрывами печени 4-й и 5-й степеней по Moore кровотечения остановлены по системе «demege-contral».

Летальность среди 131 оперированного больного с повреждениями печени составила 1,53% (2 больных).

Нами проанализировано 54 наблюдения сочетанных закрытых повреждений желудка. Повреждения передней стенки желудка обнаружены у 32 пациентов, задней – у 6 человек при торакоабдоминальных ранениях, обеих стенок органа – у 16 пострадавших.

С закрытыми повреждениями (87,5%) и ранениями (12,5%) 12-перстной кишки (ДПК) находились на лечении 18 больных. Смертельный исход среди пострадавших с травмой ДПК наступил у 5 пациентов, при этом летальность составила 27,7%.

Оперированы 265 больных с различными повреждениями кишечника. У 145 больных (54,7%) имело место повреждение тонкой и толстой кишки, а у 120 (45,3%) – повреждения кишечника сочетались с травмой других органов брюшной полости.

Выводы. Причиной смерти у больных были: множественные и сочетанные повреждения (черепа, груди), прогрессирующий перитонит в связи с поздним обращением и поздно начатым лечением, а также пневмония.

**ОСТЕОСИНТЕЗ БИОДЕГРАДИРУЕМЫМИ ИМПЛАНТАМИ В ЛЕЧЕНИИ
ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ***С.О. Никушов, Д.А. Воробьев, Д.Ю. Басаргин, А.М. Лушников, Н.Ю. Серова,
С.В. Сидоров, М.К. Тищенко***НИИ неотложной детской хирургии и травматологии
Москва, РФ**

Актуальность. Проблема удаления имплантатов известна любому травматологу. Травматичность удаления того или иного вида металлоконструкции сопоставима с установкой, а нередко значительно превышает последнюю. Поэтому возможность освободить пациента от повторной операции весьма актуальна.

Цель: оценить результаты лечения переломов дистального отдела большеберцовой кости у детей при остеосинтезе биodeградируемыми имплантатами.

Материал и методы. В отделении травматологии и медицины катастроф с ноября 2011 г. по настоящее время был прооперирован 81 ребенок с около- и внутрисуставными переломами. Из общего количества пролеченных пациентов 36 детей были с повреждением метафизарной зоны дистального отдела большеберцовой кости, а именно: 19 детей с метаэпифизеоломом дистального отдела большеберцовой кости без повреждения эпифиза и 9 пациентов с переломом эпифиза. Также в эту группу вошли 8 больных с переломом переднезаднего отдела дистального эпифиза большеберцовой кости. Всем пациентам при поступлении выполняли Rg-графию, а для уточнения характера и тяжести повреждения суставной поверхности – КТ-исследование. Около- и внутрисуставные переломы у детей считаем показанием для применения биodeградируемых имплантатов. Rg- и УЗ-контроль выполняли на 10-е сут, после чего ребенка выписывали на амбулаторное катamnестическое наблюдение.

Контрольные осмотры после выписки проводили через 1, 2, 6 мес, а также через 1 год с контрольными эзографическими исследованиями. Rg-контроль выполняли на сроках 1,5 и 6 мес.

Результаты. Детям с переломами области эпифиза выполнены 36 оперативных вмешательств. У всех пациентов на интраоперационных Rg-граммах стояние отломков удовлетворительное, внешняя иммобилизация отсутствовала. На контрольных Rg-граммах остеосинтез стабильный. В раннем послеоперационном периоде жалоб, осложнений, общей и местной реакции не отмечено. Сроки стационарного лечения – 10 сут, дети выписаны домой в удовлетворительном состоянии, на костылях, без опоры на поврежденную конечность, объем движений в смежных суставах полный.

Опорную нагрузку разрешали после выполнения Rg-исследования на 30–40-е сут после оперативного лечения. Консолидация переломов происходила в установленные возрастные сроки. На контрольных осмотрах через 3 нед, 6 мес, 1 год дети жалоб не отмечали, ходили без хромоты, объем движений в суставах полный, местной реакции на осмотры и при контрольном выполнении УЗ-исследования не было.

Выводы. Остеосинтез с применением биodeградируемых имплантатов показан при около- и внутрисуставных переломах метаэпифизарной области большеберцовой кости. К преимуществам использования биodeградируемых имплантатов относим отсутствие необходимости удаления фиксаторов после консолидации переломов, что актуально в детской возрастной группе. Осложнений в виде местной или общей реакции на имплантат в раннем послеоперационном периоде и за 1,5 года мы не отметили.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАНЕНИЯХ ЛЕГКОГО

Е.Б. Николаева, А.Н. Погодина, М.М. Абакумов

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Проникающие ранения груди являются тяжелым видом повреждений, сопровождаются большим количеством осложнений и высокой летальностью. Частота повреждений легких при проникающих ранениях груди составляет 75–80%, диагностические и тактические ошибки встречаются в 20–25% наблюдений. Улучшению диагностики ранений легкого и снижению частоты посттравматических и послеоперационных осложнений способствовало внедрение видеоторакоскопии.

За последние 18 лет в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского находились на лечении 2065 пострадавших с ранениями легких, из них 1865 (90,3%) – с колото-резаными ранениями, а 200 (9,7%) – с огнестрельными. В экстренном и экстренно-отсроченном порядке 1999 больным (96,8%) была выполнена торакотомия, 62 (3%) – видеоторакоскопия, при которых и осуществлена оценка состояния легочной ткани. У 4 пострадавших с колото-резаными ранениями было произведено только дренирование плевральной полости и хирургическая обработка раны грудной стенки без ревизии плевральной полости и легкого, а диагноз ранения легкого был установлен в ходе лечения на основании данных инструментальных методов исследования и характера развившихся осложнений.

Пострадавшим с поверхностными ранами легкого (1685) выполнено их ушивание, в том числе при видеоторакоскопии (у 44 пациентов), а также коагуляция раны легкого (у 27 пациентов).

При наличии глубоких раневых каналов в легком, направлении их в сторону корня легкого и значительном повреждении паренхимы у 160 пострадавших произведено только ушивание ран, а у 161 пациента вмешательство на легком заключалось в хирургической обработке раны легкого: рассечении раневого канала, гемостазе, азростазе и послойном ушивании дефекта паренхимы. Необходимость выполнения резекции легкого или пневмонэктомии возникла у 47 пострадавших (2,3%), им произведены: краевая резекция – 31 наблюдение, сегментарная резекция – 13, лобэктомия – 2, пневмонэктомия – 1.

Смерть на операционном столе наступила у 14 пациентов (0,7%), у которых имели место глубокие раневые каналы и обширные повреждения паренхимы легкого в сочетании с ранениями сердца и магистральных сосудов, еще 10 больных (0,5%) умерли в 1-е сут от шока и кровопотери.

Летальный исход зафиксирован у 44 пациентов с глубокими ранениями легкого и ранениями корня легкого (11,7%).

Применение дифференцированной хирургической тактики у пострадавших с ранениями легкого позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 62 до 11,6% и летальность с 11,2 до 3,1%.

СОВРЕМЕННЫЕ МАРКЕРЫ СИСТЕМОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ И СЕПСИСА

В.П. Никулина, М.В. Андросова, М.А. Годков

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Своевременная и адекватная лабораторная диагностика синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и сепсиса остается сложной проблемой при оценке состояния пациентов с тяжелой сочетанной травмой, острой хирургической патологией, ожогами и после трансплантации органов. Своевременная дифференциальная диагностика и мониторинг ССВО и сепсиса – необходимые условия для успешного проведения лечебно-диагностических мероприятий, направленных на поиск и санацию очага инфекции, детоксикацию, профилактику полиорганной недостаточности. В настоящее время для диагностики воспалительных процессов (в том числе бактериальной природы) в клинике используют ряд лабораторных показателей, характеризующихся различной чувствительностью и специфичностью. Наиболее известные маркеры воспаления: уровень лейкоцитов крови, С-реактивный белок (СРБ), прокальцитонин (ПКТ), интерлейкины (ИЛ-6, ФНО- α). Одним из наиболее новых высокочувствительных маркеров бактериального воспаления является пресепсин (ПСП) – продукт деградации фрагмента мембранного рецептора макрофагов CD14.

Целью представляемой работы является сравнительный анализ диагностической значимости СРБ, ПКТ и ПСП у пациентов, госпитализированных с ургентной патологией и наличием положительных и отрицательных бактериологических посевов крови.

Материал и методы. Уровень ПСП, ПКТ и СРБ параллельно тестировали в крови двух групп пациентов с ургентными видами патологии: с бактериемией ($n=10$), вызванной Грам- и Грам-флорой, и с отрицательными результатами посева крови ($n=12$).

Результаты. Использование ROC-анализа позволило установить более высокую диагностическую значимость определения ПСП по сравнению с ПКТ и СРБ ($AUC\ PPS - 0,98$ против $0,85$ и $0,54$ соответственно). При этом по чувствительности тесты были сопоставимы, а по специфичности ПСП обладал существенными преимуществами. Кроме того, положительные результаты исследования на ПСП получены при бактериальных высевах как Грам-, так и Грам+флоры. Вместе с тем, уровень ПСП повышался при наличии транзиторной бактериемии, не сопровождавшейся ССВО.

Выводы:

1. Тест на ПСП более эффективен для диагностики сепсиса, системной воспалительной реакции и транзиторной бактериемии.

2. Для диагностики сепсиса целесообразно использовать комплекс маркеров воспаления.

ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННОГО ИММУНИТЕТА И КРИТЕРИИ ИХ ОЦЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ РАННЕГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

В.П. Никулина, М.А. Годков

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Успешный сингенез в ближайшие сроки после трансплантации печени (ТП) зависит от адекватности и согласованности действия ряда гомеостатических звеньев организма, ключевая роль среди которых принадлежит иммунной системе (ИС). Определенные отклонения от значений здорового человека некоторых параметров ИС после ТП следует считать нормальным (физиологическим) ответом организма на операционную травму и внедрение чужеродного органа. Подобный тип ответа ИС (не сопровождающийся какими-либо осложнениями) называют «нормой патологии». Несогласованность и (или) неадекватность ответа ИС на ТП (вне зависимости от причин их развития) являются основанием патологического ответа организма на ТП и связаны с развитием осложнений различного генеза (бактериальные, вирусные, острый криз отторжения).

Динамика показателей иммунного статуса в ранние сроки после трансплантации печени (ТП) зависит от:

– этапов формирования посттрансплантационного иммунитета, развивающихся в определенные временные интервалы после ТП;

– степени участия звеньев ИС реципиента в формировании посттрансплантационного иммунитета при ответе на различные АГ;

– индивидуальных особенностей ИС реципиента.

В настоящее время для диагностики ранних осложнений после ТП проводят тестирование различных параметров ИС в разные сроки от момента оперативного вмешательства. Рекомендаций, указывающих на целесообразность тестирования определенных параметров ИС в заданные сроки после ТП, нет. Задача по выработке подобных рекомендаций для прогнозирования и ранней диагностики осложнений различного генеза после ТП весьма актуальна.

Нами проведен анализ изменений общепризнанных параметров иммунного статуса 1-го и 2-го уровней у четырех групп пациентов с различными вариантами течения послеоперационного периода: с гладким послеоперационным периодом ($n=28$), осложнениями бактериальной ($n=60$) или вирусной ($n=16$) природы, острым кризом отторжения – ОКО ($n=8$). Исследования проводили ежедневно в течение первых 2 недель после ТП.

Выявлена определенная этапность (последовательность) изменения ряда параметров ИС в течение первых 2 недель после ТП. Установлено, что «ключевыми» показателями, отражающими процессы формирования иммунного ответа на раннем этапе после ТП, являются: количество лейкоцитов и нейтрофилов, абсолютное число CD4- и CD8-лимфоцитов, соотношение CD4/CD8-лимфоцитов, абсолютное число NK-клеток и В-лимфоцитов, уровень IgA, активность кислородного метаболизма нейтрофилов в sPNC-тесте. Выделены прогностически значимые «ключевые точки» наблюдения: 2-е, 5-е, 12-е и 14-е сут после ТП.

Проанализированные группы пациентов значительно отличались между собой по выраженности и направленности иммунного ответа. При этом, развитие осложнений (бактериальной или вирусной инфекции, ОКО) предшествовало изменению степени отклонения показателей ИС от условной «нормы патологии», но не изменение этапности проявления воспалительного ответа. В качестве наиболее ранних сроков выявления пациентов группы риска развития осложнений различной этиологии установлены 2-е сут после ТП.

Заключение. На основании изменения «ключевых» показателей на 2-е сут после ТП можно выделить реципиентов с высоким риском инфекционных осложнений (вирусной или бактериальной природы) или ОКО. Мониторинг данных показателей у пациентов в «ключевые точки» после ТП позволяет прогнозировать осложнения и контролировать достаточность и адекватность проводимой антибактериальной, противовирусной и иммуносупрессивной терапии.

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ

Ф.Н. Нишанов, А.З. Отакушев, Б.Р. Абдуллажонов,

М.Ф. Нишанов, У.Д. Усмонов

Андижанский государственный медицинский институт

Андижан, Республика Узбекистан

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза печени путем внедрения малоинвазивных методов лечения осложненной остаточной полости печени после эхинококкэктомии.

Материал и методы исследования. За период с 2000 по 2012 гг. на базе кафедры хирургических болезней клиники АндГосМИ на стационарном лечении находились 829 больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу эхинококкоза печени (ЭП). Основной контингент оперированных (77,9%) составили лица трудоспособного возраста от 19 до 44 лет. Пункционно-дренажному методу лечения подвергнуты 76 пациентов (9,1%), из них 46 (5,5%) оперированы в нашей клинике, остальные 30 (3,6%) переведены из других лечебных учреждений, у них в послеоперационном периоде было диагностировано скопление жидкости в остаточной полости – ОП (желчь, гной или другие патологические жидкости).

Чрескожные пункции ОП осуществляли в операционной, оснащенной ультразвуковой (УЗ) аппаратурой Aloka SSD 260 (Япония) и рентгенотелевизионной установкой фирмы «FISCHER IMAGING corporation» (Германия). После дренирования ОП вначале неоднократно промывали антисептическими растворами – фурациллином (1:5000), натрия хлоридом (20%), диоксидином (10%) и метрогилом – через установленный дренаж до получения чистых промывных вод.

Результаты и их обсуждение. Регулярный контроль за характером дренированной ОП осуществляли посредством УЗИ и фистулографии. В динамике у 33 пациентов уже на 3-и сут при контрольном УЗИ отмечали уменьшение размеров ОП, дренажную трубку удаляли на 12-е сут. У 24 больных по мере закрытия полости дренаж удален на 18-е сут после контрольного УЗИ.

В зависимости от размеров ОП у 19 пациентов дренаж сохраняли от 2 до 6 мес и удаляли после контрольного УЗИ. После удаления дренажа проводили УЗ-контроль через 1, 3, 6–12 мес. Во всех случаях при нагноившихся ОП до и после пункционного дренирования полости больным назначали антибиотикотерапию, белковые кровезаменители, электролитные растворы. В применении наркотических анальгетиков, как правило, необходимости не было.

Заключение. Пункция и дренирование осложненной ОП после эхинококкэктомии печени под контролем УЗС и рентгенотелевизионной – эффективный метод хирургической коррекции возникшего осложнения, обеспечивающий безопасность, минимальную инвазивность, раннюю активизацию оперированных, позволяющий избежать выполнения тяжелой и травматичной релапаротомии.

ЭНДОТОКСИКОЗ ЖЕЛТУШНОГО ГЕНЕЗА: МИНИ-ИНВАЗИВНАЯ ЛИКВИДАЦИЯ И КОРРЕКЦИЯ С СОРБЦИОННО-АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИЕЙ

Ф.Н. Нишанов, У.Д. Усмонов, А.З. Отакузиев,
М.Ф. Нишанов, Д.М. Абобакиров

Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Республика Узбекистан

Цель исследования: оценить развитие эндотоксикоза и влияние мини-инвазивной ликвидации с сорбционно-антиоксидантной терапией при механической желтухе (МЖ) неопухолового генеза.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и комплексного лечения 108 больных МЖ. Основную массу составили 78 пациентов (72,2%) с калькулезным холециститом и холедохолитиазом. В зависимости от способа лечения обследуемых больных разделили на две группы: контрольную группу составил 61 пациент (56,5%), которому производили мини-инвазивные методы операции; основную группу – 47 больных (43,5%), которым наряду с мини-инвазивными вмешательствами применяли сорбционно-антиоксидантную терапию.

Результаты. Анализ динамики функционального состояния гепатобилиарной системы в процессе проводимой терапии показал, что положительная динамика наблюдается у тех пациентов, которым в программу комплексного лечения включали сорбционно-антиоксидантную терапию. У больных основной группы уже на 3-и–4-е сут после предварительной декомпрессии желчевыводящих путей уровень общего билирубина уменьшился на 24,3%. В последующие дни уровень данного показателя снизился «плавно». Установлено, что у больных МЖ неопухолового генеза развивался синдром эндогенной интоксикации и пероксидации. Это подтверждалось увеличением ЛПИ до 85,23%, снижением ИЭИ до 2,1 раза, повышением уровня МСМ до 59,51%, увеличением уровня ЦИК до 2,5 раза, а также уровня МДА до 79,47% и ДК до 49,6%. Динамика этих показателей убедительно показала, что использование сорбционно-антиоксидантной терапии с мини-инвазивными вмешательствами значительно повысило эффективность комплексной терапии. Под влиянием проведения сочетанного лечения у 28 больных (59,6%) выполнили второй этап лечебной тактики. У 19 пациентов (40,4%) производили операции лапароскопическим методом и у 9 (19,1%) – из мини-лапаротомного доступа.

Выводы. Тяжесть эндотоксикоза при МЖ обусловлена избыточным накоплением токсических метаболитов и увеличением активности биохимических показателей в крови, повышением маркеров эндогенной интоксикации, избыточным накоплением продуктов пероксидации, угнетением детоксикационной функции печени и антиоксидантной системы, что в свою очередь приводит к полиорганной недостаточности организма и усугубляется последней.

Сочетанное применение мини-инвазивных вмешательств и сорбционно-антиоксидантной терапии способствует ранней коррекции метаболических и оксидативных расстройств, что уменьшает операционный риск, позволяет выполнять радикальные хирургические операции в более благоприятных условиях.

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАЦИЕЙ СРЕДНЕ- И НИЖНЕГРУДНОГО ОТДЕЛОВ ПИЩЕВОДА

В.И. Оскретков, А.А. Гурьянов, В.В. Федоров

Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ
Барнаул, РФ

По поводу перфорации грудного отдела пищевода ниже дуги аорты 14 больным нами выполнено видеолaparотрансхиатальное дренирование заднего средостения. Функциональное выключение пищевода и энтеральное питание больных с перфорацией среднегрудного отдела пищевода осуществляли путем видеоассистированной гастростомии, что, кроме того, позволяло предупредить попадание нутриентов через перфоративное отверстие в заднее средостение. Для подтверждения диагноза всем пациентам выполняли рентгеноскопию пищевода с жидкой суспензией сульфата бария, что облегчало интраоперационную визуализацию полости в заднем средостении.

Дренирование заднего средостения проводили по методике НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, но с использованием эндохирургических технологий. Выполняли видеолaparотрансхиатальное дренирование заднего средостения из пяти троакарных доступов в положении больного на спине. С помощью ретрактора отводили левую долю печени для осмотра пищевода и отверстия диафрагмы. При тракции травматичными инструментами за переднюю стенку желудка в каудальном направлении эндоскопом или ультразвуковым гармоническим скальпелем поперечным разрезом длиной около 4 см рассекали брюшину, покрывающую диафрагму, несколько выше пищевода и отверстия. Используя диатермокоагуляцию и препапорку тулфером, выделяли ножки диафрагмы, внутридиафрагмальный и брюшной отделы пищевода. Наконечником эндоскопа и тулфером по окружности пищевода разделяли медиастинальную клетчатку до появления гноя и бария, после чего с помощью лапароскопа производили медиастиноскопию для оценки адекватности мобилизации пищевода и исключения дополнительных затеков и перемычек.

Дренирование заднего средостения осуществляли толстой двухпросветной трубкой, проксимальный конец которой подводили к верхней точке гнойной полости средостения, где находилось перфоративное отверстие пищевода. Дистальный конец трубки располагали под правой долей печени и выводили через дополнительный прокол в правом подреберье. Средостение герметизировали путемшивания ножек диафрагмы над пищеводом интракорпоральным швом. В послеоперационном периоде проводили постоянную аспирацию содержимого гнойной полости средостения мешком Редона, на 3-и сут начинали ротоочной промывочное дренирование заднего средостения. Контроль рубцевания перфоративного отверстия в пищеводе и гнойной полости в заднем средостении осуществляли путем фистулографии с водорастворимым контрастным веществом, что позволяло провести коррекцию положения дренажной трубки. Рубцевание перфоративного отверстия наступало в среднем через 29,2±2,8 сут.

Таким образом, применение видеолaparоскопических технологий в лечении больных с перфорацией средне- и нижнегрудного отделов пищевода позволяет достигнуть адекватного дренирования заднего средостения, обеспечить фистульное питание пациента до заживления перфоративного отверстия в стенке пищевода.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ

Ф.Н. Норкузиев, Х.Т. Нишанов, М.П. Таджибоев,
Н.У. Наркузиев, Р.И. Субханкулов.

Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
Джизак, Республика Узбекистан

Введение. Острый панкреатит (ОП) в структуре смертности вследствие острой хирургической патологии брюшной полости прочно занимает первое место.

Вместе с тем, в настоящее время отсутствует единый комплексный подход к лечению патологического процесса в поджелудочной железе, развивающегося с учетом различных патогенетических механизмов.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных ОП путем создания патогенетически обоснованных принципов лечения различных форм ОП.

Материал и методы исследования. Изучены результаты лечения 161 больного ОП различной этиологии, которых лечили в I экстренном хирургическом отделении Джизакского филиала РНЦЗМП с 2008 по 2012 г. При проведении лечения мы пользуемся рекомендациями международного симпозиума по ОП (Атланта, 1992). В зависимости от этиопатогенетических форм ОП, каждая из которых имеет свой механизм развития, требующий определенной коррекции терапии: биллиарный (рефлексогенный), холангиогенный, иммунозависимый, ulcerогенный, алкогольный, посттравматический, послеоперационный панкреатиты. По течению процесса выделили три фазы деструктивного панкреатита: ферментативная, реактивно-инфильтративная и фаза гнойно-некротических осложнений. В первой фазе было 109 больных, во второй фазе – 17 больных и 35 больных – в третьей фазе.

Из них женщин было 83, мужчин – 78. Возраст у женщин составил от 24 до 83 лет, у мужчин – от 20 до 67 лет.

Результаты и обсуждение. Из 161 пролеченного нами ферментативная фаза ОП была у 123 пациентов (78,2%), из них у 35 больных (21,7%) был тяжелый ОП с гнойно-некротическими осложнениями, последние – подвергнуты оперативным вмешательствам.

С перитонитом наличием жидкости в брюшной полости оперированы 24 пациента (68,5%), им проведена традиционная лапаротомия, санация и дренирование, только у 2 больных произведена тампонада брюшной полости, а у 11 пациентов (18%) использовали программированную релапаротомию с дренированием и тампонадой поджелудочной железы. Из оперированных больных 1-й и 2-й групп умерли 6 (17,1%).

Консервативное лечение заключалось в проведении адекватной инфузионной терапии с коррекцией водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного равновесия, обезболивания и антибактериальной терапии в основном в условиях реанимационного отделения. Длительность пребывания больных в стационаре в целом составляла 16,5 койко-дня. С целью подавления панкреатической активности применяли соматостатин или его аналог октреоид в дозе 100 мкг 3 раза в сутки подкожно. Только 3 пациентам с ОП, обусловленным ущемлением конкремента в фатеровом сосочке с тяжелой сопутствующей патологией, выполняли ретроградную холангиопанкреатографию и папиллосфинктеротомию. Это способствовало быстрому купированию патологического процесса и улучшению состояния больного.

Вывод. Лечение ОП в ферментативной фазе воспаления должно носить комплексный характер. При панкреонекрозах и абсцессах с разлитым перитонитом брюшной полости – широко использовать программированную релапаротомию. Это значительно улучшило результаты лечения и позволило снизить летальность, а также сократить длительность пребывания больного в стационаре.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ ДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТАБИЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА

В.И. Оскретков, А.Р. Андреасян

Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ
Барнаул, РФ

Основу исследования составили результаты обследования и лечения 158 больных хронической дуоденальной язвой, осложненной кровотечением. После остановки кровотечения в urgentных хирургических стационарах города при стабильном гемостазе и компенсации кровопотери больных переводили на дальнейшее стационарное лечение в городской гастроэнтерологический центр, являющийся клинической базой кафедры общей хирургии Алтайского ГМУ.

Эрадикационную и антисекреторную терапию начинали в urgentном стационаре и продолжали в условиях гастроэнтерологического стационара, что позволило достигнуть рубцевания язвы у 95,8±1,9% больных. У 4,2±1,9% больных с незарубцевавшей язвой отмечены наиболее высокие показатели кислотности желудочного сока и наличие *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке желудка. В сроки от 6 месяцев до 5 лет после консервативной терапии рецидив язвы наступил у 38,8±4,6% больных, которые чаще всего проявились повторным язвенным кровотечением (23,7±4,05%). Лишь 28,4±4,3% больных после проведенной консервативной терапии периодически получали курсы поддерживающей медикаментозной терапии. Из них только у 6,4±0,4% больных возник рецидив язвенного кровотечения. Среди больных, не получавших поддерживающую медикаментозную терапию (71,2±4,3%), рецидив язвенного кровотечения возник у 30,4±5,2% больных, что в среднем на 24% больше по сравнению с пациентами 1-й группы.

В отдаленные сроки после первично возникшего язвенного кровотечения 21,1±3,5% пациентов были оперированы в плановом порядке. Из 18,9±0,4% неоперированных больных с рецидивом язвенного кровотечения у 7,9±0,2% были противопоказания к плановому оперативному лечению, 11,0±0,3% больных от операции воздержались. Показания к операции были настойчивые – неоднократный рецидив язвы или рецидив язвенного кровотечения, рубцово-язвенный дуоденальный стеноз. Основным видом операции (72,4±5,3%) была модифицированная нами видеолaparоскопическая расширенная селективная проксимальная ваготомия (РСПВ), 17,2±0,5% больных выполнена операция Тейлора, 6,9±0,4% – селективная желудочная ваготомия, 3,4±0,3% – видеолaparоскопическая двусторонняя поддиафрагмальная стволовая ваготомия. Отдаленные результаты изучены в сроки от 1 года до 5 лет. После видеолaparоскопической РСПВ выявлено существенное снижение кислотности желудочного сока, угнетение моторики желудка у 2,9±0,3% больных и у 87,8±5,4% больных отмечены отличные и хорошие результаты. Селективная желудочная ваготомия, в равной степени, как и РСПВ, приводила к угнетению кислотности желудочного сока. После ваготомии по Тейлору наступило умеренное снижение кислотности желудочного сока, угнетение моторики желудка развилось у 42,9±4,9% больных. У 2 больных (операция Тейлора и селективная желудочная ваготомия с дренирующими желудок операциями) через 1,5 года и 3 года возник рецидив язвы.

Таким образом, медикаментозная терапия после осуществления стабильного гемостаза позволяет у значительного числа больных достигнуть рубцевания язвы. Систематические курсы поддерживающей терапии значительно снижают возможность рецидива заболевания (на 24%). При необходимости оперативного лечения у больных хронической дуоденальной язвой с остановившимся кровотечением предпочтительна модифицированная нами видеолaparоскопическая расширенная ваготомия.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ «СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ» ОЖОГОВОЙ БОЛЬНИЦЫ

Н.В. Островский, Е.В. Куспец, Н.М. Шулаева, И.Б. Белянина

**Городская клиническая больница № 7
Саратов, РФ**

Саратовский центр термических поражений три с половиной десятилетия сохраняет за собой статус единственной в России специализированной ожоговой больницы. В 1969 г. профессором Т.Я. Арьевым было инициировано открытие ожогового отделения под патронатом военно-медицинского факультета медицинского института. Расширение отделения и придание ему статуса межрегионального центра приказом МЗ РСФСР вылились в становление монопрофильной больницы со всей необходимой инфраструктурой. Автономное существование сегодня – это, с одной стороны, испытание на прочность, требующее самостоятельного решения многочисленных задач функционирования больницы, с другой – состояние профессиональной свободы в решении проблем оказания специализированной помощи. Все врачи центра имеют квалификационные категории, половина из них – ученые степени кандидата медицинских наук. Отделения центра курируют профессора медицинского университета на основе совместительства. ЛПУ является базой для занятий со студентами кафедр вуза. Интегрированность больницы в систему муниципального здравоохранения позволяет адекватно решать сложные междисциплинарные задачи диагностического и лечебного плана. Городское по административному подчинению, но специализированное по факту, ЛПУ имеет областной статус и принимает в год порядка 1500 пациентов с ожогами, их последствиями и отморожениями. До 37,5% составляют пострадавшие из районов области. Треть от общего числа госпитализированных в стационар – дети.

Ведущими показателями эффективности деятельности «ожогового» стационара являются летальность и число случаев благоприятного исхода у больных с тяжелой и крайне тяжелой термической травмой, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии. Через отделение, рассчитанное на 6 пациентов, в год проходит до 150 больных с тяжелой термической травмой. За последние 5 лет были пролечены 728 по-страдавших, из которых 276 – дети. Летальность составила 23% (173 человека). В структуре летальности преобладали пациенты в возрасте от 40 до 60 лет – 60 человек, старше 60 лет – 83 человека. В возрастной группе 18–40 лет погибли 30 человек, из которых у 21 имелись ожоги, не совместимые с жизнью, что составляет 2,8% от общего числа умерших. Средний койко-день при этом составил 13,5 сут. Девять пострадавших с ожогами до 30% поверхности тела умерли на фоне тяжелой термингаляционной травмы.

Начиная с 2006 г. в стационаре не отмечено ни одного летального исхода среди детей. В практике ожоговых отделений используют эффективные методы консервативного и хирургического лечения ожогов и отморожений с применением инновационных раневых покрытий, в том числе разработанных специалистами центра совместно с учеными Саратовского государственного университета. В ЛПУ выполняют широкий спектр реконструктивно-восстановительных операций при последствиях термической травмы с использованием современных методов и авторских разработок. Специалисты больницы проводят полный комплекс мероприятий по реабилитации пострадавших от термической травмы. Центр осуществляет организационно-методическую работу по совершенствованию системы оказания помощи больным с термической травмой. Нами разработаны и внедрены в практику рекомендации для врачей первого контакта по оказанию первой помощи, выведению больных из шока, подготовке их к транспортировке; изданы методические рекомендации по лечению ожогов и отморожений на этапах медицинской эвакуации.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РАНЕННЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМИ ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИИ

И.А. Палтышев³, А.П. Колтович², В.Э. Дубров¹

**¹Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова,
²Главный военный клинический госпиталь внутренних войск
МВД РФ, МО Балашиха, ³Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Москва, Санкт-Петербург, РФ**

Для современной минно-взрывной травмы типичными являются высокая степень тяжести повреждений, множественный, сочетанный и комбинированный характер поражений (А.Е. Войновский, 2008; П.Г. Брюсов, 2009; К. Kobayashi, 2002; М. Sugrue, 2004). Преобладающим видом комбинированной травмы служат термомеханические повреждения, которые в общей структуре составляют 5–10% (В.А. Иванцов и соавт., 2004; R. Noto, 1992).

Материал и методы: в исследовании проанализированы результаты лечения 93 раненых с комбинированными термомеханическими повреждениями (КТМП).

Тяжесть состояния пострадавших при поступлении на этап квалифицированной медицинской помощи оценивали по шкале ВПХ-СП. Степень тяжести повреждений оценивали по шкалам ВПХ-П(ОП). Площадь ожога определяли по правилу девяткой и правилу ладони, вычисляли индекс тяжести повреждений Франка (ИТП) и выявляли степень тяжести ожогового шока. Общую тяжесть КТМП определяли суммарной тяжестью составляющих компонентов травмы (ожога и огнестрельного повреждения).

Группа с легкими КТМП включала 5 пациентов (5,4%) с ожогами I-IIIa степени, S<7%, ограниченными повреждениями мягких тканей. Тяжесть состояния составила ВПХ-СП – 11,7±10,3 балла, повреждения ВПХ-П(ОП) – 0,06±0,02 балла, тяжесть ожога ИТП – 9,4±4,3 ед. Раненых с шоком в этой группе не было.

Группа с повреждениями средней степени тяжести включала 23 пострадавших (24,7%) с ожогами I-II-IIIa степени, S<20%, множественными ранениями мягких тканей, сотрясанием головного мозга. Тяжесть состояния составила ВПХ-СП – 15,9±1,8 балла, повреждения ВПХ-П(ОП) – 0,69±0,05 балла, тяжесть ожога ИТП – 8,6±3,6 ед. Раненых с ожоговым шоком в этой группе не было.

Группа с повреждениями тяжелой степени тяжести включала 38 раненых (40,8%) с ожогами I-II-IIIa степени, S<30% или IIIb-IV степени, S<10%, с множественными ранениями мягких тканей, закрытыми и открытыми переломами трубчатых костей, ребер, таза, черепа, с ушибом головного мозга, повреждением внутренних органов. Тяжесть состояния составила ВПХ-СП – 23,6±7,1 балла, повреждения ВПХ-П(ОП) – 3,4±3,3 балла, тяжесть ожога ИТП – 33,4±6,4 ед. У 27 пострадавших (65,8%) был зарегистрирован шок различной этиологии (в том числе сочетание ожогового и травматического), из них у 19 пациентов (50,0%) был отмечен изолированный травматический шок различной степени тяжести. У 5 раненых (13,2%) был выявлен изолированный ожоговый шок легкой степени с ИТП 60,7±10,3 ед. У 3 пациентов (7,9%) имел место сочетанный травматический и ожоговый шок. У 11 раненых (28,9%) шока не было.

Группа с повреждениями крайне тяжелой степени тяжести включала 27 пострадавших (29,0%) с ожогами I-IIIa степени, S≥30% или IIIb-IV степени, S≥10%, с множественными закрытыми и открытыми переломами костей конечностей, с тяжелой черепно-мозговой травмой, повреждением внутренних органов. Тяжесть состояния составила ВПХ-СП – 34,7±19,7 балла, повреждение ВПХ-П(ОП) – 9,7±9,6 балла, тяжесть ожога ИТП – 61,6±8,4 ед.

У 8 раненых (29,6%) был изолированный травматический шок различной степени тяжести. У 3 пациентов (11,2%) был отмечен изолированный ожоговый шок. У 16 раненых (59,3%) имел место сочетанный травматический и ожоговый шок.

Выводы. Анализ показывает, что у крайне тяжелых раненых с КТМП преобладал сочетанный ожоговый и травматический шок. У 54 пострадавших (58,1%) с КТМП был диагностирован шок различной степени тяжести. В 27 случаях (50,0%) это был изолированный травматический шок, в 8 (14,8%) – ожоговый шок. У 19 раненых (35,2%) с КТМП диагностировали сочетание обоих видов шока.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

**А.З. Отакузиев, Ф.Н. Нишанов, Б.Р. Абдуллажонов,
У.Д. Усмонов, М.Ф. Нишанов**

**Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Республика Узбекистан**

Цель: оценка возможности химиотерапии при множественном эхинококкозе органов брюшной полости.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 58 больных с множественной формой эхинококкоза печени (ЭП) и органов брюшной полости. Из них 27 пациентов (46,5%) в контрольной и 31 (53,5%) в основной группах. Все больные, поступившие с диссеминацией эхинококка печени, были подвергнуты оперативному лечению. В контрольной группе при диссеминированном ЭП в основном выполнена комбинированная ликвидация остаточной полости в 20 случаях (74,1%), открытая эхинококкэктомия (ЭЭ) с оставлением одного дренажа – в 7.

В основной группе при диссеминированном ЭП в отличие от контрольной у 6 больных (19,3%) проведена идеальная ЭЭ. Открытая ЭЭ с проточным дренированием остаточной полости выполнена 4 пациентам (12,8%). Комбинированная ЭЭ осуществлена 21 больному (67,7%), причем в более половины случаев (38,7%) они сочетались с идеальной ЭЭ.

Всем пациентам основной группы в до- и послеоперационном периодах проводили антипаразитарную терапию препаратом «Альбендазол» по разработанной в клинике схеме (рац. предл. № 942). Курс назначали трижды с 15-дневным перерывом между ними. Химиотерапия альбендазолом также сочеталась с применением метронидазола, фуразолидона и иммуностимуляторов. Во время лечения каждые 15 сут проводили клинические исследования крови, а также УЗ-контроль 1 раз в месяц в течение года, 2 раза каждые 6 мес в течение 2 лет, а затем 1 раз в год.

Результаты. В контрольной группе через 3 года после ЭЭ на УЗИ у 5 больных (6,5%) диагностирован рецидив ЭП, а остаточная полость – у 4 (5,2%). В основной группе на контрольном УЗИ рецидив ЭП диагностирован у 2 пациентов (2,8%), а остаточная полость – у 2 (2,8%).

Заключение. Химиотерапия рецидивного ЭП в до- и послеоперационном периодах является одним из важных аспектов, а иногда единственным методом, способствующим профилактике повторных рецидивов. Сочетанное применение традиционных оперативных вмешательств с химиотерапией оказывается эффективным методом предоперационной подготовки и повторного хирургического лечения данного заболевания.

НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

А.И. Перепелкин

**Волгоградская областная детская клиническая больница
Волгоград, РФ**

Здоровье детей и подростков является одним из важнейших ресурсов развития государства. В настоящее время его состояние вызывает особую озабоченность. Существенный урон здоровью подрастающего поколения наносят травматические повреждения и болезни костно-мышечной системы, уровень которых не снижается. С сожалением приходится констатировать, что последние 10 лет характеризовались ростом заболеваемости и распространенности заболеваний опорно-двигательного аппарата, а также увеличением контингента детей и подростков, состоящих на диспансерном учете у травматологов поликлиник. Число детей-инвалидов с патологией опорно-двигательной системы остается высоким.

Повреждения в области локтевого сустава у детей занимают ведущее место в последующем возникновении у них деформаций и контрактур. Особую актуальность представляют длительно нерепонированные переломы и вывихи в этой зоне.

Цель нашего исследования: анализ лечения детей с застарелыми повреждениями в зоне локтевого сустава в условиях областной больницы за 8-летний период.

С 2005 по 2012 г. нами проведено лечение 117 пациентов с различными повреждениями в зоне локтевого сустава, у которых с момента травмы прошло более 2 нед. Дети поступали в возрасте от 4 до 15 лет, из них мальчиков было 92 (78,6%), а девочек – 25 (21,4%). В основном больные были с такими видами переломов, как чрезмыщелковые, внутреннего надмыщелка, головатого возвышения, плечевой кости, локтевого отростка и шейки лучевой кости. В ряде случаев у детей отмечался застарелый вывих лучевой кости. У 33 пациентов были чрезмыщелковые переломы, у 35 – перелом внутреннего надмыщелка, у 18 – головатого возвышения, у 16 – перелом шейки лучевой кости, у 8 – перелом локтевого отростка, у 7 – вывих головки лучевой кости. Всем детям с застарелыми чрезмыщелковыми повреждениями с недопустимым состоянием отломков выполняли открытую репозицию с сопоставлением костных фрагментов и остеосинтезом спицами Киршнера. При переломах головатого возвышения плечевой кости проводили выделение смещенного отростка из костно-фиброзного блока, его репозицию и металлоостеосинтез. При переломах шейки лучевой кости выполняли репозицию и трансартикулярную фиксацию головки с дополнительным проведением спицы непосредственно через головку в метадиафизарную зону. После снятия гипсовой повязки для восстановления функции конечности выполняли комплекс ЛФК, ФТЛ и массажа.

Анализ результатов позволил сделать вывод, что принятая в клинике тактика лечения детей с застарелыми повреждениями в области локтевого сустава способствует предотвращению возникновения его деформаций и контрактур.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА
Т.П. Пинчук, С.С. Созрешилиш, Н.С. Кононенко, П.А. Ярцев, Б.Т. Цулеискири, И.Е. Селина
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Цель исследования: оценка эффективности эндоскопической декомпрессии и реканализации толстой кишки при острой толстокишечной непроходимости (ОТН).

Материал и методы. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2011 г. по май 2013 г. экстренная колоноскопия была выполнена 21 пациенту с ОТН, из них было 9 мужчин (42,9%) и 12 женщин (57,1%) в возрасте от 24 до 86 лет. Средний возраст составил 67 лет.

Фиброколоноскопия была проведена всем пациентам в 1-е ч после поступления. Подготовка к исследованию при ОТН состояла в очистительных и сифонных клизмах с отмыванием кишки до чистой воды, что позволило адекватно подготовить кишку в короткий срок. Диагностическую и лечебную фиброколоноскопию выполняли с обязательной премедикацией, а 5 пациентам, учитывая их тяжелое общее состояние и сопутствующую патологию, – под общей анестезией.

По нашей методике осуществлено предварительное бужирование стенозированной участка кишки эндоскопическими инструментами и приборами возрастающего диаметра, после чего эндоскоп проводили проксимальные стриктуры и устанавливали металлическую струну – проводник. После извлечения эндоскопа по струне заводили зонд для декомпрессии супрастенотического отдела кишки сроком на 2–3 сут. Затем выполняли радикальную операцию лапароскопическим либо лапаротомным доступом.

Результаты. При колоноскопии опухолевый процесс был выявлен у 17 из 21 пациента (80,1%). У 3 больных была диагностирована стенозирующая опухоль ректосигмоидного перехода с распространением на сигмовидную кишку, у 9 – сигмовидной кишки, у 1 – нисходящей ободочной, у 2 – поперечной ободочной, у 2 – восходящей ободочной кишки. У 3 пациентов определено сдавление сигмовидной кишки и ректосигмоидного перехода извне, у 1 – заворот сигмовидной кишки.

У 2 больных просвет кишки в зоне стеноза составил 5 мм в диаметре, у 14 – 2–3 мм, у остальных 5 – не визуализировался или был точечным, с трудом обнаруживаемым при исследовании.

Протяженность стеноза толстой кишки у 2 пациентов составила менее 2,0 см, у 16 – 5,0–7,0 см и у 3 – более 10,0 см. Таким образом, у 19 больных (90,5%) стриктуры были протяженными.

Малоинвазивная эндоскопическая полная реканализация и декомпрессия толстой кишки была успешной у 14 пациентов (66,7%). Частичную реканализацию с адекватной декомпрессией удалось выполнить 4 больным (19,0%).

Были оперированы 20 из 21 пациента (95,2%). Интраоперационный и эндоскопический диагнозы совпали у 19 больных (90,5%). У 1 пациентки при фиброколоноскопии осмотру был доступен только дистальный конект стриктуры с неизменной слизистой оболочкой. Было диагностировано сдавление сигмовидной кишки извне, выполнена полная реканализация кишки. Однако интраоперационно был установлен диагноз рака ректосигмоидного перехода с подслизистым ростом. Уровень стеноза, выявленный при фиброколоноскопии, подтвердился интраоперационно у всех пациентов. У 2 больных при эндоскопическом исследовании не были диагностированы прикрытые перфорации опухоли и супрастенотического отдела кишки, выявленные интраоперационно.

Отсроченная операция в сроки от 1 до 3 сут после успешной декомпрессии и адекватной предоперационной подготовки была выполнена у 16 из 20 больных (80,0%). Однако 4 пациентам (20,0%) были проведены экстренные оперативные вмешательства. У 1 больного, несмотря на полную реканализацию и декомпрессию кишки, общее состояние прогрессивно ухудшалось. Были выполнены экстренная лапаротомия, при которой диагностировано неокклюзионное нарушение кровообращения в нисходящей ободочной кишке, а также левосторонняя гемиколэктомия, трансверзостомия. Трем пациентам провести эндоскопическую реканализацию не удалось. У 1 больного с заворотом сигмовидной кишки были выполнены успешная декомпрессия и реканализация кишки, что позволило избежать экстренного оперативного вмешательства. От планового оперативного лечения пациентка категорически отказалась.

Осложнений и летальных исходов, связанных с эндоскопическим вмешательством, не было. От прогрессирования основного заболевания умерли 2 больных (9,5%).

Вывод: таким образом, эндоскопическая малоинвазивная декомпрессия и реканализация толстой кишки при ОТН различного генеза были эффективными у 18 больных (85,7%), что позволило отсрочить оперативное вмешательство на 24–72 ч.

ОСТРЫЙ СУСТАВНОЙ СИНДРОМ: ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
А.С. Поззун
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
Санкт-Петербург, РФ

Острый суставной синдром (ОСС) – термин, обозначающий гетерогенную группу заболеваний, общим для которой является вовлечение в патологический процесс суставного аппарата. Пациенты с ОСС вследствие выраженного болевого синдрома в области сустава теряют трудоспособность и нуждаются в одновременной верификации диагноза и оказании неотложной медицинской помощи.

Стационарное лечение ревматологических больных подразумевает плановую госпитализацию, поэтому ранее не существовало порядка оказания неотложной помощи пациентам с ОСС. Подобный порядок отсутствовал не только в Санкт-Петербурге, но и в других городах России. В условиях НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с 2008 г. организовано оказание специализированной неотложной помощи больным с ОСС.

Нами разработан дифференциально-диагностический алгоритм, применяющийся в клинической практике в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. Цель диагностических процедур при ОСС – верификация конкретной нозологической формы заболевания и своевременное начало патогенетической терапии. Первым этапом алгоритма является определение профиля пациента, поскольку ОСС может присутствовать при целом ряде заболеваний (неврологических, инфекционных, травматологических, онкологических и др.). Вторым этапом служит дифференциальная диагностика заболеваний ревматологического профиля. На данном этапе первоначально выделяют больных с признаками воспалительной реакции и без них. Это позволяет на раннем этапе выделить многочисленную группу пациентов с остеоартрозом. Далее выполняют рентгенологическое исследование с целью выявления патогномоничных изменений и иммунологические пробы для верификации системных заболеваний соединительной ткани. Диагностический поиск при ОСС осуществляется одновременно с назначением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). НПВП позволяет снизить выраженность воспалительной реакции, уменьшить выраженность болевого синдрома. Применение специфической патогенетической терапии больным возможно после верификации основного заболевания.

Концентрация больных с ОСС в многопрофильном стационаре скорой помощи с возможностью оказания специализированной ревматологической помощи позволяет верифицировать патологический процесс в ранние сроки, уменьшить период стационарного лечения и улучшить прогноз заболевания. Своевременное оказание медицинской помощи при неотложных показаниях дает возможность при помощи проведения неспецифической терапии НПВП и специфической базисной терапии купировать ОСС, снизить выраженность воспалительной реакции, уменьшить прогрессирование заболевания и инвалидизацию больных.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ
И.А. Плотников, А.В. Бондаренко
Городская больница № 1
Барнаул, РФ

В период с 2000 по 2012 г. в Городской больнице № 1 Барнаула произведено оперативное лечение 129 пациентов с политравмой, включавшей переломы дистального отдела бедренной кости. Средний возраст пострадавших составил 42±15,36. У 45,24% пациентов обстоятельствами полученной травмы было дорожно-транспортное происшествие, у 41,2% пострадавших – бытовая травма, у 8,56% больных – травма на производстве, прочие травмы – 5%. Тяжесть политравмы менее 17 баллов по шкале ISS констатирована у 43,7% пострадавших, от 17 до 25 баллов – у 25,8%, от 26 до 40 баллов – у 22,6%, свыше 40 баллов – у 7,9%, таким образом, у большинства пациентов была тяжелая политравма. Наиболее часто сочетание переломов дистального отдела бедренной кости наблюдалось с черепно-мозговой травмой – 48%, переломами конечностей другой локализации – 30%, повреждением костей таза – 26%, травмой грудной клетки – 14%, внутрибрюшной травмой – 6%, переломом позвоночника – 3%.

Всего было выполнено 135 операций остеосинтеза переломов дистального конца бедренной кости. В 61 – применяли ретроградные штифты, в 43 – использовали пластины с угловой стабильностью, в 31 – произведен остеосинтез аппаратом внешней фиксации. Для сравнительного анализа эффективности разных методов все пострадавшие были разделены на три группы: 1-я группа (n=57) – остеосинтез ретроградным штифтом, 2-я (n=41) – погружной остеосинтез пластинами с угловой стабильностью, 3-я (n=31) – остеосинтез аппаратом внешней фиксации. Оценивали частоту послеоперационных осложнений (ранних и поздних), длительность стационарного лечения и число повторных госпитализаций. Частота осложнений была наибольшей в 3-й группе, несколько меньшей – во 2-й и значительно меньшей – в первой. В 3-й группе наблюдались воспалительные явления вокруг спиц и стержней. Длительная аппаратная фиксация способствовала формированию стойкого контрактура суставов и развитию венозной недостаточности. Во 2-й группе чаще всего отмечали осложнения в виде флелботромбозов, пролежней крестцовой области. Меньшее количество осложнений наблюдали в группе, где применяли интрамедуллярный штифт.

РАЗЛИЧИЯ В ЧАСТОТЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С ОСТРЫМ СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ
А.С. Поззун
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
Санкт-Петербург, РФ

При остром суставном синдроме (ОСС) одной из наиболее часто встречающихся нозологий оказывается ревматоидный артрит (РА). При госпитализации больного с ОСС РА может быть диагностирован как впервые, так и являться обострением ранее верифицированного заболевания.

Цель работы: оценить различия в частоте сопутствующих заболеваний у больных РА в 1-й группе – плановой госпитализации (769 пациентов) и во 2-й группе – при госпитализации с ОСС (111 больных).

Больные РА 2-й группы были госпитализированы с ОСС по неотложным показаниям в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в период с 2008 по 2012 г.

Установлено, что в 1-й группе встречаемость стенокардии (35,5%) была выше, чем во 2-й (18,9%), тогда как частота гипертонической болезни (49,7%) и аритмий (3,2%) была ниже, чем во 2-й группе (63,9% и 8,1% соответственно). Признаки недостаточности кровообращения в 1-й группе отмечались чаще (47,1%), чем во 2-й (36,9%).

Заболеваемость бронхиальной астмой (5,3%) и частота дыхательной недостаточности (9,2%) в 1-й группе была выше, чем во 2-й (3,6% и 4,5% соответственно), а хроническим бронхитом – меньше (9,5% vs 19,8%), чем во 2-й группе.

В 1-й группе чаще отмечалось наличие гастродуоденита (39,9% vs 26,1%), хронического холецистита (19,6 vs 17,1%), язвенной болезни желудка (8,4% vs 6,3%), режес язвенной болезни 12-перстной кишки (2,7% vs 4,5%) и хронического панкреатита (5,7 vs 11,7%), чем во 2-й группе.

Различия в частоте сопутствующей патологии у больных РА, обнаруженные при плановой госпитализации и госпитализации при ОСС, могут быть обусловлены, с одной стороны, значительным процентом больных с впервые выявленным заболеванием, а, значит, относительно более молодых и не успевших приобрести большое количество других заболеваний. С другой стороны, пациенты с ранее верифицированным РА, госпитализированные с ОСС, являются более соматически тяжелыми, с большей распространенностью сопутствующей патологии.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ОСТРОМ СУСТАВНОМ СИНДРОМЕ

А.С. Повзун

**Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ**

Цель работы: оценить распространенность антифлагриновых антител у больных ревматоидным артритом (РА) при остром суставном синдроме.

Обследованы пациенты, поступающие в НИИ СП им. И.И. Джanelидзе с острым суставным синдромом, у которых установлен диагноз РА. У 233 больных проводили иммунологическое обследование. Оценивали частоту положительных результатов при анализах на ревматоидный фактор (РФ), антикератиновые антитела, антиперинуклеарный фактор и антитела к ССР.

У 233 больных РА установлено наличие положительного РФ в 58,8% случаев, антикератиновых антител – в 19,7%, антиперинуклеарного фактора – в 37,7%, антител к ССР – в 21%.

Полученные результаты являются существенно более низкими по сравнению с данными других авторов. Это может объясняться выполнением анализов в подавляющем большинстве у пациентов с впервые устанавливаемым диагнозом, а не обострением ранее верифицированного патологического процесса. Такие больные характеризуются в основном отсутствием длительно текущей развернутой клинической картины РА, и, как следствие, относительно низкой частотой выявления специфических маркеров в дебюте заболевания.

СПОНТАННЫЕ РАЗРЫВЫ ПИЩЕВОДА

А.Н. Погодина, К.М. Рабаданов

**НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Целью данной работы является анализ собственных наблюдений диагностики и лечения больных со спонтанным разрывом пищевода (СРП). В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за период 1992–2013 гг. находились на лечении 95 больных со спонтанным разрывом пищевода (СРП). Соотношение мужчин и женщин составило 4:1. Возраст больных колебался от 30 до 88 лет, средний возраст их составил 56,5±12,0 года. В течение первых 24 ч с момента разрыва пищевода госпитализированы 23 пациента, остальные – в сроки от 24 ч до 6 сут. Из 95 пациентов с СРП 80 переведены (84,2%) из других лечебных учреждений Москвы и Московской области. Причиной возникновения спонтанного разрыва пищевода является резкое повышение внутрипищеводного давления, как правило возникающее на фоне сопутствующих заболеваний.

Из 95 больных у 88 (92,6%) выявлены: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс эзофагит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, стеноз выходного отдела желудка, холецистит, панкреатит. Острая боль являлась ведущим симптомом СРП и отмечена у всех больных с локализацией в эпигастральной области, за грудной и в левой половине груди. В раннем периоде ни в одном лечебном учреждении не был диагностирован спонтанный разрыв пищевода. Основными первичными диагнозами были: инфаркт миокарда, острый панкреатит, прободная язва желудка и 12-перстной кишки, спонтанный пневмоторакс. Установлено, что у всех пациентов дефект пищевода имел продольное направление, при этом длина разрыва пищевода варьировала от 1 до 10 см. Дефект стенки пищевода в большинстве наблюдений локализовался по левой стенке нижнегрудного отдела. Одновременно с разрывом пищевода возник разрыв медиастинальной плевры у 88 пациентов (92,6%). СРП приводит к быстрому развитию медиастинита, эмпиемы плевры. Диагностика СРП основана на клинических, рентгенологических, ультразвуковых, эндоскопических, СКТ данных.

Лечение СРП комплексное. В основе лечения лежит хирургическое вмешательство. Операцией выбора является ушивание дефекта стенки пищевода из лапаротомного доступа с фундопликацией по Ниссену, которая выполнена 54 пациентам (56,8%). Ушивание дефекта пищевода, дренирование средостения выполнено 14 пациентам (15,6%); 13 пациентам (13,7%) – дренирующая операция (дренирование плевральной полости, заднего средостения); 3 пациентам (3,2%) – торакотомия, ушивание дефекта пищевода. Резекция пищевода произведена 13 больным (13,7%) (трансплевральным и цервикалоабдоминальным доступом).

Общая летальность составила 48,4% (46 наблюдений). Причинами летального исхода явились: сепсис, полиорганная недостаточность, пневмония, острая сердечная недостаточность, аррозийное кровотечение, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда. Прослеживается прямая зависимость уровня смертности от сроков поступления больных в клинику. Наименьший показатель смертности сопряжен с ранним лечением больных в сроки до 6 ч от момента разрыва. Общая летальность снизилась с 24 (70,6%) (1992–2000 гг.) до 22 (36,7%) (2001–2012 гг.).

При СРП наиболее чувствительным диагностическим методом является рентген-контрастное исследование пищевода с сульфатом бария и УЗИ плевральных полостей. В лечении методом выбора является хирургическое вмешательство – ушивание дефекта стенки пищевода из лапаротомного доступа с укрытием линии швов стенкой желудка.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕПТИЧЕСКИХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

А.Н. Погодина

**НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Несмотря на успехи гастроэнтерологии, вопросы профилактики и лечения как гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), так и ее осложнений, далеки от разрешения. Тенденция к длительному консервативному лечению ГЭРБ приводит к ряду осложнений: развитию пищевода Барретта, рецидивирующему язвенному эзофагиту, нарушению проходимости пищевода, формированию пептических стриктур.

В отделении неотложной торакоабдоминальной хирургии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского на лечении находились 234 пациента с пептическими стриктурами пищевода в возрасте от 23 до 79 лет.

Комплексная диагностика включала рентгенологические, эндоскопические методы исследования пищевода, желудка и 12-перстной кишки, компьютерную томографию и определение желудочной секреции, уровня гастрина крови.

На основании комплексного обследования у 72 больных выявлена компенсированная пептическая стриктура пищевода, у 117 – субкомпенсированная и декомпенсированная пептическая стриктура пищевода – у 45 пациентов.

Больным с компенсированной стриктурой пищевода проводили патогенетическую терапию, включающую антисекреторные препараты, прокинетики и гастропротекторы в сочетании с ГБО-терапией.

Пациентам с субкомпенсированной пептической стриктурой пищевода наряду с медикаментозной и ГБО-терапией выполняли бужирование пищевода по струне (1–5 сеансов). После бужирования пищевода для подготовки к оперативному вмешательству 24 больным осуществляли зондовое питание. Восстановление проходимости пищевода обеспечило возможность исследования желудочной секреции.

Показаниями к оперативному лечению у 44 больных с субкомпенсированными стриктурами пищевода были: неэффективность консервативной терапии, выраженный желудочно-пищеводный рефлюкс с болевым синдромом, рецидивирующий язвенный эзофагит. В основе хирургических вмешательств было предотвращение желудочно-пищеводного рефлюкса, дуоденогастрального рефлюкса и снижение желудочной секреции. Оперативные вмешательства включали фундопликацию, резекцию желудка с гастроэнтероанастомозом на отключенной по Ру петле, селективно-проксимальную ваготомию (СПВ) и сочетание этих оперативных вмешательств. У пациентов с коротким пищеводом и невозможностью выполнения фундопликации ограничивались резекцией желудка с гастроэнтероанастомозом на отключенной по Ру петле и СПВ.

Абсолютными показаниями к хирургическому лечению у 34 больных были декомпенсированные пептические стриктуры пищевода. Объем оперативного вмешательства зависел от состояния больного. Первоначально 14 больным из 34 была наложена гастростома для питания, остальным проводили сеансы бужирования пищевода. Резекция пищевода произведена 29 пациентам. Удаление патологически измененного пищевода в большинстве случаев осуществляли абдоминоцервикальным доступом (26), только у 3 больных была выполнена резекция пищевода по Торему. Эзофагопластика с пересечением пищевода на шею была произведена 5 пациентам. Искусственный пищевод был сформирован из ободочной кишки на дуге Риолана у 32 больных. В 2 случаях комбинированный искусственный пищевод удалось создать путем этапных пластических операций из кишки и кожно-мышечного трансплантата, сформированного из широчайшей мышцы спины на сосудистой ножке.

АХАЛАЗИЯ КАРДИИ

А.Н. Погодина

**НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Проблема лечения больных с ахалазией кардии является весьма сложной и требует дифференцированного подхода к выбору методов лечения этой патологии.

За последние 30 лет на лечении в отделении неотложной торакоабдоминальной хирургии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского находились 228 пациентов с ахалазией кардии. Четверо больных были переведены в институт с разрывом пищевода при попытке кардиодилатации. Возраст больных варьировал от 19 до 92 лет. Женщин было 120, мужчин – 108.

Основными методами диагностики ахалазии кардии были рентгенологический и эндоскопический методы исследования пищевода.

Основными жалобами пациентов были: нарушение проходимости пищевода, полная непроходимость пищевода, боль за грудиной, регургитация пищи, изжога.

Показанием к экстренному хирургическому лечению у 4 больных был разрыв дистального отдела пищевода при попытке кардиодилатации. Этим пациентам произведена лапаротомия, ушивание разрыва пищевода, фундопликация, гастростомия и дренирование средостения.

Баллонная кардиодилатация как основной метод лечения применена у пациентов с ахалазией кардии II и III стадии заболевания. Бужирование дистального отдела пищевода как первый этап дилатационного лечения ахалазии кардии было произведено 14 больным. Произведено бужирование полыми бужами по струне-проводнику под контролем рентген-экрана. В последующем выполнены сеансы кардиодилатации в количестве 5–6. Эффективным лечение было у 162 больных.

Показаниями к хирургическому лечению у 56 больных была ахалазия кардии III и IV стадии, сочетание ахалазии с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикулами пищевода, безуспешность инструментального расширения пищевода. Основным способом коррекции кардии была эзофагокардиомотомия с фундопликацией, при этом в зависимости от сопутствующей патологии желудка и пищевода произведено удаление дивертикулов дистального отдела пищевода (7 больных), селективная проксимальная ваготомию, резекция желудка при осложненном течении язвенной болезни (9 пациентов).

Четырем больным с мегаэзофагусом произведена резекция пищевода абдоминоцервикальным доступом, из них в 3 случаях произведена одномоментная заднемедиастинальная эзофагопластика из ободочной кишки на дуге Риолана. У одного больного произведена резекция пищевода и гастрэктомия при наличии сочетанной патологии (мегаэзофагус и рак желудка), еюнотомия. В отсроченном периоде ему произведена загрудинная эзофагопластика из ободочной кишки.

Летальных исходов не было. Противопоказанием к радикальному оперативному лечению служили тяжелые заболевания внутренних органов с декомпенсацией жизненно важных функций. С целью обеспечения энтерального питания 6 истощенным пациентам с тяжелой сопутствующей патологией произведена гастростомия.

Основными методами лечения ахалазии кардии являются кардиодилатация и эзофагокардиомотомия с фундопликацией. Абсолютным показанием к резекции пищевода явилось наличие мегаэзофагуса.

НЕОТЛОЖНАЯ И РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА

А.Н. Погодина, М.М. Абакумов, Ю.А. Радченко
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Проблема лечения больных химической и механической травмой пищевода, ее осложнениями и последствиями до настоящего времени является весьма сложной и актуальной.

За последние 28 лет на лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского находились 1370 больных с химическими и 1236 – с проникающими механическими повреждениями пищевода и их последствиями.

В диагностике химических и механических повреждений пищевода и их осложнений использован комплекс методов исследования, включающий рентгенологический, КТ, ультразвуковой, эндоскопические и лабораторные методы.

Лечение всех больных с перфорациями, разрывами и ранениями пищевода было комплексным. Задачами хирургического лечения были: вмешательство на поврежденном пищеводе, разобщение гнойной полости от просвета пищевода, адекватное дренирование гнойных очагов, обеспечение энтерального питания. Летальность составила 12,8%.

Больные с химической травмой пищевода в раннем посттравматическом периоде нуждались в хирургическом лечении при развитии таких осложнений, как некроз пищевода, перфорация, кровотечение. Оперированы 16 больных (8 из них умерли). В отсроченном периоде хирургическое лечение применено при развитии рубцового сужения пищевода для обеспечения энтерального питания (бужирование пищевода, гастростомия).

Резекция пищевода выполнена у 189 больных, из них в экстренном порядке – у 44 больных при химическом ожоге пищевода с некрозом, перфорацией и кровотечением (6) и множественными разрывами и перфорациями грудного отдела пищевода (38). Умерли 14 больных. Показаниями к резекции пищевода в отдаленном периоде после травмы были: рак рубцово-измененного пищевода (6), подозрение на малигнизацию (15), наличие функционально неполноценного пищевода (114), пищеводо-медиастинальные свищи (10). Из 145 больных умерли 4.

Эзофагопластика произведена 276 больным. Летальных исходов было 3. Предгрудный искусственный пищевод из правой половины ободочной кишки с участком подвздошной создан 18 больным. Предпочтение отдавали формированию изоперистальтически расположенного трансплантата из поперечно-ободочной кишки с питанием по дуге Риолана (238). Одномоментная резекция пищевода с заднемедиастинальной эзофагопластикой из ободочной кишки выполнена 42 больным.

Показаниями к повторным хирургическим вмешательствам в первые годы после эзофагопластики явились: рубцовое сужение эзофаго-колоанастомоза (21), рубцовое сужение кологастроанастомоза (9), сдавление трансплантата сращениями на шее (8), в дистальном отделе (5), свищи искусственного пищевода на шее (4). Летальных исходов в этой группе больных не было.

Химические и проникающие повреждения пищевода являются чрезвычайно тяжелой патологией, требующей применения современного комплекса методов диагностики и лечения. Использование методов изоляции просвета пищевода в сочетании с адекватным дренированием средостения и плевральных полостей, массивной комплексной терапией позволило снизить летальность с 25 до 12,8%.

ОСТРАЯ ОБТУРАЦИЯ ПИЩЕВОДА

А.Н. Погодина, И.В. Жиганов
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Обтурация пищевода является опасной для жизни патологией, требующей неотложной медицинской помощи.

В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 1992 по 2011 г. на лечении находились 878 больных в возрасте от 14 до 96 лет с обтурацией пищевода. Мужчин было 491, женщин – 387.

Из 878 больных с острой обтурацией пищевода в 420 наблюдениях (47,8%) патологии пищевода не выявлено, у остальных 458 пациентов диагностированы различные заболевания, среди которых преобладали постожоговые рубцовые сужения пищевода – 369 наблюдений (42%), пептические стриктуры – 36 (4,1%). Нейромышечные заболевания пищевода, опухоли и дивертикулы явились причиной обтурации пищевода в 6,1% наблюдений. Обтурация пищевода чаще была вызвана продуктами питания (мясо, рыба, фрукты, орехи, косточки фруктов) – 860 больных, редко обтурация пищевода была обусловлена попаданием в него непищевых предметов (пробка бутылки, зубной протез и др.) – 18 случаев.

Более половины всех больных обратились за медицинской помощью в первые часы после возникновения у них непроходимости пищевода, остальные – через сутки и более. Основные осложнения, возникшие на фоне обтурации пищевода, такие как его гидравлический, инструментальный разрыв, были связаны с попыткой самостоятельного устранения пациентом обтурации (10), а также повреждением пищевода при попытке ее устранения в лечебных учреждениях (3).

В диагностике обтурации пищевода и возникших осложнений основным методом является рентгеноконтрастное исследование пищевода с использованием водорастворимого контрастного вещества, а также компьютерная томография и фиброэзофагоскопия. У 14 из 878 больных (1,6%) при поступлении в институт были выявлены признаки травмы пищевода: наличие пневмоторакса, гидроторакса, расширение средостения, эмфизема шеи и средостения.

Из 14 больных у 10 был гидравлический разрыв пищевода, у 3 больных возник разрыв пищевода при попытке эндоскопического устранения обтурации, у 1 больного – при самостоятельной попытке проглотить кусок мяса черенком ложки. Лечение обтурации пищевода было дифференцированным. Показанием к проведению консервативной терапии была обтурация пищевода мягкими инородными телами (846 случаев). Инфузионная, спазмолитическая терапия, местное применение протеолитических ферментов обеспечили устранение обтурации пищевода у 814 больных. При неэффективности консервативной терапии в течение 12 часов производили фиброзософагоскопию и устранение обтурации – 32 больных. Показанием к экстренной фиброзософагоскопии была обтурация пищевода твердыми инородными телами (18 случаев). Экстренное хирургическое лечение было предпринято при гидравлических (10) и инструментальных разрывах пищевода (4): резекция пищевода (5), ушивание разрыва пищевода (4), дренирование средостения (5).

Из 878 больных умерли 8 пациентов (0,9%). Причиной смерти у 4 больных явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность, а также гнойно-септические осложнения. Обтурация пищевода является опасной патологией с возможным развитием жизнеугрожающих осложнений и требует от врача навыков диагностики и своевременного адекватного лечения.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТРАХЕИ И БРОНХОВ

А.Н. Погодина, Е.Б. Николаева
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Проникающие повреждения трахеи и бронхов являются опасной для жизни травмой. Среди причин повреждений трахеи и бронхов наибольшее количество случаев в настоящее время приходится на ранения трахеи холодным и огнестрельным оружием. Не имеет тенденции к уменьшению количество ятрогенных повреждений трахеи. К редким видам относятся разрывы бронхов при закрытой тяжелой травме груди.

В отделении неотложной торакоабдоминальной хирургии с 1992 по 2012 г. на лечение находились 432 пациента с повреждениями трахеи и бронхов вследствие ранений (162), ятрогенных повреждений (258) и закрытой тяжелой травмы груди (12). Ранения трахеи были у 124 пациентов, ранения бронхов – у 38.

Среди ятрогенных повреждений трахеи были: разрыв трахеи интубационной трубкой (41), фиброгастроскопом (1), бужом (2). Интраоперационная травма трахеи была выявлена у 7 больных. Трахеопищеводные свищи возникли у 129 пациентов. Стеноз трахеи сформировался у 78 больных.

В диагностике применены клинический, рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические методы исследования, КТ шеи и груди.

При ранениях трахеи и бронхов доступами были коллотомия или чресшейная медиастинотомия, торакотомия. После осуществления гемостаза произвели ревизию раневых каналов, ушивали раны трахеи (124). При ранениях и разрывах бронхов восстанавливали их целостность (10), выполняли сегментарную резекцию легкого (12), лобэктомии (27), пневмонэктомию (1).

При разрывах трахеи показаниями к экстренному оперативному лечению (10 случаев) были: прогрессирование эмфиземы средостения и невозможность обеспечения адекватной вентиляции легких при наличии протяженных дефектов трахеи, достигающих бифуркации. Этим больным произведены торакотомия, ушивание дефекта стенки трахеи с пластикой мышечно-надкостничным лоскутом на сосудистой ножке. В остальных случаях проводилось консервативное лечение.

При трахеопищеводных свищах в ранние сроки хирургическое вмешательство было направлено на предотвращение заброса содержимого желудка в трахею и обеспечение полноценного энтерального питания. С этой целью выполняли лапаротомию, фундопликацию, гастростомию и чрезжелудочную интубацию тонкой кишки. Восемь пациентам с низкими свищами и необходимостью проведения длительной ИВЛ произведена правосторонняя торакотомия с резекцией V ребра, разобщение трахеопищеводного свища с пластикой дефекта трахеи мышечно-надкостничным лоскутом на сосудистой ножке.

Операции по ликвидации трахеопищеводных свищей производили в отсроченном периоде не ранее 2 мес после выявления свища.

Основным методом хирургического лечения в экстренном порядке стеноза шейного отдела трахеи явилось формирование трахеостомии на Т-образной трубке, грудного отдела – стентирование или блокирование стеноза с интубацией трахеи расширенной трубкой. Различные виды пластики трахеи выполняли через 3–4 мес. Для возмещения дефицита стенки трахеи применены методы пластики с использованием аутоклетчатой и префабрикованных трансплантатов.

Ранняя диагностика и дифференцированная тактика лечения с применением усовершенствованных хирургических методов, использованием комплексной терапии и адекватной искусственной вентиляции легких обеспечивает снижение летальности у этой тяжелой категории больных.

ЦЕРВИКОТОРАКАЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ – ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА

А.Н. Погодина, Е.В. Татарникова
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Цель исследования: изучить частоту ЦТР, их виды, характер повреждений органов и сосудов, усовершенствовать диагностику, хирургическую тактику и лечение посттравматических и послеоперационных осложнений.

Материал. За период с 1992 по 2013 г. в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского на лечении находились 123 пострадавших с цервикоторакальными ранениями (ЦТР). Подавляющее большинство пострадавших – 108 (87,8%) – были мужского пола. Средний возраст больных составил 33,5 года. 110 больных (89,4%) были с КРР и 13 (10,6%) – с ОР.

Методы исследования: клинический, лучевые, ультразвуковой, эндоскопические. Первично в НИИ СП доставлены 105 пострадавших (85,3%), 18 (14,6%) поступили переводом из других стационаров, после выполненных там первичных вмешательств.

Диагностика ЦТР основывалась на данных клинического осмотра пострадавших и результатах комплексного обследования. При осмотре больных оценивали общее состояние, локализацию и характер ран, выявляли клинические признаки глубоких ранений шеи, проникающих ранений груди (эмфизема шеи и грудной стенки, пневмоторакс, гемоторакс). Важнейшим моментом в диагностике повреждений груди и шеи являлось выявление признаков наружного и внутреннего кровотечения (в плевральные полости, полость перикарда, в просвет глотки и пищевода, гортани и трахеи, бронхов), а также наличия гематом шеи, средостения, грудной стенки.

При стабильном состоянии раненых производили рентгенологическое исследование, включающее рентгенографию и рентгенографию шеи и груди. При обзорном рентгенологическом исследовании признаками ЦТР были: пневмоторакс, гемоторакс, гематома средостения, наличие инородных тел в средостении и плевральных полостях.

Цервикоторакальный характер ранения наиболее вероятен при повреждениях 1-й зоны шеи 82 пострадавших (66,6%), при ранении 2-й зоны количество пострадавших составило 33 (26,8%), ранения 3-й зоны – 8 (6,5%).

По характеру ЦТР могут быть разделены на чресплевральные (лево-левосторонние, право-правосторонние, лево-правосторонние, право-левосторонние) и внеплевральные (раневой канал идет в средостение). Чресплевральные ЦТР встречались в подавляющем большинстве случаев – у 101 больного (82,1%), и лишь в 22 случаях (17,8%) были квалифицированы как внеплевральные.

В качестве доступов использовали: торакотомии и коллотомии (11), стернотомии (9), коллотомии с пересечением ключицы (5), дренирование плевральной полости и коллотомии или чресшейную медиастинотомии (48), чресшейную медиастинотомии и видеоторакоскопию (6).

При повреждении магистральных сосудов их лигирование выполнено у 18 пациентов, боковой сосудистой шов – у 22, протезирование артерий в 2 наблюдениях (общей сонной и подключичной артерий). Раны глотки, пищевода, гортани и трахеи ушивали. Для закрытия линии швов глотки и пищевода использовали порцию кивательной мышцы. Из 123 больных с цервикоторакальными ранениями погибли 12, летальность составила 9,7%. В ходе оперативного вмешательства погибли 6 пациентов с множественными ранениями магистральных сосудов, органов шеи, груди и спинного мозга. Причиной смерти одного больного явилось острое нарушение мозгового кровообращения. Смерть 6 больных наступила в послеоперационном периоде от гнойной интоксикации при развитии медиастинита, эмпиемы плевры, абсцедирующей пневмонии.

ОДИН ИЗ ВИДОВ «МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ РЕАНИМАЦИИ» БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МАССИВНУЮ КРОВОПОТЕРЮ, ОСЛОЖНИВШУЮСЯ ОСТРЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

А.А. Погосян, М.С. Митюрин, Т.И. Камчаткина, М.Л. Скобло, И.А. Ефросинина
Городская больница № 6
Ростов на Дону, РФ

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

Материал и методы. Проведенные исследования у 75 больных, находящихся в отделении реанимации с массивной кровопотерей и осложнившейся развитием острого поражения легких, установили, что кислородная недостаточность вызывает активацию свободно-радикального перекисного окисления липидов (СР ПОЛ), сначала увеличение, а затем угнетение активности антиоксидантной системы, дестабилизация и деградация клеточных мембран, увеличение микровязкости мембран эритроцитов. Эти изменения, которые сопровождаются выраженными метаболическими расстройствами, в значительной мере увеличивают содержание уровня гидрокортизона и альдостерона, вызывают декомпенсированные нарушения КОС и водно-электролитного баланса, также активируют каллекреин-кининовую систему, происходит увеличение белкового катаболизма и уровня кантинина и гуанина, происходит уменьшение макроэргов и увеличение на несколько порядков АТФазы. В стадии дизадаптации все эти перечисленные изменения прогрессируют, а уровень глюкокортикоидов и минералокортикоидов в данный момент резко падает.

Результаты исследования. Оценивая данные нарушения метаболизма в связи возникновением гипоксии и развитием острого поражения легких при массивной кровопотере, позволило нам применять «метаболическую реанимацию», которая заметно повышает эффективность лечения больных с данным видом патологии. 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), протекторы биологических мембран, применение антиагрегантов разнонаправленного действия (токоферол, аскорбиновая кислота, унитиол и др.), коррекция КОС и ВЭР, стимуляция увеличения синтеза белка и нуклеиновых кислот, дезинтоксикация. А также восполнение кровопотери применяя крупномолекулярные декстраны (Н не менее 30%), гормоны коры надпочечников, ингаляции, травы, антибиотикотерапию в ранних стадиях.

Выводы. Исследования показали, что выявленная взаимосвязь между гипоксическими изменениями метаболического характера и активацией СР ПОЛ, играющей важную роль в механизме адаптации организма при применении «метаболической реанимации», весьма эффективна. Своевременное применение данного лечения в полном объеме поддерживает оптимальный уровень СР ПОЛ. Такой подход позволяет уменьшить процент летальных исходов при данном виде патологии.

НОВЫЙ СПОСОБ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ФЕНОМЕНА «NO-REFLOW» С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЛПРОСТАДИЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Л.З. Полонецкий, С.А. Савенко, О.Л. Полонецкий, В.И. Стельмашок, Т.Л. Денисевич

Республиканский научно-практический центр «Кардиология»
Минск, Республика Беларусь

Цель: оценить возможность профилактики феномена «No-reflow» (N_{rph}) при проведении тромболитической терапии (ТЛТ) и чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в сочетании с Алпростадилем.

Материал и методы. Под наблюдением находились 173 пациента с острым инфарктом миокарда (ОИМ) продолжительностью до 6 часов. Медикаментозную реперфузию у 50 пациентов проводили с использованием альтеплазы и стрептокиназы в первые 2–4 часа от начала заболевания. ЧКВ было выполнено у 123 пациентов в первые 1–3 часа ИМ с тромбэктомией (31%) и имплантацией стента. Одновременно с введением тромболитических препаратов или с началом процедуры ЧКВ 39% пациентов получили внутривенно 40 мкг Алпростадиле. Базовая антикоагулянтная и антитромботическая терапия проводилась в соответствии с международными стандартами.

Наличие или отсутствие N_{rph} оценивали по динамике редукции сегмента ST на ЭКГ к 90 мин от начала лечения, степени коронарного кровотока по TIMIflow и степени тканевой перфузии по TIMIbg.

Результаты. У 11 пациентов (22%), получивших ТЛТ стрептокиназой и альтеплазой с учетом редукции сегмента ST менее 50% к 90 мин от начала ТЛТ, диагностирован феномен N_{rph}.

При проведении медикаментозной реперфузии без Алпростадиле феномен «No-reflow» был выявлен у 29% пациентов, тогда как при тромболитической терапии в сочетании с Алпростадилем N_{rph} присутствовал только у 14% пациентов.

Количество тромботических окклюзий снизилось с 18% до 4,5%.

При выполнении ЧКВ без предварительного введения Алпростадиле феномен «No-reflow» выявлен у 13 пациентов из 78, что составило 16,6%. При назначении 40 мкг Алпростадиле непосредственно перед ЧКВ ни у одного из 45 пациентов феномен N_{rph} выявлен не был.

Средняя величина снижения уровня сегмента ST после тромболитической реперфузии у пациентов с феноменом «No-reflow» составила 41,1%, без N_{rph} – 76%.

После чрескожного коронарного вмешательства средняя величина снижения сегмента ST при наличии феномена «No-reflow» составила 44,3%, без N_{rph} – 74%.

К 30-м суткам заболевания коронарные события отмечены у 13 пациентов (7,5%). В 8 случаях после ТЛТ рецидив предшествовал N_{rph}, 5 пациентам Алпростадиле не вводили, у 3 пациентов рецидив состоялся на фоне Алпростадиле и у 4 пациентов рецидив отмечен без N_{rph} и Алпростадиле. После ЧКВ рецидив состоялся только у 2 пациентов без N_{rph} и Алпростадиле.

Заключение. С учетом широкого терапевтического диапазона и мощного антиромботического действия Алпростадиле, улучшения состояния микроциркуляции и быстрого восстановления тканевой перфузии включение Алпростадиле в процедуру реперфузии позволяет избежать полипрагмазии, уменьшить количество случаев N_{rph} и повысить эффективность лечения ОИМ.

ЛПС-ИНДУЦИРОВАННАЯ АКТИВАЦИЯ МОНОЦИТОВ КРОВИ ПРИ ГРАМОТРИЦЕТАЛЬНОМ СЕПСИСЕ

Ю.С. Полушин, М.И. Громов, Л.П. Пивоварова, И.В. Шлык, Т.Г. Хабирова, А.Ю. Касьяков

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Развитие и клиническое течение тяжелого сепсиса связано с активацией цитокиновой сети. Пусковым моментом ее активации у пациентов с грамотрицетальным сепсисом является поступление в кровотоки липополисахаридов (ЛПС) грамотрицетальной флоры из очагов инфекции и (или) желудочно-кишечного тракта.

Нами были изучены начальные и промежуточные компоненты каскада воспалительных и противовоспалительных реакций при грамотрицетальном сепсисе у трех групп пациентов: 1) с тяжелым сепсисом выживших (n=8); 2) с тяжелым сепсисом умерших (n=7) и 3) с септическим шоком (n=6). Клинические и лабораторные, в том числе иммунологические показатели состояния больных оценивали в 1-й день их пребывания в реанимационном блоке с диагнозом тяжелого сепсиса/септического шока.

Документацию инфекции проводили с использованием микробиологического метода исследования на автоматической системе Bact Alert 3D.

Диагноз сепсиса устанавливали в соответствии с диагностическими критериями, принятыми PAXHI (2004). Распределенные по группам больные имели различную степень выраженности органной дисфункции, оцененную по SOFA (баллы): 1-я – 4 (4; 4), 2-я – 6 (3; 3; 10; 3); 3-я – 9 (7; 9).

У всех пациентов наблюдали 4–6-кратное увеличение концентрации в крови ЛПС-связывающего протеина (LBP), биологическая роль которого заключается в усилении иммуногенности ЛПС после образования комплекса ЛПС+LBP. При анализе уровня LBP в крови установили, что концентрация его не зависела от тяжести состояния больных и исхода сепсиса и составляла у больных 1-й группы 119,4 (108,6; 121,8) мкг/мл, 2-й группы – 115,6 (102,8; 120,3) мкг/мл и 3-й группы – 115,3 (112,7; 121) мкг/мл.

Фиксация сформированного комплекса происходит на поверхности моноцитов и макрофагов, в результате чего образуется новый мембранный комплекс CD14+ЛПС+LBP, вызывающий немедленную секрецию и активацию продукции цитокинов и других медиаторов острой воспалительной реакции. Максимальное количество активированных CD14⁺ моноцитов наблюдали у больных с септическим шоком 35 (33; 43)%. У больных других групп их количество было меньшим (в 1-й группе 19 (17; 23)%, во 2-й группе – 19,5 (9,8; 30)%).

Множественное увеличение концентрации ИЛ-6 в крови пациентов всех трех групп достоверно коррелировало с величиной SOFA (r=0,53, p<0,05). Существенное увеличение уровня ИЛ-10 в крови (в 14 раз и более по сравнению с нормой) наблюдали только у больных с септическим шоком.

Таким образом, выраженность активации цитокиновой сети отражает тяжесть состояния и исход лечения пациентов с тяжелым сепсисом и септическим шоком. Ограничение факторов инициации системного воспаления в ответ на бактериальную инвазию, в частности, образование комплекса ЛПС+LBP с последующей активацией моноцитов CD14⁺ крови, может быть целесообразным для повышения эффективности лечения больных.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ГОРОДА И РЕГИОНА НА ПРИМЕРЕ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В.П. Попов

Территориальный центр медицины катастроф
Екатеринбург, РФ

В Российской Федерации сосуществуют две модели, которые будут сосуществовать в оказании скорой помощи в России долго, а может быть, и всегда. Это 2-этапная модель, система или цепочка спасения и многоэтапная. Применительно к 1-й модели – это организации скорой медицинской помощи (СМП) в крупных городах. Это самодостаточная система, к которой организаторы здравоохранения должны стремиться. Но, несмотря на серьезные шаги по ее распространению (прежде всего, программа модернизации), у нас нет ни финансовых, ни кадровых возможностей иметь ее в каждом муниципальном образовании.

Здравоохранение Екатеринбурга политически и фактически в вопросах оказания СМП полностью самодостаточно как в догоспитальном, так и в госпитальном периодах. По большому счету роль медицины катастроф в крупном городе минимальна.

ЦМК Свердловской области был организован в сентябре 1993 г. с целью повышения готовности медицинских служб к оказанию помощи в чрезвычайных ситуациях. В 1994 г. отдел санитарной авиации был передан из Областной больницы в структуру центра. С 1999 г. Министерством здравоохранения нашей области нам была поручена курация областных отделений и станций СМП области. Был сформирован организационно-методический отдел по этому направлению. Директор был назначен главным внештатным специалистом МЗ Свердловской области по СМП. Вначале (до 2006 г.) отдел занимался традиционными направлениями работы: статистика, аналитика, аттестация. С 2006 г. к традиционным добавились: организационное, учебное и научное направления. В 2006 г. был создан учебно-тренировочный центр медицины катастроф, который стал ядром учебно-тренировочной подготовки специалистов СМП. Приоритет в обучении отдается фельдшерам и врачам неотложных специальностей.

Технологическая цепочка спасения в крупных городах коротка и надежна и состоит из двух мощных звеньев:

1-е звено цепи (догоспитальный этап) – специализированная бригада СМП, работающая во взаимодействии с ГИБДД и спасателями. Своевременность прибытия;

2-е звено – ЛПУ, оказывающие экстренную специализированную медицинскую помощь в исчерпывающем объеме. И в том и в другом случае соблюдается федеральный норматив по срокам ее оказания.

Тогда как в малонаселенных и сельских территориях очевидна уязвимость как 1-го звена – догоспитального (увеличение времени доезда, отсутствие врачебной специализированной бригады и малое количество фельдшерских), так и слабость 2-го – госпитального (небольшие ЦРБ, не имеющие специализированных медицинских технологий).

Таким образом, цепочка спасения удлиняется за счет появления как минимум еще двух звеньев – 3-го межгоспитального (санитарно-авиационного) и 4-го (оказание специализированной помощи в межмуниципальном центре или ЛПУ Екатеринбурга).

Программа модернизации существенно продвинула 2-этапную модель по территориям за счет организации 10 межмуниципальных центров, но все еще для значительной части населения области она неадекватна. Безусловно, есть свои проблемы в организации помощи и в крупных городах, но в сельской местности они острее. В условиях дефицита сил и средств очень сложно обеспечить доступность и качество urgentной помощи. В этих условиях возрастает роль межгоспитального этапа, где координирующим органом будет служить медицина катастроф. Мы считаем, что в 2-этапной системе в крупном городе роль медицины катастроф минимальна. Однако очень серьезное значение в условиях региона со сложной медико-тактической обстановкой, большой протяженностью, с федеральными трассами, проходящими через малонаселенные пункты, в которых находятся разного уровня станции и отделения СМП, с маломощными станциями с изношенным оборудованием, где имеется длинная цепочка спасения, медицина катастроф должна занимать ведущую роль. Все это диктует условия для развития медицины катастроф, которая будет обеспечивать санитарно-авиационную помощь на межгоспитальном этапе и координирующее действие между догоспитальным и госпитальным этапами.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКО-РЕАНИМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ЭТАПАХ ЭВАКУАЦИИ В АЭРОМОБИЛЬНОМ ГОСПИТАЛЕ МЧС РОССИИ В ЗОНЕ ЧС
(ликвидация последствий землетрясений в Индонезии и Пакистане в 2005 г., Китае 2008 г. и Гаити 2010 г.)
А.С. Попов, И.А. Якиревич, Д.Ш. Беркутов, Ш.А. Байрамов, В.Э. Шабанов
Центроспас МЧС России,
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского,
Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» МЗ СР РФ
Москва, РФ

Актуальность проблемы. На данный момент актуально встает вопрос о лечении пострадавших в самой зоне чрезвычайной ситуации (ЧС). Увеличение этапов медицинской эвакуации ведет к потере времени и повышению необоснованной смертности среди пострадавших.

Материал и методы. В аэромобильном госпитале (АГ) МЧС квалифицированная медицинская помощь с хирургической патологией была оказана 2 257 пострадавшим (535 детей). 575 пострадавших получили интенсивную терапию в реанимационном отделении АГ, из них 288 детей. Возраст от 1,5 до 76 лет (средний возраст – 34,5±4 года). Оперативное вмешательство проведено у 458 пострадавших в АГ, в том числе у 127 детей. Из них: 254 операции под общей, 59 – внутримышечной и 145 – под местной анестезией. Принято двое родов живыми доношенными детьми. Тяжесть состояния пострадавших (2–4-е сут после катастрофы) обуславливало проведение анестезиологического пособия в сочетании с интенсивной терапией на операционном столе. Интенсивная терапия включала в себя венозный доступ, возмещение дефицита ОЦК, кислородотерапию, анальгезию и седацию, коррекцию ацидоза, введение кортикостероидов и антибиотиков. Тяжесть состояния оценивали по шкале Глазго, по шкале *APACHE-II*.

Премедикацию пострадавших проводили непосредственно в предоперационной за 5–10 мин до операции. Она включала внутривенное введение Промедола (10–20 мг), Диазепама (5 мг) и Атропина (0,5 мг). Индукцию проводили внутривенным введением: Кетамина (4–10 мг/кг массы тела) или 1% раствором Тиопентала (4–8 мг/кг). Поддерживающая анестезия: дробное введение Фентанила (0,1–0,2 мг), Калипсола (2–4 мг/кг) и Седуксена (0,25 мг/кг). Миоплегия: Ардуан (0,03 мг/кг/час). Параметры системной гемодинамики (ЧСС, АД, ЭКГ), дыхания (ЧДД, Sat O₂) контролировали в постоянном режиме мониторами и пульсоксиметрами в операционной и реанимации.

Внутривенную анестезию применяли у 106 пострадавших. ТБВА в сочетании с ИВЛ (режим нормовентиляции) проводили у 148 пострадавших. У 59 пострадавших применяли внутримышечный наркотик: Кетамин (4–10 мг/кг) и Седуксен (0,25 мг/кг). Осложнений при проведении анестезиологических пособий не было. Послеоперационный период у всех пострадавших проходил без осложнений.

Результаты. У всех пострадавших, которым проводили комплекс интенсивной терапии, включающий анестезиологическо-реанимационное пособие, был получен положительный клинический эффект. Он проявился в стабилизации состояния пострадавших и готовности их к эвакуации. На специализированную госпитальную базу в стабильном состоянии были эвакуированы 517 пострадавших (445 взрослых и 272 ребенка). Смертности в период оказания экстренной помощи в АГ и на этапах эвакуации в этой группе пострадавших не отмечено.

Заключение. Применение комплекса интенсивной терапии в ранний период оказания медицинской помощи в очагах ЧС в условиях АГ МЧС России позволило значительно снизить процент необоснованной смертности. Данные методы анестезиологического пособия оправдали себя при работе в полевых условиях в АГ МЧС России в зоне ЧС, как у взрослых, так и у детей.

МАССОВАЯ ЭВАКУАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ МОДУЛЕЙ
А.С. Попов, И.А. Якиревич
Центроспас МЧС России
Москва, РФ

В 2009 г. проводили крупномасштабную медицинско-спасательную операцию эвакуации 49 пострадавших после пожара в Пермь. Эвакуацию выполняли впервые с использованием от 5 до 2 ММС на ИЛ-76 силами медицинских специалистов ФГУ «Центроспас» МЧС России, ФГУ ВЦМК «Защита» и ГУ ЦЭПМ МЧС России.

Сообщение о пожаре в ночном клубе «Хромая лошадь» поступило в 23:30 московского времени 04.12.09. В НЦУК МЧС России принято решение о медицинской эвакуации пострадавших. Данные о пострадавших: около 100 погибших, более 200 тяжелораненых. 05.12.09 в 03:00 на борт ИЛ-76 МЧС РФ были доставлены 5 Модулей Медицинских Самолетных (на 20 пациентов), медицинское оборудование и бригада медиков ФГУ «Центроспас» МЧС России. По прилету в Пермь четыре врача анестезиолога-реаниматолога ушли для осмотра и сортировки пострадавших в 1 Краевую КБ, 1 МСЧ и 9 МСЧ целью с определения возможности эвакуации и подготовки плана эвакуации пострадавших на борт № 1.

Пострадавших доставляли к борту бригадами скорой помощи. Тяжесть состояния раненых была обусловлена комбинированной травмой: сочетанием глубоких (2–36 степени) ожогов площадью от 30 до 90% поверхности тела с термоблуживанием повреждением верхних дыхательных путей и отравлением продуктами горения, ожоговым шоком 2–4-й степени.

Старший врач бригады производил медицинскую координацию и оперативное управление с представителями местных властей и НЦУК МЧС России.

На борт № 2 и № 3 сортировку в больницах не проводили, пострадавшие поступали из больницы на машинах СМП Пермь. Сортировку поступающих пораженных проводили в машинах СМП и на рампе воздушного судна (температура воздуха – 18 °С), два врача сопровождали пациентов до модулей по левому и правому борту соответственно. Двое – принимали пациентов непосредственно на местах расположения, подключали дыхательную и спящую аппаратуру.

Пациентов, нуждающихся в проведении ИВЛ, доставляли на борт самолета вторичной очередью и помещали на нижних секциях, пациентов тяжелой степени, не нуждающихся в проведении ИВЛ, доставляли в первую очередь и помещали на верхних секциях.

Было осуществлено 4 вылета. Эвакуированы в клиники Москвы и Санкт-Петербурга 47 пострадавших, из них 32 – крайней степени тяжести на ИВЛ. На борт погиб 1 пострадавший.
Борт № 1. Пермь – Москва, 05.12.2009, 11:15 – 14:30. На борт находились 19 пострадавших, из них 14 – на ИВЛ. Расчет медицинского персонала: 1 врач анестезиолог-реаниматолог и две медсестры анестезии на один ММС (4 пострадавших). Все пострадавшие во время авиаэвакуации получали: мониторинг (АД, ЧСС, ЭКГ, пульсоксиметрия), инфузионную терапию, респираторную поддержку (ИВЛ и ингаляция кислорода), перфузию кардиотоников, гипнотиков и анальгетиков, согревание. Ряду больных понадобились повторные перевозки. Пострадавшие перенесли полет без отрицательной динамики и осложнений. По месту прилета были переданы бригадам СМП.

Борт № 2. Пермь – Санкт-Петербург, 05.12.2009, 18:15 – 22:30. На борт приняты 16 пострадавших, из них 10 – на ИВЛ. Распределение пациентов и персонала проводили по принятой методике, наблюдение и лечение – в соответствии со стандартами оказания реанимационно-анестезиологического пособия. Во время полета состояние одной из пострадавших ухудшилось на фоне проводимой интенсивной терапии и ИВЛ отечная остановка сердечной деятельности. Проводимые реанимационные мероприятия успеха не имели, констатирована смерть. Оставшиеся пострадавшие перенесли полет без отрицательной динамики и были переданы бригадам СМП Санкт-Петербурга. В течение возвратного рейса проводили работу по подготовке борта к следующему рейсу.

Борт № 3. Пермь – Москва, 06.12.2009, 03:30 – 08:15. На борт приняты 8 пострадавших, из них 5 – на ИВЛ. Все пациенты перенесли полет удовлетворительно и переданы персоналу СМП, ЦЭПМ, ЦМК, ВЦМК. Общее время работы объединенной авиаэвакуационной бригады составило 33 часа. Отказов техники не отмечено.

Борт № 4. Пермь – Москва. На борт приняты 4 пострадавших, все на ИВЛ.
По результатам проведенной медицинско-спасательной операции были сделаны выводы и учтены ошибки, допущенные в организации эвакуации пострадавших из стационара на аэродром.
Борт № 5. Пермь – Москва, 06.12.2009, 03:30 – 08:15. На борт приняты 8 пострадавших, из них 5 – на ИВЛ. Все пациенты перенесли полет удовлетворительно и переданы персоналу СМП, ЦЭПМ, ЦМК, ВЦМК. Общее время работы объединенной авиаэвакуационной бригады составило 33 часа. Отказов техники не отмечено.

На данное время проведены 14 массовых медицинских эвакуаций с применением ММС. Причины развития ожоговой болезни: пожары в местах массового скопления людей, взрывы баллонов с газом. Одновременно эвакуировали от 3 до 19 пострадавших с ожоговой болезнью. Возраст от 2 лет 6 месяцев до 88 лет. Взрослых – 107 пострадавших, детей – 10. Всего эвакуировано 117 пострадавших с ожоговой болезнью. У 52 пострадавших во время авиаэвакуации проводили ИВЛ, из них 6 – были дети. Пострадавших перевозили в стерильном бортах, на вакуумных матрасах. Эвакуацию проводили в НИИ им. Вишневского, НИИ им. Склифосовского, НИИ им. Джаншидзе, ГКБ № 36, ДГКБ № 9 им. Сперанского в ожоговые реанимационные отделения.

Выводы:
1. Использование ММС позволяет проводить в полном объеме анестезиологическо-реанимационное пособие, интенсивную терапию, наблюдение и уход значительному количеству раненых тяжелых пострадавших. Во время полетов обеспечивается щадящая транспортировка пострадавших, мониторинг и соблюдение преемственности лечебного процесса.

2. В составе медико-эвакуационной бригады при массовой эвакуации пострадавших с ожоговой болезнью необходимо включать врачей комбустиологов.

3. Пострадавших с термическими поражениями необходимо сортировать и осматривать не у борта воздушного судна, а в лечебных учреждениях.

БЕЗАПАРТАТНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПОСТРАДАВШИХ С СДС В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ИЗВЛЕЧЕНИЯ В АЭРОМОБИЛЬНОМ ГОСПИТАЛЕ МЧС РОССИИ В ЗОНЕ ЛИКВИДАЦИИ ЧС

А.С. Попов, И.А. Якиревич, Ш.А. Байрамов, В.Э. Шабанов
Центроспас МЧС РФ,
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского,
Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» МЗ СР РФ
Москва, РФ

Цель исследования: обобщение опыта применения безаппаратного мембранного плазмафереза (БМПФ) в комплексе лечения пострадавших с СДС в аэромобильном госпитале МЧС России при ликвидации медицинских последствий землетрясений (Пакистан, 2005; Китай, 2008; Гаити, 2010).

Материал и методы исследования. В реанимационном отделении аэромобильного госпиталя находились 38 пострадавших с СДС (19-М, 19-Ж, возраст 34,5±4 года). Сроки пребывания в завалах: до 2 суток – 25 человек, свыше 3 – 13. У 14 пострадавших открытые переломы трубчатых костей, у 17 – зоны некроза сдавленных тканей. Движения в суставах резко ограничены из-за нарастающего отека. Пульсация артерий в дистальных отделах сомнительная. У 23 пострадавших выпадения чувствительности в областях сдавления. Тяжесть состояния: по шкале Глазго – 12±1 баллов, по шкале *APACHE-II* – 29±4. Отмечается тенденция к гипотонии и тахикардии, повышение температуры тела до 39°С, нарастающие одышка. Снижение суточного диуреза до 300±150 мл. При поступлении *Нб* – 95±3,7 г/л, *Нт* – 42±2,1%, *К* плазмы – 6,5±0,2 ммоль/л. Процедуры плазмафереза проводились методом безаппаратного мембранного плазмафереза (БМПФ) на фильтрах ФФМ-01-ТТ «РОСА». Первая процедура проводилась не позднее 2 часов после извлечения пострадавшего из завала. Каждому пациенту проведено 2±1 процедуры с удалением за сеанс в среднем 70±10% объема циркулирующей плазмы (ОЦП), при гиперволемическом (+20%) комбинированном замещении. Объем удаляемой плазмы рассчитывался у каждого пострадавшего индивидуально: от среднеобъемного (20–50% ОЦП), до плазмообмена. Частота проведения – 1 раз в сутки. ОЦП определялся по общепринятой схеме. Средства замещения: кристаллоиды (NaCl 0,9%, Рингера и глюкозы 5%), гидроксипропилированные крахмалы (*Voluven* 6%, *HAES* 6%, *Haes-steril* 10%), белки (альбумин 6–10%). Время проведения процедуры БМПФ от 60 до 120 минут.

БМПФ проводили всем пострадавшим на фоне комплексной терапии СДС: 1. Устранение болевого воздействия и стрессовой ситуации. 2. Восстановление кислотно-щелочной среды и ВЭБ крови, поддержание гемодилуции с гематокритом 25–30%. 3. Коррекция свертывающей системы крови (гепарин, реополиглюкин, трентал). 4. Проведение детоксикации с применением активных методов коррекции гомеостаза: а) однократный БМПФ на плазмозамещающих ФФМ-01-ТТ «РОСА» с удалением до 70% ОЦП; б) инфузионно-форсированный диурез; в) энтеросорбция угольным сорбентом с очистительными клизмами. 5. Профилактика и устранение гнойно-септических осложнений (антибактериальная терапия). 6. Первичная хирургическая обработка, иссечение зон некротических масс (проводится под общим обезболиванием). Лампасные разрезы не применяли. 7. Транспортная иммобилизация перед эвакуацией.

Результаты. У всех 38 пострадавших стабилизация гемодинамики отмечали через 28±6 часов, увеличение диуреза до 1200±100 мл/сутки – через 18±8 часов. Случаев развития острой почечной недостаточности не отмечено. Лабораторные показатели перед эвакуацией: *Нб* – 101±3,2; *Нт* – 28±1,8; мочевина – 8,7±1,5 ммоль/л; *К* плазмы – 3,7±0,1 ммоль/л. Все пострадавшие в стабильном состоянии эвакуированы вертолетами в специализированные госпитали. Смертности при оказании медицинской помощи не отмечено.

Заключение. Тактика лечения пострадавших с СДС должна быть гибкой и адаптированной к каждой отдельно взятой ЧС. Применение БМПФ позволяет снизить процент осложнений и летальность. Применение БМПФ является методом выбора экстракорпоральной коррекции гомеостаза у пострадавших с СДС в полевых госпиталях при ЧС.

К ВОПРОСУ О МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ РОССИЙСКИХ ГРАЖДАН ИЗ-ЗА РУБЕЖА

А.В. Попов

Центр медицинской эвакуации и экстренной медицинской помощи, ФГУ
Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» МЗ РФ
Москва, РФ

В последнее время значительно увеличилось количество обращений в Правительство Российской Федерации, Министерство здравоохранения Российской Федерации и иные заинтересованные федеральные органы исполнительной власти российских туристов за помощью в организации их медицинской эвакуации на Родину, связанной с внезапно возникшими заболеваниями или травмами и невозможностью лечения за границей по причине отсутствия финансовых средств.

Несмотря на то, что программы страхования граждан, выезжающих за рубеж, для туристов предусматривают медицинскую эвакуацию до места проживания (что зачастую организуется аэропортом), нередко возникают проблемы с госпитализацией эвакуируемых в Российской Федерации пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, особенно если они прибывают в субъект Российской Федерации, расположенный не по месту постоянной или временной регистрации.

Ряд пациентов, прибывающих в Российскую Федерацию через Москву, по ряду причин не могут быть эвакуированы далее по месту постоянного проживания (пребывания) и требуют оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара, иногда временной до подходящего рейса. Установленный порядок госпитализации в медицинские организации Департамента здравоохранения Москвы и федеральные медицинские организации требует согласований с органами управления здравоохранения по месту проживания (пребывания) пациентов, что фактически не осуществимо в короткие сроки, а программы страхования граждан, выезжающих за рубеж, не предусматривают продолжения лечения в Российской Федерации за счет средств страховой организации. В итоге достаточно часто пациентам и их родственникам приходится справляться с проблемой медицинской эвакуации и госпитализации по месту жительства самостоятельно.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

И.Е. Попова, Ф.А. Шарифуллин

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Увеличение скорости и интенсивности движения автотранспорта, широкое распространение строительства высотных сооружений привели к стойкой тенденции увеличения частоты сочетанных повреждений груди и живота.

В настоящее время в условиях города пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, как правило, доставляют в стационар в течение первого часа после травмы в тяжелом состоянии, без сознания, и по клиническим данным установить объем и тяжесть повреждений сложно. Традиционное применение классических рентгенологических и ультразвуковых исследований в этой ситуации бывает недостаточно.

Мы провели анализ результатов компьютерной томографии (КТ), выполненной с 01.01.2011 по 31.12.2012 г. 102 пациентам с подозрением на сочетанную травму в первые сутки после поступления в институт. Все пациенты были направлены на КТ из реанимационных отделений института, преимущественно из отделения реанимации и интенсивной терапии для экстренных больных.

В группе обследованных были 74 мужчины (72,5%) и 28 женщин (27,5%). Возраст пациентов был от 16 до 74 лет, средний возраст пациентов составил 37,5 года. Причинами сочетанной травмы груди и живота были дорожно-транспортные происшествия у 65 пострадавших (63,7%), падение с высоты – у 30 (29,4%), избивание – у 6 (5,9%), падение тяжелого предмета на грудь и живот – у одного пострадавшего.

Все исследования выполнены по стандартной методике в присутствии врача-реаниматолога.

При ретроспективном анализе результатов получили следующие данные: ушибы легких были выявлены у 62 пострадавших, у 16 пострадавших отмечено сочетание ушиба с разрывом легкого и образованием полости содержащей кровь и газ. Повреждения легкого сочетались у 48 пациентов с гемопневмотораксом, у 52 – с переломами ребер, у 13 пациентов – с переломами лопаток, у 9 пациентов – с переломами ключиц, у 6 пациентов сочетались с переломами грудных позвонков и у 4 – с переломами грудины.

Пневмоторакс без повреждения легкого был выявлен у 6 пострадавших, гемоторакс – у 8, гемопневмоторакс – у 13. Эмфизема средостения была выявлена у 13 пострадавших, тканевая эмфизема грудной стенки – у 45.

У 11 пациентов, помимо легочных кровоизлияний, имели место также кровоизлияния в клетчатку средостения. У 3 пациентов был диагностирован разрыв грудной аорты, у одного пациента одновременно с разрывом грудной аорты была выявлена ложная аневризма собственной печеночной артерии.

Таким образом, КТ является высокоинформативным методом диагностики повреждений груди при закрытой сочетанной травме. С помощью КТ можно своевременно получить данные о характере, локализации и объеме повреждений груди.

ДЕРМАЛЬНЫЙ МАТРИКС В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ И РАНАМИ С ДЕФИЦИТОМ КОЖИ

Д.Ю. Похитонов, О.П. Филиппов, И.Н. Пономарев, Е.А. Жиркова, С.В. Смирнов, И.Ю. Ключкин, А.С. Миронов, В.Б. Хватов, Н.В. Боровкова

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

В качестве временного раневого покрытия после некрэктомии при лечении глубоких ожогов и для закрытия ран с дефицитом кожи возможно применение донорской кадаверной кожи. Однако ее использование ограничивается тем, что она, являясь носителем аллогенных клеток, подвергается иммунному отторжению, вызывая сенсибилизацию организма к клеткам собственной кожи. В этой связи в лечении глубоких ожогов и ран представляется перспективным внедрение бесклеточных биологических раневых покрытий, например децеллюлированной кадаверной дермы – дермального матрикса (ДМ). Новые возможности лечения ран открывает также использование различных клеток для стимуляции регенерации.

Цель – оценить клиническую эффективность применения дермального матрикса в лечении пациентов с глубокими ожогами и ранами с дефицитом кожи.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 20 пациентов с глубокими ожогами и ранами с дефицитом кожи площадью до 4% поверхности тела. Из них у 8 пациентов были укушенные раны (УР), у 6 – рвано-ушибленные раны (РР), у – 6 глубокие ожоги (Ож). В зависимости от способа подготовки раны к аутодермопластике (АДП) пациентов разделили на три группы. 1-ю группу составили 5 пациентов (1 – с УР, 1 – с РР и 3 – с Ож), которым на 2–5-е сут после травмы выполняли аппликацию ДМ на рану. 2-ю группу – 6 пациентов (4 – с УР и 2 – с РР), которым на 1–3-и сут выполняли инъекции прогениторных клеток костного мозга человека в рану и окружающие мягкие ткани и затем укрывали рану ДМ. Во всех случаях ДМ накладывали на раны свободные от нежизнеспособных тканей. Группу сравнения составили 9 пациентов (3 – с УР, 3 – с РР и 3 – с Ож), которым проводили традиционную подготовку к АДП. Эффективность применения ДМ оценивали по срокам выполнения раны зрелой грануляционной тканью, частоте развития гнойных осложнений.

Результаты. У пациентов 1-й группы после аппликации ДМ развитие гнойных осложнений в ране не выявлено. При осмотрах раны отмечали рост мелкокзернистой грануляционной ткани под ДМ, активную краевую эпителизацию. Средняя длительность подготовки раны к АДП составила 21,3±3,4 сут. У пациентов 2-й группы течение раневого процесса было схоже с пациентами 1-й группы, развитие гнойных осложнений в ране не выявлено, при этом сроки подготовки раны к АДП сократились до 13,7±2,2 сут. После наложения ДМ все пациенты 1-й и 2-й групп отмечали уменьшение болевого синдрома. В группе сравнения гнойные осложнения зарегистрированы у 2 пациентов (1 – с УР и 1 – с РР). Средняя длительность подготовки раны к АДП составила 27,3±2,1 сут. Результаты АДП у пациентов во всех группах были схожи – приживление лоскута происходило на 85–95%.

Выводы. Применение биологического раневого покрытия на основе ДМ позволяет уменьшить болевой синдром, снизить частоту гнойных осложнений и сократить время подготовки глубоких ожогов и ран с дефицитом кожи к аутодермопластике. Дополнительная трансплантация аллогенных прогениторных клеток способствует ускорению роста мелкокзернистой грануляционной ткани и значительно сокращает сроки подготовки раны к АДП.

МОНИТОРИНГ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРОВ СЭМП ПРИ ЛИКВИДАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ В МОСКВЕ В 2008–2012 гг.

В.И. Попов, Т.Н. Бук, А.С. Гуменюк, А.С. Лагутин

Научно-практический центр экстренной медицинской помощи

Москва, РФ

Одной из задач, выполняемых московским территориальным центром медицины катастроф по ликвидации медицинских последствий ЧС, является сбор информации о количестве, структуре и исходах лечения пострадавших, формирование персонализированного списка пострадавших. Важную роль играет степень отработанности технологического процесса взаимодействия лечебно-профилактических учреждений и Научно-практического центра экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения – головного учреждения Службы экстренной медицинской помощи Москвы (СЭМП).

Стационарный этап оказания помощи пострадавшим в ЧС обеспечивается многопрофильными городскими больницами, входящими в СЭМП и имеющими Плановые задания на прием массового потока пострадавших (34 стационара для взрослого населения и 7 – для детского населения). С целью оценки результатов деятельности стационаров СЭМП по оказанию специализированной медицинской помощи пострадавшим в ЧС с различными видами травм нами создана подсистема «Госпитальный этап» АИС «СЭМП – Готовность». С помощью программно-технических средств указанной системы проводится работа по сбору, обработке и анализу информации о пострадавших в ЧС, поступивших в стационары СЭМП Москвы. При этом нами рассматривались все чрезвычайные ситуации с числом пострадавших одновременно от 5 и более или числом погибших 2 и более.

На основе полученной информации формируются годовые статистические отчеты, характеризующие следующие параметры: использование коечного фонда стационаров СЭМП; проведение хирургических операций; распределение пострадавших по стационарам, по типам ЧС, по видам повреждений и тяжести состояний и распределение пострадавших по результатам пребывания в стационаре.

Мониторинг распределения пострадавших в ЧС, поступивших в стационары СЭМП за 2008–2012 г. показал, что наибольшее число пострадавших госпитализированы в базовые стационары СЭМП (87%), при этом наибольшая нагрузка ложилась на НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, ГКБ № 36 и ГКБ № 1. После лечения в среднем 50% пострадавших были выписаны из стационара, летальность колебалась в пределах 3%, 40–45% пострадавших после оказания медицинской помощи в приемном отделении были отпущены домой на амбулаторное долечивание. Наибольшее число пострадавших были в результате транспортных аварий – от 50 до 65%, на втором месте – пострадавшие в криминальных событиях – 23–34%) и от 5 до 9% составили пострадавшие при пожарах.

Особое внимание уделено распределению пострадавших по виду и характеру повреждений, зависимости исходов лечения от тяжести состояния и видов повреждений. Среди всех госпитализированных в стационары СЭМП наибольший удельный вес составили пострадавшие с изолированной травмой (в среднем 45%), сочетанная травма была в среднем у 10%, множественная травма составила 35%. Показатель средней длительности пребывания больного на койке был самый высокий при сочетанной травме. Анализ летальности показал, что из всех умерших в стационарах 75% умерли в первые 7 суток. Наибольшее число умерших были с тяжелой сочетанной травмой в результате ДТП.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОСТАВЕ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Л.В. Проклова, С.Г. Бордиян, А.В. Буторин, Н.В. Золотарев, М.Г. Малышев, Е.С. Саблин, Т.В. Шевченко, М.Ю. Яническая

Областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова

Архангельск, РФ

Высокая распространенность гинекологических заболеваний у детей и подростков составляет, по данным литературы, от 150 до 300 на 1000 детского населения. Гинекологические заболевания у подростков не только влияют на репродуктивное здоровье, но и вызывают тяжелые жизнеугрожаемые состояния. Дифференциальная диагностика различных форм острой хирургической и гинекологической патологии, требующая разной лечебной тактики, затруднена.

Цель исследования: проанализировать структуру, диагностику и лечение острых гинекологических заболеваний в составе экстренной хирургической патологии у детей и подростков в условиях детской областной больницы.

Материал и методы. В исследование включена 371 пациентка с экстренной гинекологической патологией, находившаяся на лечении в хирургическом отделении Областной детской клинической больницы в период с 2004 по 2012 г. При поступлении проводили сбор анамнеза, объективное исследование. Из методов дополнительной диагностики применяли УЗИ органов малого таза, брюшной полости, внутренних органов, фиброгастроудоденоскопию, рентгенографию. Диагноз подтверждали при УЗИ, лапароскопии или открытой операции. Лечение больных проводили совместно с детским гинекологом.

Результаты. Все больные поступили в экстренном порядке с абдоминальным болевым синдромом по «03» или по направлению других ЛПУ города и области. Средний возраст составил 13,44±2,85 года. Средний койко-день – 6,6±4,01. Чувствительность эхографии при стандартно проведенном УЗИ органов малого таза составила 94%. Выявленная патология *N* (%): альгоменорея – 24 (5,6), сальпингит – 176 (46,5), пельвиоперитонит – 27 (9,6), апоплексия яичника – 21 (5,1), разрыв кисты яичника с внутрибрюшным кровотечением – 11 (4,0), перекрут придатков – 18 (4,5), гименатрезия – 2 (1,5), параовариальные кисты – 13 (3,0), прочее – 12 (5,1). У 187 пациенток (50,4%) потребовалось экстренное хирургическое вмешательство (включая диагностическую лапароскопию), все оперативные вмешательства выполнены детскими хирургами. В период с 2004 по 2009 гг. процент операций лапароскопическим доступом составил 93,7%, открытым доступом – 6,5%. В период с 2010 по 2012 гг. все операции (100%) были проведены лапароскопическим доступом.

Заключение. Пациентки с экстренной гинекологической патологией составляют 7% в общей структуре всех экстренных хирургических больных. УЗИ органов малого таза является высокоэффективным методом диагностики данной патологии. При выборе метода хирургического вмешательства у данной категории больных лапароскопический доступ позволяет адекватно провести ревизию брюшной полости и малого таза и выполнить необходимые операции. В связи с большим процентом оперативных вмешательств у гинекологических больных подросткового возраста и отсутствием в штате больницы оперирующего детского гинеколога необходимо обучение особенностям оперативной гинекологии специалиста из детских хирургов.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ ОТРАВЛЕНИЯ И ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В НИИ СП им. И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ В ПЕРИОД 2011–2012 гг.

Г.А. Прокопович, А.Г. Софронов, В.Э. Пашковских

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Санкт-Петербург, РФ

Цель исследования: выявить особенности психосоциальных, психопатологических характеристик лиц, совершивших суицидальную попытку отравления, проходивших лечение в многопрофильном стационаре для выбора оптимальных программ лечения.

Материал и методы. Ретроспективно было изучено 970 историй болезней пациентов, лечившихся в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, сформирована исследуемая фокус-группа с диагнозом «суицидальная попытка отравления» (1-я группа) – 102 пациента. Критерием включения в группу была верифицированная суицидальная попытка отравления в соответствии с определением ВОЗ, критериями исключения – возраст ниже 18 лет, исключение возможности продуктивного контакта с пациентом. В контрольную группу вошли лица с суицидальными попытками в виде преднамеренного повреждения острым предметом (2-я группа) – 35 пациентов. Период исследования 01.01.2011–31.12.2012 гг. Исследование осуществлялось клинико-психопатологическим, клинико-архивным методами с помощью формализованной карты пациента с суицидальным поведением, состоящей из 268 пунктов, включающей психопатологический, клинико-динамический и социально-демо-графический модули. Диагностика осуществлялась согласно критериям МКБ – 10. Статистическая обработка материала – с помощью пакета STATISTICA.

Результаты и обсуждения. Как в 1-й, так и во 2-й группах наибольшее количество суицидальных попыток совершали пациенты в возрасте 18–27 лет – 30 (29,4%) и 16 (45,7%) соответственно. В 1-й группе преобладали женщины (71,6% против 28,4%), а во 2-й – мужчины (62% против 37,1%). Уровень образования в 1-й группе был выше, высшее образование имели 25 (24,6%), во 2-й группе – со средним 16 (45,7%). Постоянную работу имели 32 (31,3%), жили случайным заработком – 22 (21,6%), находились на иждивении 23 (22,6%). В группе были 22 (21,6%) неработающих и 6 (5,9%) работающих пенсионеров. Наиболее частыми способами самоотравления лекарственными средствами (845 пациентов – 87,1%), среди них более половины (465 пациентов – 55,1%) использовали препараты, действующие на ЦНС. Наибольший удельный вес составили пограничные психические расстройства. В 1-й и во 2-й группах соответственно 50% и 42,8%, доля F20.0, F20.4, F21 – 4,9% и 5,7%; F32, F33 – 5,9% и 2,9%. Психические расстройства, связанные с употреблением алкоголя и других ПАВ были значимы (62,9% против 37,2% и 22,7% против 8,8%). Оценка пациентом суицидального действия как способа уйти из жизни была значимо выше в 1-й группе (41,2% против 20,0%). В 1-й группе демонстрация проявлялась приемом плацебо или препаратов в неопасных для жизни дозах, во 2-й – нанесением неглубоких резаных ран. Частота суицидальных демонстраций была значимо выше во 2-й группе (51,4% против 30,4%). Предпочтением демонстративного способа, возможно, объясняется увеличение доли повторных попыток у пациентов 2-й группы.

Выводы. Таким образом, большинство суицидентов – лица трудоспособного возраста, которые не работают или имеют случайный заработок; основная нагрузка в многопрофильном стационаре ложится на токсикологическое отделение, так как в данном контингенте высока доля самоотравлений, злоупотреблений алкоголем и ПАВ. Пути же совершенствования суицидологической помощи видятся в преемственности работы скорой помощи, многопрофильного стационара, психиатрических, наркологических и психотерапевтических служб.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ПРОГНОЗА ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТРАВМОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А.Н. Пудов, Е.А. Спиридонова, А.Ю. Дробышев, И.Г. Бобринская

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова,

Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и

иммунологии им. Д. Рогачева

Москва, РФ

Актуальность. Челюстно-лицевая травма является одной из наиболее частых причин трудной интубации. Проведенный R. Gruen (2006) анализ показал, что более чем 16% случаев летальности в указанной группе больных были связаны с проблемами обеспечения эффективной вентиляции легких. Более того, ограничение открывания рта и подвижности нижней челюсти, а также обусловленная травмой анатомическая деформация лицевого скелета затрудняют применение стандартных критериев прогноза трудной интубации.

Цель: провести анализ информативности рентгенологических критериев при прогнозировании трудной интубации у лиц с переломами нижней челюсти.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования 28 больных с острым переломом нижней челюсти, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии взрослых Центра Стomatологии и Челюстно-лицевой хирургии МГМСУ. Средний возраст больных составил 36,6±12,2 лет: минимальный – 18 лет, максимальный – 60 лет. Гендерное распределение: 23 больных (82,1%) мужского пола, 5 (11,9%) – женского. По данным компьютерной томографии были определены следующие рентгенологические признаки: высота заднего отдела тела нижней челюсти (ВЗОНЧ), высота переднего отдела тела нижней челюсти (ВПОНЧ), длина нижней челюсти (ДНЧ), длина ветви нижней челюсти (ДВНЧ), отношение длины нижней челюсти к высоте заднего отдела (ДНЧ/ВЗОНЧ).

Результаты. Установлено среднее значение ВЗОНЧ: 2,47±0,04 см. Определенное экспериментально значение средних показателей ВПОНЧ составило 2,35±0,03 см; ВПОНЧ превысила норму (2,5 см) в 5 случаях (17,8%). Среднее значение ДНЧ определено в пределах 10,25±0,13 см, нами зарегистрирован только один случай (3,6%), когда ДНЧ была менее 9 см. Соотношение длины нижней челюсти к высоте заднего отдела нижней челюсти (ДНЧ/ВЗОНЧ) является интегральным расчетным показателем (A. White, P.L. Kander, 1975). Средний расчетный показатель ДНЧ/ВЗОНЧ составил 4,18±0,07 и в 26 случаях (92,8%) он был выше порога 3,6. Только в 3 случаях (10,7%) величина ДВНЧ была менее 6 см. С целью дооперационного выявления случаев трудной интубации трахеи было проведено выявление корреляционных взаимосвязей между всеми определенными параметрами и зарегистрированными в ходе исследования фактами трудной интубации. Следующие рентгенологические критерии: ДНЧ, ДВНЧ, ДНЧ/ВЗОНЧ имели достоверно установленную корреляцию со степенью трудной интубации ($p < 0,05$).

Выводы. Выполнение рентгенологического обследования пациента является обязательным при наличии перелома нижней челюсти и должно быть использовано для достоверного прогнозирования трудной интубации.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВНУТРИСУСТАВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Я.Н. Проценко, А.П. Дроздецкий, П.И. Бортуле

Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования

Смоленск, РФ

Повреждения в области локтевого сустава составляют от 40 до 50% от общего числа повреждений опорно-двигательного аппарата у детей. Несмотря на значительный успех, достигнутый в диагностике и лечении травм области локтевого сустава у детей, количество неудовлетворительных результатов остается высоким и составляет 16–21%.

Цель исследования: разработка эффективной системы лечения, направленной на предупреждение вторичного смещения отломков при чрезмыщелковых переломах и переломах головки мыщелка плечевой кости у детей.

Материал исследования. Проведен анализ лечения 131 пациента с внутрисуставными переломами дистального отдела плечевой кости (с чрезмыщелковым переломом и переломом головки мыщелка) в возрасте от 1 года до 18 лет (10,3±0,5). Срок наблюдения больных составил от 6 мес до 3 лет.

Примененные методики лечения: 1) закрытая репозиция и гипсовая иммобилизация; 2) закрытая репозиция с чрезкожной фиксацией спицами Киршнера.

В работе использованы две группы пациентов. Критериями включения в внутрисуставными переломами дистального отдела плечевой кости соответствовал 131 больной. Основную группу лечения составил 71 пациент, 60 детей вошли в группу сравнения. В основную группу лечения включены 58 больных с чрезмыщелковым переломом плечевой кости и 13 – с переломом головки мыщелка плечевой кости. В данной группе после проведенной закрытой репозиции выполняли чрезкожную стабилизацию отломков спицами Киршнера. В группе сравнения были 39 детей с чрезмыщелковым переломом и 21 – с переломом головки мыщелка. В эту группу включили пациентов, у которых применяли метод закрытой ручной одномоментной репозиции и гипсовой иммобилизации.

Результаты. Характеристика анатомо-функционального результата лечения больных в изучаемых группах следующая: в основной группе хороший результат был у 68 пациентов (95,7%), удовлетворительный – у 3 (4,3%) и неудовлетворительный результат не отмечен; в группе сравнения хороший результат наблюдался у 12 больных (20%), удовлетворительный – у 33 (55,0%) и неудовлетворительный – у 15 (25,0%). При сравнении распределения абсолютных значений количества пациентов по оценкам достигнутого результата лечения отмечено превалирование больных с хорошими и удовлетворительными результатами в основной группе лечения.

Вывод. Закрытая репозиция при внутрисуставных переломах дистального отдела плечевой кости у детей с использованием методики чрезкожной фиксации отломков с целью стабилизации в сравнении с закрытой ручной одномоментной репозицией и гипсовой иммобилизацией является методом выбора, так как способствует более полному восстановлению анатомии и функции верхней конечности вследствие предупреждения вторичного смещения отломков.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАНЕНИЙ СЕРДЦА

Ю.А. Радченко, М.М. Абакумов, О.В. Воскресенский, Ш.Н. Даниелян

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Актуальность. Ранения сердца встречаются в 5–12% проникающих ранений груди, летальность при этой патологии достигает 16–27%.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лечения ранений сердца и перикарда у 998 пострадавших, находившихся на лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за период 1980–1995 гг. и 1996–2012 гг. Соотношение мужчин и женщин 10:1. Средний возраст – 35,7 года (от 15 до 87 лет). У 808 пострадавших было ранение сердца (81%), у 190 – изолированное ранение перикарда (19%).

Отчетливая клиническая картина ранения сердца наблюдалась лишь у 30% раненых, у остальных были применены дополнительные инструментальные методы диагностики: рентгенография и рентгеноскопия груди – у 521, эхокардиография – у 575, вилеоторакоскопия – у 17.

Результаты. Наиболее быстрым и эффективным методом диагностики является эхокардиография, чувствительность которой составляет 72%, специфичность – 99,7%, достоверность – 97,5%.

Особую сложность для диагностики и выбора хирургической тактики представляют ранения сердца при сочетанных ранениях груди и других анатомических областей, которые наблюдались у 253 пострадавших (25,3%). Из них одновременные проникающие ранения груди и живота были у 49 пациентов, торакоабдоминальные ранения – у 81, абдоминалоракальные – у 18, множественные – у 105.

Универсальным доступом для операции при ранении сердца мы считаем переднебоковую торокотомию в пятом межреберье. При необходимости она может быть дополнена поперечной стернотомией и торокотомией на противоположной стороне.

У пациентов с выраженной миокардиодистрофией для профилактики прорезывания швов используем прокладку из аутоперикарда, что позволило почти вдвое снизить частоту реторакотомий при послеоперационных кровотечениях, вызванных прорезыванием швов миокарда.

Ранения коронарных артерий наблюдались у 31 больного (3,1%), чаще это были повреждения дистальных ветвей, перевязка которых не приводила к серьезным последствиям. У 14 пациентов отмечались ранения передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии в верхней трети, в одном случае рана сосуда была ушита, у 11 больных после перевязки артерии развился обширный инфаркт миокарда. Ранения внутрисердечных структур имели место у 24 пациентов (2,4%), у 5 они были диагностированы в послеоперационном периоде, 3 больных с дефектами межжелудочковой перегородки оперированы, 2 с гемодинамически незначимыми дефектами выписаны под наблюдением кардиохирурга, у 19 повреждения обнаружены на аутопсии.

В момент выполнения оперативного вмешательства погибли 109 раненых. Из остальных 889 пострадавших у 326 (36,7%) отмечалось от 1 до 8 осложнений в сроки от 2 до 79 сут.

Наиболее частым послеоперационным осложнением является перикардит. Профилактика перикардита нестероидными противовоспалительными препаратами позволила снизить его частоту с 27,1 до 13,9%.

Заключение: комплексный подход к диагностике и лечению ранений сердца и перикарда позволил снизить летальность при этой патологии с 25,5 (1980–1995 гг.) до 14,0% (1996–2012 гг.), а частоту послеоперационных осложнений соответственно с 45,2 до 33,5%.

ВЫЯВЛЕНИЕ ЛИЦ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ОРГАНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА

В.В. Резван

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского,
Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова
Москва, РФ

В последние годы в мировой кардиологии выделилась группа клинко-электрокардиографических синдромов, тесно ассоциированных с формированием фатальных для жизни аритмий. Данные заболевания не сопровождаются структурными изменениями миокарда и проявляются преимущественно электрофизиологическими нарушениями в кардиомиоците. В основе этих заболеваний лежат мутации генов, кодирующих белки ионных каналов. Это стало основанием для объединения этих заболеваний в группу «каналопатий». К ним относятся: синдром Бругада, врожденные синдромы удлиненного и укороченного интервала QT, катехоламинергическая желудочковая тахикардия.

В результате нашего исследования установлено, что у 23% умерших по причине внезапной сердечной смерти (ВСС) во всех возрастных группах не выявлено органической патологии сердечно-сосудистой системы. А в возрасте 35 лет и моложе такая категория составляет около 50%. По-видимому, у этой категории пациентов имели место «каналопатии», которые привели к возникновению фатальных аритмий и ВСС.

Как выявить таких больных? Мы выделили два признака, наличие которых у лиц молодого возраста должно принципиально менять тактику их обследования и диспансеризации. К ним относятся: неблагоприятная наследственность по ВСС в семейном анамнезе и наличие нарушений проводимости сердца. По нашим данным, первый признак был у 65% пациентов, второй – у 19%. По обоим признакам имелись достоверные различия с группой сравнения. Эти два признака должны быть взяты за основу при подозрении на наличие «каналопатии».

Следующий этап потребует использования генетических исследований на предмет выявления маркеров состояния, ассоциированных с риском развития ВСС, и признаков электрической нестабильности миокарда, по данным ЭКГ высокого разрешения (сигналу-усредненная ЭКГ для обнаружения поздних потенциалов желудочков и предсердий, микроальтерация зубца T). В зависимости от результатов, полученных на данном этапе, предлагаются три тактических варианта ведения пациента:

Первый вариант. Выявлены положительные генетические маркеры и признаки наличия электрической нестабильности миокарда. Такому пациенту необходима срочная установка кардиовертера-дефибриллятора.

Второй вариант. Не выявлены генетические маркеры и признаки электрической нестабильности миокарда. Однако наличие неблагоприятной наследственности по ВСС и нарушений проводимости сердца требует пристального внимания кардиолога и усиленного диспансерного наблюдения, которое заключается в: ежегодном проведении пробы с физической нагрузкой, холтеровского мониторирования, информировании пациента о необходимости как можно более раннего обращения к кардиологу при появлении эпизодов сердцебиения, ощущении нарушений ритма сердца, обмороков.

Третий вариант. Обнаружены либо генетические маркеры, либо признаки электрической нестабильности миокарда. При отсутствии противопоказаний назначают кардиоселективные бета-блокаторы, усиленное диспансерное наблюдение, установку холтера RevealPlus, позволяющего оценить характер нарушений сердечного ритма при их редком возникновении. При обнаружении опасных для жизни аритмий необходима установка кардиовертера-дефибриллятора, при их отсутствии – усиленное динамическое наблюдение кардиолога на фоне профилактической терапии бета-блокаторами.

ВОЗМОЖНОСТИ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ЛАРИНГОТРАХЕИТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Л.В. Решетова, И.А. Большакова

Станция скорой медицинской помощи
Новосибирск, РФ

Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей до сих пор сохраняет свою актуальность. Учитывая высокую заболеваемость и большую вероятность наступления серьезных осложнений, созданы специализированные отделения для лечения детей с данным видом патологии. Быстрое развитие клинической картины острого ларинготрахеита (ОСЛТ) ставит перед службой СМП серьезные задачи. Необходимо не только быстро купировать обструкцию ВДП, но и, учитывая ранний возраст ребенка, сделать это как можно безопаснее.

Основу медикаментозной терапии ОСЛТ составляют глюкокортикостероидные (ГКС) препараты, которые можно применять внутрь, парентерально, через небулайзер. Учитывая стремление педиатров уменьшить риск развития побочных действий системных ГКС, особенно перспективным является применение ингаляционных ГКС.

Небулайзерная терапия – современная технология лечения заболеваний дыхательных путей, так как ингаляция генерированных аэрозолей – наиболее эффективный способ доставки лекарственных средств непосредственно в дыхательные пути. Ингаляции имеют значительные преимущества перед другими способами доставки лекарственных средств. Это: целенаправленная доставка препарата в дыхательные пути; непосредственное действие на слизистую дыхательных путей; отсутствие всасывания в кровяное русло; отсутствие побочных действий системного характера; единственная возможность аэрозольной терапии у детей до 5 лет; отсутствие болевого фактора, стресса; возможность комбинации лекарственных средств; возможность проведения ингаляции без соблюдения особой техники дыхания; простота исполнения.

Проводимая при ОСЛТ ингаляционная терапия является патогенетической и направлена на восстановление проходимость дыхательных путей. Лечение следует проводить с учетом степени тяжести стеноза. Особенно актуальным применение аэрозольных ГКС является стеноз гортани II-III ст., повторный и рецидивирующий круп. Основными механизмами действия ингаляционных ГКС является подавление аллергической реакции немедленного и замедленного типа, уменьшение воспалительных явлений. При небулайзерной терапии не возникает никаких неприятных ощущений в дыхательных путях (сухость слизистых, чувство инородного тела и холода), что позволяет широко применять ее у детей раннего возраста.

Симптоматическая терапия направлена на купирование рефлекторного ларингоспазма, улучшение реологических свойств мокроты.

Для проведения ингаляционной терапии в ССМП чаще всего используют небулайзеры компрессорного типа. С их помощью можно распылять любые лекарственные вещества, не нарушая их молекулярную структуру.

Сравнительный анализ небулайзерной терапии с другими видами ингаляций показал ее высокую эффективность. Этот факт объясняется тем, что для оседания лекарственных веществ на стенках гортани и трахеи необходимы среднечастотные аэрозоли 8–5 мкм, которые можно получить только с помощью небулайзера. Размер лекарственных частиц продуцируемых паровыми ингаляторами не менее 10 мкм, и поэтому оседают на слизистой ротоглотки. Аэрозольные частицы от 5 до 0,8 мкм проникают в нижние дыхательные пути, вплоть до альвеол, что требует строжайшего соблюдения правил санэпидрежима. Используемые для ингаляции растворы должны быть стерильными.

Практический опыт применения методов небулайзерной терапии у детей показал, что в случае возникновения повторного случая ОСЛТ дети охотно идут на ингаляции с помощью небулайзера.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

М.Л. Розаль, З.М. Озова, П.А. Иванов, Д.А. Благовестнов, А.Н. Лотов, С.А. Бугаев, С.Н. Новосел, Е.В. Степан, Н.Б. Исоселани, И.П. Епифанова, Ф.Р. Алмакаев, К.Т. Агаханова, Д.А. Омельянович

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского,
Российская медицинская академия последипломного образования
Москва, РФ

Проблема лечения больных с острым панкреатитом (ОП) и развившимися на его фоне жидкостными скоплениями остается одной из приоритетных задач неотложной хирургии. Летальность при острых панкреатогенных жидкостных скоплениях достигает 12%, а при инфицировании увеличивается до 41%.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 475 пациентов с ОП, проходивших стационарное лечение с 2010 г. по настоящее время в отделениях НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Диагноз и форму ОП устанавливали на основании клинко-лабораторных и инструментальных методов исследования (ультразвукового исследования – УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, компьютерной томографии – КТ брюшной полости, лапароскопии, тонкоигольной пункции).

Соответственно критериям Атлантской классификации у 297 больных (62,5%) был легкий ОП, у 178 (37,5%) тяжелый ОП, представленный мелкоочаговым – у 106 (60%), крупноочаговым – у 54 (30%), субтотальным или тотальным панкреонекрозом – у 18 (10%). Среди пациентов с тяжелым панкреатитом преобладали пациенты мужского пола, которые составили 66,4%. При формировании диагноза учитывали: клиническую картину, степень тяжести острых функциональных изменений по шкале SAPS, наличие синдрома системного воспалительного ответа и синдрома полиорганной недостаточности.

Консервативная тактика лечения была проведена у 84 больных (47,1%) с тяжелым панкреатитом. При наличии свободного панкреатогенного выпота в брюшной полости использованы различные лечебные подходы. Показанием к консервативной тактике служили свободная жидкость в брюшной полости объемом не более 500 мл и отсутствие перитонеальной симптоматики. Дополнительно у 94 больных (52,9%) выполнены: различные мини-инвазивные вмешательства – у 41 (43,6%); традиционные хирургические вмешательства – у 26 (27,6%); комбинация мини-инвазивных и традиционных хирургических вмешательств – у 27 (28,8%).

Отграниченные острые жидкостные скопления наблюдались у 109 (61,4%) из 178 пациентов с тяжелым ОП. Среди острых жидкостных скоплений внутрибрюшных были у 43 больных (39,7%), забрюшинно расположенные – у 24 (22,1%). Сочетание внутрибрюшных и острых забрюшинных жидкостных скоплений наблюдалось у 42 пациентов (38,2%). При этом у больных имели место от 1 до 5 острых отграниченных жидкостных скоплений.

При острых жидкостных скоплениях консервативная тактика лечения использована у 53 больных, хирургическая – у 56. Чрескожно-пункционные вмешательства выполнены у 23 пациентов, чрескожные дренирующие – у 18 и традиционные – у 15.

Показанием к консервативной тактике лечения служили острые жидкостные скопления объемом до 100 см³, по данным УЗИ и КТ. Эффективность консервативной тактики лечения контролировали в ходе динамического УЗИ-мониторинга.

Показанием к чрескожному пункционному вмешательству служили стерильные забрюшинно расположенные острые жидкостные скопления объемом более 100 см³ и без тенденции к уменьшению в течение 2–3 сут консервативной терапии.

Показанием к дренирующим чрескожным вмешательствам являлись: стерильные отграниченные жидкостные скопления, не отвечающие на консервативную терапию и многократный пункционный метод лечения. Сроки дренирования колебались от 1 до 3 нед. У 4 больных сроки дренирования не превышали 24 ч, у 6 – от 2 до 7 сут, у 8 – более 7 сут.

Результаты и обсуждение. При пункционном лечении под УЗИ-наведением жидкостные скопления ликвидированы у 7 пациентов из 23, у 16 – процесс прогрессировал, что в дальнейшем потребовало использования дополнительных дренирующих вмешательств. В большинстве этих наблюдений неэффективность пункционного метода отмечена в случаях формирования нескольких острых жидкостных скоплений.

Из 18 больных у 8 на фоне дренирования острые отграниченные жидкостные скопления ликвидированы. У 10 пациентов процесс прогрессировал, требовалось дополнительное хирургическое лечение. Во всех этих случаях чрескожное дренирование было безуспешным при формировании отграниченных жидкостных скоплений в большой массе забрюшинного некроза.

Заключение. Большая часть острых отграниченных жидкостных скоплений объемом менее 100 см³ может быть ликвидирована консервативно. При объеме острого жидкостного скопления более 100 см³ или неэффективности консервативной терапии показано проведение чрескожного пункционного вмешательства. В случае резистентности к пункционному лечению целесообразно выполнение чрескожного дренирующего вмешательства.

Указанный алгоритм лечебной тактики при острых жидкостных скоплениях у больных с ОП является наиболее оптимальным, так как сопровождается наименьшей летальностью и более низкой частотой развития гнойных осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

В.Е. Розанов, А.И. Болотников, А.В. Болдаренко, И.В. Хайкин, А.А. Кублицкий, А.В. Кильдяшов

Клиническая больница № 123 ФМБА РФ, 1586-й Военный клинический госпиталь МО РФ, Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко МО РФ

Подольск, Одинцово, Москва, РФ

Под нашим наблюдением находились 1792 пострадавших с сочетанной травмой (СТ), средний возраст которых составил 31,6±1,4 лет. Для объективной многофакторной оценки тяжести травмы пострадавших использовали систему ISS (Injury Severity Score): 12,8±1,3 балла встретилось в 590 наблюдениях (32,9%), 25,6±1,6 – в 715 (39,9%) и 35,8±2,9 – в 487 (27,2%).

Для оценки тяжести состояния пострадавших применяли балльную систему АПАЧЕ-II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II): 20,1±1,8 балла выявлены в 394 случаях (22,0%), 26,8±1,3 – в 967 (54,0%) и 38,5±2,9 – в 431 (24,0%).

Для выявления частоты и тяжести шока использовали интегральный показатель (±IT) (НИИ скорой помощи СПб): 8,9±0,4 балла выявлены в 179 (10,0%), 16,0±1,7 – в 1093 (61,0%) и 25,2±1,4 – в 520 (29,0%).

В острый период СТ выполняли первичные хирургические вмешательства, которые в соответствии с целями и по срочности выполнения разделяли на 4 типа: реанимационные, экстренные, срочные и отсроченные, удельный вес которых составил соответственно 1,9%, 64,7%, 15,7%, 17,7%.

Реанимационные операции осуществлялись в срок до 20–30 мин с момента доставки в стационар независимо от тяжести состояния пострадавшего. Экстренные операции были направлены на спасение жизни пострадавших, осуществлялись на жизненно важных органах при их повреждении и интенсивно нарастающих расстройствах функции и выполнялись от 30 минут до 2 часов с момента поступления пострадавшего. Срочные операции выполнялись у пострадавших с не опасным для жизни в момент поступления повреждением, но полное выведение которых из состояния шока без операции было невозможно. Отсроченные операции были направлены на профилактику осложнений, создание благоприятных условий для быстрого заживления ран и сохранение функций поврежденных органов, которые выполнялись не позднее 1–2-х сут с момента получения травмы, но только после стабилизации жизненно важных функций.

В хирургической программе предусматривали последовательность вмешательств на различных областях тела, при этом выполняли однократные, однократные (симульно или последовательно в ходе одного наркоза) и поэтапные вмешательства, удельный вес которых составил соответственно 6,6%, 15,2%, 39,8%, 38,4%.

Симультанные и последовательные в ходе одного наркоза оперативные вмешательства выполняли в основном по первичным экстренным показаниям, где риск выполнения их максимальный, но оправдан целями каждой из таких операций – спасение жизни пострадавшего. Такие же цели, но с меньшим риском, преследовались и при выполнении указанных операций по первичным срочным показаниям. По отсроченным показаниям выполнение симультанных и последовательных в ходе одного наркоза операций преследовало уже другие цели – сокращение времени оперативных вмешательств. Однако при этом риск проведения таких операций должен быть сведен к минимуму.

Большое значение при разработке хирургической тактики придавали определению тяжести травмы, шока и состояния пострадавших с выделением критериев прогноза. При благоприятном прогнозе (ISS – 12,8±1,3, АПАЧЕ-II – 20,1±1,8 и ±IT – 8,9±0,4 балла) для оперативного лечения выполняли любые оперативные вмешательства; при сомнительном (ISS – 25,6±1,6, АПАЧЕ-II – 26,8±1,3 и ±IT – 16,0±1,7 балла) возрастал удельный вес экстренных операций, при этом проводили интенсивную коррекцию жизненно важных функций; при неблагоприятном (ISS – 35,8±2,9, АПАЧЕ-II – 35,8±2,9 и ±IT – 25,2±1,4 балла) операции выполняли для спасения жизни пострадавшего.

Полагаем, что применение предложенной хирургической тактики является адекватной при СТ, так как позволяет уменьшить частоту развития осложнений в 2,1 раза, а также снизить летальность в 2,3 раза, чем при традиционном подходе (p<0,01).

ТАКТИКИ «DAMAGE CONTROL» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

В.Е. Розанов, А.И. Болотников, А.В. Бондаренко, С.А. Шабатин, И.В. Хайкин

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко МО РФ, Клиническая больница № 123 ФМБА России, 1586-й Военный клинический госпиталь МО РФ

Москва, Одинцово, Подольск, МО, РФ

Под нашим наблюдением находилось 235 пострадавших с сочетанной травмой конечностей (СТК). Общая тяжесть травмы по ISS составила 32,7±1,8 балла, состояние по APACHE-II – 33,1±1,7 балла. В зависимости от хирургической тактики все пострадавшие были распределены на II группы. У 87 пострадавших (I группа) проводили традиционную хирургическую тактику, при этом ограничивались наложением скелетного вытяжения при переломах бедра и гипсовых лонгет при переломах голени и плеча. Во II группе пострадавших (148 больных) была применена хирургическая тактика типа «*damage control*». «*Damage control*» – это хирургическая тактика, заключающаяся в выполнении экстренных операций сокращенного объема с последующим переводом пострадавшего в отделение реанимации для проведения интенсивного лечения. Через некоторое время (от нескольких часов до нескольких суток), после коррекции грубых физиологических расстройств, пациента снова оперируют с целью полного устранения имеющихся анатомических нарушений. Такая тактика предполагает разделение хирургической помощи пациентам с тяжелыми повреждениями на три этапа.

На первом этапе выполняли вмешательства по поводу опасных для жизни осложнений: острой кровопотери, гипертензионно-дислокационного синдрома головного мозга, компрессионно-дислокационного синдрома спинного мозга, ишемии конечностей, а также проводили внеочаговый остеосинтез стержневыми аппаратами наружной фиксации, после чего пострадавшие становились мобильными, прекращалась болевая импульсация из зоны переломов, останавливалось кровотечение. Операции выполняли последовательно в ходе одного наркоза или одновременно. Среднее время оперативного вмешательства составило 58,8±2,6 мин. Смертельных исходов на операционном столе не было.

После операции всех пациентов переводили в отделение реанимации, где продолжали интенсивную терапию (второй этап) по устранению дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, критерием эффективности которой считали АД сист. не менее 100 мм рт.ст., ЧСС – не более 100 уд/мин, гематокрит – не менее 30%, гемоглобин – не менее 90 г/л, эритроциты – не менее $1,6 \cdot 10^{12}/л$, а также клиническое улучшение состояния пострадавшего (не более 20 баллов по системе APACHE-II).

На третьем этапе после стабилизации состояния пострадавшего проводились необходимые сложные восстановительные операции, в том числе и на конечностях – в соответствии с характером и локализацией переломов производили накостный или внутрикостный стабильно-функциональный остеосинтез.

Использование концепции «*damage control*» позволило во II группе избежать отягощения общего состояния пострадавших и снизить летальность с 29,9% (показатель I группы) до 15,5%.

Полагаем, что тактика «*damage control*» при оперативном лечении переломов длинных костей конечностей у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой доказала свою эффективность, позволив получить у пострадавших II группы 87,8% хороших и удовлетворительных исходов лечения (что на 20,0% больше, чем в I группе), снизить летальность и частоту осложнений соответственно в 1,9 и в 2,7 раза по сравнению с пострадавшими I группы ($p < 0,05$).

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

И.В. Ромашихин, А.И. Болотников, Л.Л. Павлова

Клиническая больница № 123 ФМБА

Одинцово, МО, РФ

Ультразвуковым методом исследования подверглись 85 пациентов с острой механической тонкокишечной непроходимостью, поступивших в экстренном порядке: 16 – со странгуляционной и 79 – со спаечной (ОСКН). Исследования проводили без предварительной подготовки на ультразвуковых сканерах Siemens SI-450, Aloka Pro Sound SSD-5500 со встроенными спектральными и цветными модулями с использованием датчиков 3,5–7,5 МГц.

По данным УЗИ, при ОСКН симптом внутрипросветного депонирования жидкости был выявлен у 76 больных (96,2%). В первые 6–8 часов заболевания складки слизистой тонкой кишки при продольном сканировании в виде эхопозитивных структур толщиной 3–5 мм более четко визуализировались у 46 больных (58,2%), в последующие 12–24 ч – у всех остальных. Сами складки были расположены перпендикулярно или под небольшим углом к стенке кишки, выступая в ее просвет не более чем на 1/3 диаметра. Диаметр петель не превышал 30 мм. Перистальтические движения тонкой кишки были различной степени интенсивности – от усиленной до ослабленной. Они носили относительно постоянный, «мятничкообразный» характер и совпадали с приступами схваткообразных болей. Причиной усиления перистальтики наблюдалось в проксимально расположенной к препятствию части тонкой кишки. Свободная жидкость в брюшной полости определялась у 20 пациентов (25,2%). В основном она локализовалась между петлей кишечника (у 10), под правой долей печени (у 5), у селезенки (у 1) и в полости малого таза (у 4).

Причиной острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости у всех больных был заворот кишки. По данным УЗИ в петлях тонкой кишки, расположенных в правых отделах живота, визуализировались аморфные структуры средней эхогенности. В других перистальтирующих петлях кишечника, расположенных преимущественно в левых отделах брюшной полости, кишечное содержимое носило эхогенативный характер и имело множественные мелкие эхоплотные включения. Усиление перистальтики наблюдалось у 3 больных (18,8%). Диаметр тонкой кишки во всех случаях находился в пределах 35–55 мм, складки ее определялись четко, а толщина стенки визуализировалась в пределах 4–6 мм. Выпот в брюшной полости определялся у 15 пациентов (93,8%).

Таким образом, острая странгуляционная тонкокишечная непроходимость (в отличие от спаечной) имеет следующие особенности ультразвуковой картины. Содержимое в петлях кишечника с явлениями нарушения регионального кровообращения выглядит в виде аморфных структур средней интенсивности без видимых перистальтических движений. Увеличение диаметра, толщины стенки и длины складок тонкой кишки происходит более быстро, чем при ОСКН. Усиление перистальтических движений кишечника в петлях тонкой кишки отмечается в меньшем количестве клинических наблюдений. Экссудат в брюшной полости визуализируется у подавляющего большинства пациентов.

РОЛЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИТОНИТЕ

В.Е. Розанов, А.И. Болотников, В.А. Сторожилов, А.В. Кильдяшов, И.В. Хайкин

Клиническая больница № 123 ФМБА России, Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко МО РФ, Одинцово, Краснознаменск, МО, РФ

Под нашим наблюдением находилось 212 пострадавших с повреждением полых органов брюшной полости. Средний возраст пациентов составил 30,1±1,4 года. Тяжесть травмы по ISS (*Injury Severity Score*) в 53,8% случаев составила 29,1±1,9 балла, в 46,2% – 19,1±0,2 балла. Классификацию перитонита осуществляли на основании рекомендаций Объединенного пленума проблемной комиссии «Неотложная хирургия» РАМН и Минздрава РФ: местный перитонит имел место у 30,7% пострадавших, распространенные формы – у 69,3%. Тяжесть и исход перитонита оценивали по Мангеймскому перитонеальному индексу (МИП). При МИП менее 20 баллов перитонит расценивался как 1-я ст. тяжести, частота которого составила 34%, от 20 до 30 баллов – 2-я ст. – 52,8%, более 30 баллов – 3-я ст. – 13,2%. Концентрация микробных тел в 1 мл перитонеального экссудата при местном перитоните достигала в среднем $4,68 \pm 0,55$ тг КОЕ/мл, при распространенном – $7,36 \pm 0,39$ тг КОЕ/мл, анаэробная микрофлора при местном перитоните составила $3,52 \pm 0,33$ тг КОЕ/мл, при распространенном – $6,92 \pm 0,41$ тг КОЕ/мл, анаэробная – соответственно $3,99 \pm 0,48$ тг КОЕ/мл и $7,43 \pm 0,58$ тг КОЕ/мл.

В 53,8% случаев для ликвидации источника перитонита осуществляли лапаротомию, в 46,2% использовали видеолaparоскопическую технику, осуществляя при этом ушивание ран 12-перстной, тонкой и ободочной кишки. В первом случае осуществляли назоинтестинальную интубацию тонкой кишки традиционным методом, во втором – эндоскопическое проведение декомпрессионного зонда в тонкую кишку под рентгеновизионным контролем.

При тяжести перитонита до 20 баллов по МИП брюшную полость после промывания раствором фурацилина 1:5000 тщательно осушали, после чего в нее однократно вливали 400–600 мл раствора гипохлорита натрия в концентрации 900–1200 мг/л. Отлогие места брюшной полости дренировали полихлорвиниловыми трубками, которые перед вливанием раствора гипохлорита пережимали. Дренажи открывали через 1,5–2 ч после операции. При распространенном перитоните тяжестью более 20 баллов по МИП осуществляли динамическую видеолaparоскопию. Методика выполнения ее заключалась в следующем: в конце операции параумбиликальный 10-мм троакар заменяли специальной гильзой. Через последнюю, при необходимости, повторно вводили лапароскоп, накладывали пневмоперитонеум, промывали брюшную полость гипохлоритом натрия в объеме до 400–800 мл в концентрации 600 мг/л. В среднем потребовалось 2–3 таких вмешательства ежедневно или через день. Эта методика позволяла без повторного введения троакаров проводить местное лечение перитонита вплоть до стихания воспалительного процесса, а также осуществлять контроль за выполненной операцией.

Таким образом, при тяжести травмы до 20 баллов по ISS, перитонита от 20 до 30 баллов по МИП и бактериальной контаминации, не превышающей $7,16 \pm 0,33$ тг КОЕ/мл, видеолaparоскопическая техника позволяет во всех случаях выполнить качественное устранение источника перитонита и проводить санацию брюшной полости. При тяжести перитонита более 30 баллов по МИП и суммарной бактериальной контаминации перитонеального экссудата, превышающей $7,56 \pm 0,45$ тг КОЕ/мл, целесообразно дополнительно осуществлять динамическую санационную видеолaparоскопию.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

И.В. Ромашихин, А.И. Болотников, Л.Л. Павлова, М.В. Розанова

Клиническая больница № 123 ФМБА России

Одинцово, РФ

Обследовано 1283 пациента, поступивших в экстренном порядке с клинической картиной острого холецистита (ОХ), на ультразвуковых сканерах Siemens SI-450, Aloka Pro Sound SSD-5500 со встроенными спектральными и цветными модулями с использованием датчиков 3,5–7,5 МГц.

Анализ результатов сканирования в В-режиме позволил выделить четыре основных варианта ультразвуковой визуализации желчного пузыря при ОХ. У 373 пациентов (29,1%) признаков деструкции стенки желчного пузыря не обнаружено. У них выявлено увеличение всех размеров желчного пузыря, в особенности поперечного (более 35 мм). В просвете желчного пузыря визуализировались эхогенное содержимое в виде «взвеси» и конкременты. Наличие несмещаемых конкрементов в проекции шейки желчного пузыря позволило выделить его окклюзионную форму. Стенка желчного пузыря была однородной, с ровным контуром. Ее толщина не превышала 4 мм. Все пациенты этой группы в остром периоде получали консервативное лечение и были оперированы в плановом порядке.

У 668 больных (52,0%) имелись признаки деструкции стенки желчного пузыря. Толщина стенки желчного пузыря превышала 4 мм, отмечались ее выраженная неоднородность и «слоистость», наличие анэхогенных зон и участков, размытость и нечеткость ее внутреннего контура. Пациенты оперированы после предоперационной подготовки в течение 24–48 ч после поступления.

У 192 пациентов (15,0%), кроме деструктивных изменений стенки желчного пузыря, имелись местные перивезикальные изменения. Последние визуализировались в виде гиперэхогенных зон с нечеткими и неровными контурами при развитии воспалительного инфильтрата и в виде анэхогенных участков различной формы в случаях появления скопленной жидкости. Пациенты оперированы по срочным показаниям после предоперационной подготовки в течение 12–24 ч после поступления.

У 50 больных (3,9%), кроме деструктивных изменений стенки желчного пузыря, в подпеченочном пространстве и других отделах брюшной полости определялась свободная жидкость. Пациенты оперированы по экстренным показаниям после предоперационной подготовки в течение 8–12 ч после поступления.

Полагаем, что применение В-режима ультразвукового сканирования уже при первом исследовании у пациентов с ОХ позволяет выявить деструктивные формы и его осложненное течение и на основании имеющихся объективных данных ультразвуковой картины заболевания определить наиболее адекватную тактику их дальнейшего хирургического лечения.

ОБЩЕСТВО НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ В Г. КИЕВЕ (КОНЕЦ XIX – НАЧАЛО XX СТОЛЕТИЯ)

С.П. Рудая, В.Н. Гамалея

Институт художественного моделирования и дизайна
им. Сальвадора Дали, Киевский университет им. Б. Гринченко
Киев, Украина

Вторая половина XIX столетия ознаменовалась созданием на территории Украины сети медицинских обществ – как широкопрофильных, так и монодисциплинарных. Одним из наиболее авторитетных среди них было Общество киевских врачей, начавшее свою деятельность в 1840 г.

В 1881 г. Общество киевских врачей организовало «Кружок врачей с целью ночных медицинских дежурств», члены которого выезжали на ночные вызовы к больным. «Кружок врачей» носил благотворительный, а не коммерческий характер. Пациентов доставляли в больницу бесплатно в закрытом экипаже в сопровождении врача, что позволяло срочно оказывать им необходимую помощь.

На протяжении последующих лет Общество ночных врачебных дежурств (как по праву стал называться «Кружок») добросовестно выполняло взятые обязательства. Однако в 1898 г., когда в Киеве разразилась эпидемия тифа, количество больных, требовавших срочной госпитализации, значительно возросло. Кроме того, доставка больных происходила на транспорте общего пользования, что угрожало распространением инфекции. Общество киевских врачей порекомендовало выделить для этой цели специальный транспорт. Это привело к трансформации Общества ночных врачебных дежурств в Общество неотложной медицинской помощи.

30 июня 1902 г. при Обществе неотложной медицинской помощи открылась Спасательная станция с парком санитарных карет. В 1912 г. в ее штате состояло 14 дежурных врачей, 1 главный врач, 6 старших и 6 младших санитаров и 6 извозчиков.

ТАКТИКА ИСКУССТВЕННОГО ПИТАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

А.А. Рык, Т.Г. Спиридонова, С.В. Смирнов, Ю.Н. Лященко, Д.Э. Бочаров
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Искусственное питание (ИП) является важнейшим и неотъемлемым компонентом комплексной интенсивной терапии у пострадавших с тяжелой термической травмой. Недооценка длительных и высоких белковоэнергетических потерь на фоне синдрома гиперметаболизма-гиперкатаболизма является одной из основных причин неудовлетворительных результатов лечения. Большую роль в этих условиях играет адекватное энтеральное (ЭП) и парентеральное (ПП) питание.

Цель: разработка протоколов ИП у пациентов с различной степенью тяжести ожоговой травмы при несложном и осложненном течении.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 60 больных в возрасте от 20 до 60 лет. Пациенты были разделены по индексу Франка (ИФ), определяющему степень тяжести ожоговой травмы, на 2 группы: 1) группа с ИФ от 30 до 59 ед.; 2) группа с ИФ от 60 до 90 ед. ИП входило в состав комплексной интенсивной терапии: инфузионной, трансфузионной, иммуно-корректирующей и антибактериальной. ЭП и ПП начинали с момента выхода больного из шока (на 2–3-й сут), исходя из расчетных потребностей и усвояемости. Для ПП использовали препараты «все в одном» или «многофлаконную» методику. Потребности в белке рассчитывали по азотистому балансу, энергетическую потребность – по формуле Харрисона-Бенедикта и методом непрямой калориметрии. Оценку эффективности ИП проводили на основании динамики в плазме крови общелабораторных и биохимических показателей, показателей иммунного статуса, динамики потерь азота с мочой, массы тела, а также течения раневого процесса и сроков проведения аутодермопластики. Дополнительно оценивали частоту развития осложнений (пневмония, сепсис, острые язвы желудочно-кишечного тракта).

Результаты. На основании анализа полученных данных нами были разработаны протоколы ИП для пациентов с термической травмой: 1) с ИФ 30–59 ед.; 2) с ИФ 60 ед. и более; 3) с осложненным течением ожоговой болезни (дыхательная недостаточность, осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)). Особенностями тактики ИП при термической травме являются:

1. Раннее начало ИП сразу после выведения больного из состояния шока.
 2. ИП должно проводиться всем пострадавшим с изначальным дефицитом массы тела независимо от степени тяжести ожоговой травмы.
 3. При ожоговой травме с индексом Франка до 60 ед. пациентам с сохраненной функцией ЖКТ и энергопотребностью до 35 ккал/кг достаточно только ЭП. Остальным требуется дополнительное ПП в течение 5–10 сут после ожоговой травмы.
 4. При индексе Франка свыше 60 ед. всем больным необходимо проведение смешанного ЭП и ПП длительно (14 сут и более), с дальнейшим переходом на ЭП до полного восстановления кожного покрова.
 5. При развитии осложнений со стороны ЖКТ (выраженная тошнота и рвота, парез кишечника, желудочно-кишечное кровотечение и др.) независимо от степени тяжести ожоговой травмы на любом этапе лечения больного необходимо перевести на полное ПП.
 6. При наличии дыхательной недостаточности предпочтительно использовать смеси типа «пульмо». В связи с невозможностью перорального питания всем больным на ИВЛ проводят зондовое ЭП.
 7. Дополнительно необходимо вводить фармаконутриенты (глутамин 0,3–0,6 г/кг/сут, омега-3 жирные кислоты 1–2 г/кг/сут), поливитамины.
 8. Коррекция программы ИП должна выполняться на основании регулярного анализа его эффективности и развития возможных побочных эффектов или осложнений.
- Выводы.** Рациональное использование протоколов ИП у больных с тяжелой ожоговой травмой позволило уменьшить сроки подготовки раневой поверхности к первому этапу аутодермопластики на 4,5 к/д, улучшить приживаемость кожных лоскутов на 15%, уменьшить сроки заживления дефектов слизистой оболочки трахеобронхального дерева на 3,7 к/д, сократить сроки стационарного лечения на 3,4 к/д для выживших больных.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИСКУССТВЕННОМУ ПИТАНИЮ У БОЛЬНЫХ СЕПСИСОМ

А.А. Рык, Ю.Н. Лященко, И.Ю. Ларионов, В.А. Водясов, М.Е. Ильинский
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Искусственное (ИП) – парентеральное (ПП) и энтеральное (ЭП) – питание неотъемлемая часть интенсивной терапии при лечении больных сепсисом. Одним из проявлений сепсиса является синдром гиперметаболизма-гиперкатаболизма, характеризующийся резким увеличением потребности в источниках энергии и пластического материала. Современные возможности ИП позволяют использовать не только аминокислоты, донаторы энергии, витамины и микроэлементы, но и фармаконутриенты, способные влиять на метаболические, иммунные и воспалительные процессы.

Цель исследования: оценить эффективность омега-3 жирных кислот (Омегагавен) в составе комплексного лечения больных сепсисом.

Материал и методы. В исследование включено 72 пациента, находившихся на лечении в реанимационных отделениях НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с диагнозами: сепсис, тяжелый сепсис, септический шок. Среди причин развития сепсиса выявлены: тяжелая сочетанная травма $n=24$ (33,3%) и перитонит $n=21$ (29,2%), медиастинит $n=11$ (15,3%), тяжелый острый панкреатит $n=8$ (11,1%). Возраст больных составлял 45 (31;52) лет. Тяжесть состояния по шкале APACHE-II соответствовала 16 (10;24) баллам. Медиана длительности госпитализации составила 47 (29;84) дней.

Комплексное лечение включало хирургическую санацию, интенсивную инфузионную, антибактериальную, иммунокорректирующую терапию, методы экстракорпоральной гемокоррекции. У всех пациентов применяли смешанное ПП и ЭП, исходя из расчетных величин. Потребность в энергии определяли по формуле Харрисона-Бенедикта, потребность в белке по азотистому балансу. Для ПП использовали препараты «три в одном» или многофлаконную методику. ЭП назначали как можно раньше, использовали стандартные и гиперкалорические смеси. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 23 больных, которым дополнительно применяли омега-3 жирные кислоты (Омегагавен) 200 мл/сутки (в среднем $0,25\pm 0,04$ г/кг/сутки). Во 2-ю группу (сравнения) вошли 49 больных со стандартным комплексом ПП и ЭП.

Для статистической характеристики полученных данных рассчитывали средние значения (стандартное отклонение), медиану (25- и 75-процентные перцентили). Значимость различий определяли с помощью непараметрического критерия (U) Манна-Уитни. Анализ выживаемости – с помощью метода множительных оценок Каплана-Мейера.

Результаты. Больные обеих групп исходно были сопоставимы по полу и возрасту, индексу массы тела, степени выраженности недостаточности питания. Изначальная потребность в энергии составила в 1-й группе $32,4\pm 2,5$ ккал/кг/сут, во 2-й группе – $31,8\pm 3,2$ ккал/кг/сут. Потребность в белке составила 1,4–2,1 г/кг/сут.

Исходно у всех больных имелись признаки недостаточности питания (гипо- и диспротеинемия, лимфопения). Показатели общего белка в плазме крови в 1-й группе были – $53,1\pm 1,8$ г/л, во 2-й – $54,5\pm 2,2$ г/л; показатели альбумина в 1-й группе – $25,8\pm 1,2$ г/л, во 2-й – $26,4\pm 1,5$ г/л. В результате проводимого парентерального и энтерального питания стабилизация показателей белкового обмена с тенденцией к нормализации наступала на 16±4-е сут госпитализации.

При оценке тяжести состояния по шкале APACHE-II выявлено, что в 1-й группе значение соответствовало 19 (16;29) баллам, во 2-й группе 14 (8;21) баллам ($p=0,000$). Прогнозируемая летальность (по данным шкалы APACHE-II) в 1-й группе соответствовала 46,5% (госпитальная 30,4%), во второй группе – соответственно 29,5% (24,5%).

При построении кривых 60-дневной выживаемости по методу Каплана-Мейера значимых различий в госпитальной летальности не выявлено ($p=0,818$). Основной причиной летальных исходов служила прогрессирующая полиорганная недостаточность.

Выводы. Интерпретируя полученные результаты, необходимо учитывать весь комплекс лечебных мероприятий, влияющих на исход заболевания. Применение комплексного подхода позволило снизить госпитальную летальность в 1-й группе на 16,2%, во 2-й группе – на 5%, в сравнении с прогнозируемой, рассчитанной в соответствии с тяжестью состояния по шкале APACHE-II. Несмотря на статистически значимое ($p=0,000$) более тяжелое состояние больных в 1-й группе, которым применяли омега-3 жирные кислоты (Омегагавен), госпитальная летальность была сопоставима с пациентами во 2-й группе ($p=0,901$), что может свидетельствовать о безопасности и эффективности применения препарата у больных тяжелым сепсисом и септическим шоком.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ

В.А. Рябинин, П.Ю. Лопотовский, А.П. Голиков
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

У больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST) при наличии боли в грудной клетке могут регистрироваться стойкая или преходящая депрессия ST, инверсия, сглаженность или псевдонормализация зубца T. ЭКГ при поступлении может быть и нормальной. Стратегия ведения таких больных заключается в устранении ишемии и симптомов, наблюдениях с повторной регистрацией ЭКГ и определением маркеров некроза миокарда: тропонина и МВ КФК.

В лечении таких пациентов тромболитические агенты неэффективны, а целесообразность применения термина ОКСбпST обусловлена как признанием эффективности методов срочной реваскуляризации миокарда, так и их относительной ограниченностью из-за высокой технологичности и стоимости. Так как наибольшая эффективность реваскуляризации миокарда наблюдается у тяжелых больных, то практически важно оценить риск развития неблагоприятного исхода.

Материал и методы. Наблюдения проведены у 62 пациентов с ОКСбпST. Термин ОКСбпST использовали для маркировки больного на протяжении 1-х сут, пока не выяснялось развитие у него инфаркта миокарда (ИМ) или процесс ограничился нестабильной стенокардией.

Результаты и обсуждение. После обследования диагноз ОКСбпST трансформировался в нестабильную стенокардию в 39% случаев, ИМ без зубца Q – в 45%, ИМ с зубцом Q – в 16%. Отсутствие элевации сегмента ST не является благоприятным фактором. Так, по шкале GRACE к категории высокого риска относилось 46% больных, госпитальная летальность составила 8,9% при ожидаемой по шкале GRACE 8,2%. Обращает на себя внимание вариабельность условий, при которых на ЭКГ преобладает депрессия сегмента ST. В значительной части случаев это проявление обширности ишемического повреждения миокарда с вовлечением папиллярных мышц на фоне многосудостного поражения коронарного русла. Так, у 40% наблюдаемых больных был стеноз ствола левой коронарной артерии (ЛКА), а в 62% – стеноз трех коронарных артерий. Вовлечение ствола ЛКА при резко ограниченном коронарном резерве представляет определенные трудности для внутрикоронарного вмешательства, а при развитии острого крупноочагового ИМ затрудняет выполнение реваскуляризации миокарда с помощью коронарного шунтирования. Причиной отсутствия подъема сегмента ST на ЭКГ может быть повторный ИМ с нивелировкой ишемического повреждения. Частота повторного ИМ в наблюдаемой группе составила 24%. В связи с трудностями ЭКГ-диагностики для уточнения диагноза и прогноза болезни помимо коронарографии возрастает важность ультразвукового и радиоизотопного исследований.

Выводы. У больных с ОКСбпST имеется высокий риск неблагоприятного исхода, обусловленного распространенностью стенозирования коронарных артерий. Это обуславливает необходимость углубленного исследования, включающего помимо ЭКГ, клинических и биохимических данных срочную коронарографию, эхокардиографию и радиоизотопную скintiграфию миокарда. На этой основе можно предложить дифференцированный подход к реваскуляризации миокарда путем внутрикоронарного вмешательства или коронарного шунтирования.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Д.М. Сабилов, Р.Н. Акалаев, К.Э. Махкамов, А.Л. Россталная, Х.Х. Дадаев

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республиканский центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является ведущей в структуре летальности и составляет от 40 до 55% от всех повреждений. Летальность при ЧМТ достигает 5–10%, а при тяжелых травмах она варьирует от 41 до 85% (В.А. Клевно и соавт., 2001; Д.М. Сабилов и соавт., 2011). За последнее десятилетие значительно расширилось понимание патофизиологических механизмов, происходящих в посттравматическом периоде ЧМТ. Несмотря на это, зачастую невозможно предотвратить фатальный исход и серьезные поражения даже у тех пострадавших, которых при поступлении не оценивали как тяжелых. Это диктует необходимость анализа причин трагического исхода лечения ЧМТ для улучшения результатов лечения этой тяжелой категории больных.

Цель исследования: выявить основные причины госпитальной летальности в различные сроки тяжелой ЧМТ.

Материал и методы исследования. В период с 2008 по 2009 гг. в РНЦЭМП были госпитализированы 362 пострадавших с диагнозом «тяжелая черепно-мозговая травма». Мужчин было 79,5%, женщин – 20,5%. Пребывание в стационаре – от 40 мин до 90 сут (в среднем 23,3±9,5 сут). Уровень сознания по шкале комы Глазго (ШКГ) при поступлении составил 7±2 балла.

Изучены 55 протоколов судебно-медицинской экспертизы погибших (40 мужчин – 73%, 15 женщин – 27%; возраст – от 17 до 75 лет). Умершие пациенты были распределены на три группы в зависимости от срока смерти: 1-я группа (n=12) – до 1 сут; 2-я группа (n=25) – 1–7 сут; 3-я группа (n=18) – свыше 7 сут.

Результаты и их обсуждение. Из 55 погибших в 1-е сут умерли 12 пострадавших (21,8%), в течение 1-й нед – 25 (45,5%), в более поздние сроки скончались 18 больных (32,7%). У пациентов 1-й группы (среднее время пребывания в стационаре составило 18,7±5,5 ч; ШКГ при поступлении – 5±2 балла) непосредственной причиной смерти явился отек головного мозга вследствие его ушиба (n=6), сопровождавшийся дислокацией мозга (n=4). При этом отек носил нередко деструктивный характер и при вовлечении стволовых отделов оказывался несовместимым с жизнью (n=2).

Среднее время пребывания в стационаре пациентов 2-й группы составило 45,6±15,9 ч (ШКГ при поступлении – 7±3 балла). Морфология определялась начальными явлениями резорбции некротизированной мозговой ткани, возникновением активной сосудисто-мезенхиальной и глияльной реакции на повреждение, рассасыванием кровоизлияний.

На более поздних сроках посттравматического периода тяжелой ЧМТ (среднее время пребывания – 249,6±34,7 ч; ШКГ при поступлении – 8±3 балла) морфологическая картина весьма полиморфна. Это и прогрессирующее присоединение вторичной инфекции, приводящей к сердечно-легочной недостаточности (81,0% больных), реже – полиорганная недостаточность (13,0%) и эндотоксикоз (6,0%).

Выводы:

1. При наступлении смерти от ЧМТ в сроки до 1 сут, непосредственной причиной смерти пострадавших являются отек мозга и его набухание, вызванные ушибом мозга тяжелой степени.
2. В промежутке времени посттравматического периода от 1 сут до 1 нед происходит смена механизма смерти с мозгового на легочный вследствие развития вторичных воспалительных процессов в легких.
3. Причиной летальных исходов в сроки от 1 нед до 1 мес после травмы чаще всего являются гнойно-септические осложнения и полиорганная недостаточность.

МЕДИЦИНСКИЙ ТРАНСПОРТ РИЖСКОЙ АВТОМОБИЛЬНОЙ ФАБРИКИ (РАФ)

Ю.М. Салакс

Музей истории медицины им. П. Страдыня
Рига, Латвия

История создания санитарного транспорта на основе базовой модели микроавтобуса Рижской автомобильной фабрики – РАФ (Латвия), связано с посещением рижского врача в 1959 г. Военно-медицинской академии в Ленинграде и ознакомлением с созданной в академии первой моделью протившокового автомобиля. В специально оборудованном транспортном средстве можно было реанимировать, давать наркоз, останавливать кровотечение и проводить переливание крови. По возвращении в Ригу В. Калнберз в июле 1960 г. опубликовал статью в популярном медицинском журнале «Веселиба» с обращением создать экспериментальный вариант радиофицированного реанимобиля, не дожидаясь начала планированного серийного производства. Развитие проекта было поручено врачу Георгу Андрееву. Он во время прохождения курсов усовершенствования врачей на кафедре торакальной хирургии и анестезиологии у профессора Е.Н. Мешалкина (1916–1997) подробно ознакомился с работой мобильной реанимационной бригады для предоставления квалифицированной медицинской помощи на месте происшествия. При содействии министра здравоохранения Латвийской ССР В. Озолиньша (1909–1975) в 1960 г. было решено создать мобильную реанимационную бригаду и в Риге.

В отличие от Ленинграда и Москвы, где за основу транспортного средства был взят переоборудованный пассажирский автобус, в Латвии уже изначально решили использовать микроавтобус выпускаемый на РАФе. Предполагалось, что это улучшит маневренность санитарного транспорта и его проезд непосредственно к месту оказания медицинской помощи. В сотрудничестве врачей и конструкторов РАФа в ноябре 1961 г. первая реанимационная бригада станции скорой медицинской помощи (ССМП) Риги выехала на вызов в специально оборудованном для этих целей РАФе. Вскоре выявился недостаток квалифицированных специалистов для реанимационной мобильной бригады, и их стали комплектовать из числа внештатных специалистов ССМП Риги из стационаров, что качественно изменило структуру ССМП. Реанимационная бригада вскоре стала востребована не только для вызовов на ССМП Риги, но и для оказания экстренной помощи в стационарах в ночное время. В период с 1962 до 1965 гг. реанимационная бригада выезжала на 4 116 вызовов, в том числе 217 раз для оказания помощи в стационарах.

С 1962 г. на основе базовой версии в Риге выпускался медицинский автомобиль РАФ-9771. Конструкторы РАФ, детально изучив опыт эксплуатации первого реанимобиля ССМП Риги, в 1963 г. запустили серийное производство санитарного микроавтобуса РАФ.

В 1976 г. в городе Елгава был введен в строй новый завод, рассчитанный на производство 17 000 автомобилей в год базовой модели РАФ 2203 «Латвия». Среди них были и микроавтобусы скорой помощи РАФ 22031 с наличием медицинского оборудования. В 1979 г. финская компания TAMPO, по заказу СССР начала переоборудовать микроавтобусы РАФ 2203 в реанимационные и в специальные медицинские автомобили. В последующем выпускались: РАФ 2913 – автомобиль для медицинского обследования спортсменов (1979), РАФ 2914 и 2915 – реанимационный и санитарный автомобиль (1989), РАФ 2915 – санитарный автомобиль (1989) и его модификация РАФ 2915-02М – санитарный автомобиль с увеличенной высотой салона (1995) и другие модификации.

Последним автомобилем РАФ, созданным по российскому заказу, стал панорамно-анатомический автомобиль – РАФ-2926 (1996 г.). Партия из 21 такой машины была приобретена московской службой скорой помощи. В 1997 г. производство РАФа было остановлено, а годом позже владельцы заявили о банкротстве завода.

ПЛАСТИКА ПЕРВИЧНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ И ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ БИОМАТЕРИАЛАМИ

А.М. Самотченко², И.Ю. Мизгулева¹, И.Ю. Ключкин¹, А.В. Афанасьев²

¹ НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

² Городская клиническая больница № 6

Москва, РФ

За период 2011–2013 гг. при лечении 56 открытых переломов фаланг пальцев кисти и пястных костей у 32 пациентов для заполнения дефекта костной ткани мы использовали биоматериалы «Коллапан», «Индост» и мембрану «Пародонтокол».

Первичная хирургическая обработка ран и остеосинтез спицами проводили в первые 2–18 ч после травмы. У 20 пациентов имел место открытый перелом с дефектом одной кости, у 12 – множественные переломы с дефектами костной ткани фаланг и пястных костей. Околосуставных и внутрисуставных переломах с дефектом костной ткани было 37, диафизарных переломах – 19. Объемы дефектов кости при заполнении биоматериалом составляли от 0,25 до 4,0 см³.

После стабилизации перелома область дефекта заполняли биоматериалом «Коллапан» при 38 переломах, «Индостом» – при 15; мембрану «Пародонтокол» использовали при 10 переломах в различных комбинациях с губкой и пластинами «Индост».

При наличии дефекта мягких тканей с целью закрытия области костной раны, заполненной биоматериалом, мы выполняли первичную кожную пластику местными тканями у 30 пациентов и свободную кожную пластику полнослойным лоскутом в отсроченном порядке – у 2.

В результате у всех больных раны зажили без воспаления в сроки от 2 до 4 нед. Отторжения биоматериала не отмечено. Некрозов, остеомиелитов фаланг пальцев не было.

Динамика сращения переломов прослежена рентгенологически в сроки от 1 до 24 мес после операции при применении биоматериала «Коллапан» у 18 пациентов из 21. Внутрисуставные дефекты объемом до 0,5 см³ заполнились костной тканью через 1,5 мес у 10 больных; дефекты объемом до 1,0 см³ с минимальной потерей кортикального слоя заполнились в сроки около 3,5 мес у 6 пациентов. В 1 наблюдении дефект кости более 1,0 см³ заполнился костной тканью лишь через 7 мес после операции. Еще в 1 случае перелом не сросся: на рентгенограмме через 1 год при дефекте диафиза средней фаланги объемом около 1,5 см³ отломки были соединены между собой тонкой костной перемычкой по типу «песочных часов».

При применении биоматериала «Индост» и мембраны «Пародонтокол» сроки наблюдения составили от 1 до 12 мес после операции у 9 пациентов из 11. У 5 больных с внутри- или околосуставными дефектами костной ткани объемом до 0,5 см³ переломы срослись в срок 2 мес. У 2 пациентов с диафизарными дефектами фаланг пальцев объемом до 1,5 см³ переломы срослись в срок 5 мес. У 1 больного развился костный анкилоз дистального межфалангового сустава с сохранением оси и длины пальца. Еще у 1 пациента перелом не сросся с образованием ложного сустава.

Таким образом, при необходимости заполнения травматических дефектов костной ткани в экстренном порядке применение биоматериалов «Коллапан», «Индост» и мембраны «Пародонтокол» в сочетании с фиксацией отломков позволило во всех случаях сохранить длину и жизнеспособность пальцев, избежать развития гнойных осложнений, в большинстве случаев достигнуть хороших и удовлетворительных функциональных результатов.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

В.Т. Самсонов

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Актуальность. Современные неинвазивные методы исследования не всегда позволяют установить правильный диагноз, поэтому в ряде случаев для его постановки и определения лечебной тактики возникает необходимость использования видеолaparоскопии (ВЛС).

Цель работы. Анализ результатов диагностики и лечения больных с неотложной абдоминальной патологией с использованием ВЛС.

Материал и методы. Проведен анализ клинических наблюдений 2134 пациентов за 2002–2012 гг., которым в связи с болями в животе была выполнена ВЛС. Для установок диагноза на дооперационном этапе использовались клинико-лабораторные данные, лучевые и эндоскопические методы исследования, которые в ряде случаев оказались недостаточно информативными. По степени определенности дооперационного диагноза больные были разделены на две группы. 1-ю группу составили 2064 пациента (96,7%) с подозрением на острый аппендицит и с неясной клинической картиной. 2-я группа состояла из 70 больных (3,3%) с установленным до операции и не вызывающим сомнения клиническим диагнозом, которым планировалась неотложная видеолaparоскопическая операция.

Результаты. При ВЛС из 1158 пациентов (54,3%) 1-й группы с подозрением на острый аппендицит диагноз подтвердился у 704 (33,0%). 528 из них (24,7%) выполнили видеолaparоскопическую аппендэктомию, а 163 больным (7,6%) произведена традиционная аппендэктомию. У 13 больных (0,6%) обнаружен аппендикулярный инфильтрат, в связи с чем им было проведено консервативное лечение. При ВЛС у 639 пациентов (29,9%) 1-й группы найденная абдоминальная патология не требовала операции, а у 149 больных (7,0%) данных за острую хирургическую патологию не было выявлено. Кроме острого аппендицита, у 566 пациентов (26,5%) имела место другая острая абдоминальная патология, потребовавшая оперативного лечения (прободная язва, внематочная беременность, апоплексия и разрыв кисты яичника, некроз жирового подвеса и т.д.). Из них у 358 больных (16,8%) были выполнены видеолaparоскопические, а у 208 (9,7%) – открытые операции.

При ВЛС у пациентов 2-й группы были выявлены расхождения клинического и интраоперационного диагнозов, что повлияло и на хирургическую тактику. Обнаружена у 45 больных (2,1%) патология требовала неотложного хирургического лечения. У 39 пациентов (1,8%) из их числа были выполнены видеолaparоскопические, а 6 (0,3%) – открытые операции. У 25 больных (1,2%) патологии, требующей неотложной операции не было обнаружено.

Выводы. ВЛС у пациентов с неясной клинической картиной позволила в 61,5% случаев установить диагноз и показания к экстремному оперативному вмешательству, а в 38,5% – избежать необоснованной операции.

Благодаря ВЛС у 3,3% больных исключен установленный до операции клинический диагноз и изменена хирургическая тактика.

КАТАТРАВМА: ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В МОСКВЕ

О.О. Саруханян, Р.А. Кешиян, В.Г. Амчелаский, О.С. Исхаков, В.А. Плякин, О.Г. Янюшкина, В.Б. Чертюк, Н.С. Селютина
НИИ неотложной детской хирургии и травматологии
Москва, РФ

Среди причин детского травматизма исключительное место в силу четко выраженной за последние годы тенденции роста общего числа пострадавших стали занимать травмы, полученные при падении с высоты. По данным Бюро СМЭ г. Москвы, в структуре детского травматизма со смертельным исходом частота случаев падения с высоты как причина гибели пострадавших увеличилась почти в 1,4 раза, достигая 52–64% от всех детей, погибших в результате механической травмы.

Материал и методы исследования. Оценка тяжести травматических повреждений, объема и эффективности оказания медицинской помощи основана на анализе медицинской документации 220 детей, госпитализированных в НИИ НДХИТ после падения с большой высоты, и 112 детей, погибших в период 2008–2012 гг. на разных этапах оказания медицинской помощи, в том числе и в различных стационарах Москвы.

Результаты и обсуждение. Анализ «смертельного травматизма» у детей показал, что в абсолютном большинстве (75,9%) наблюдений гибель пострадавших происходила на догоспитальном этапе до прибытия бригады скорой медицинской помощи (СМП). В различных стационарах Москвы умерли 27 детей (24,1%), в том числе 23 (85,2%) – в 1-е сут после травмы. Следует отметить, что практически каждый второй (12) ребенок по жизненным показаниям был госпитализирован во взрослые стационары.

Анализ медицинской документации показал, что 204 пострадавшим (93,2%) медицинская помощь на догоспитальном этапе и транспортировка выполнялись бригадами СМП, при этом в абсолютном большинстве случаев (74,6%) – линейными бригадами, реже (18,7%) – специализированными. В остальных случаях (6,7%) дети были доставлены полупутым транспортом, что предполагает отсутствие оказания им медицинской помощи на догоспитальном этапе.

В последние годы отработана и внедрена система предварительного оповещения стационара диспетчерской службой ССИНМП о тяжести состояния пострадавшего и ожидаемом времени прибытия. Это позволяет принимать тяжелых пострадавших в протившоковой палате, а также значительно сократить лечебно-диагностический этап (до 30 мин) за счет наличия современных диагностических (КТ, МРТ, УЗИ, датчик внутричерепного давления и т.п.) комплексов, работающих в круглосуточном режиме.

Выводы. Возросшая частота тяжелых травм у детей, полученных в результате падения с высоты, свидетельствует о медико-социальной значимости данной проблемы, а гибель абсолютного большинства детей в 1-е сут после травмы в условиях стационара, свидетельствует, что резерв совершенствования организационно-тактических и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на снижение тяжести медицинских последствий травмы, не исчерпан и заключается в первую очередь в системном взаимодействии и преемственности между всеми службами, принимающими участие в спасении жизни пострадавшего.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ДИАФРАГМЫ И ОКОЛОДИАФРАГМАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА – ТАКТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Д.В. Сафонов
Нижегородская государственная медицинская академия
Нижегород, РФ

Цель исследования: разработка методики и изучение эхоэмиотики патологических изменений диафрагмы и околодиафрагмального пространства.

Исследование выполнено на сканере среднего класса секторным датчиком с частотой 3,5 МГц. Сканирование проведено из субкостальной позиции датчика в горизонтальном положении пациента на спине или на здоровом боку и обязательно в вертикальном положении с последовательным перемещением датчика по межреберьям от лопаточной до парастеральной линии. Оценивали: доступный для визуализации отдел диафрагмы на предмет ее пространственного расположения, дыхательной подвижности, целостности, эхоструктуры; наддиафрагмальное пространство на предмет плеврального выпота, дополнительных структур в грудной полости, изменений диафрагмальной плевры и нижней доли легкого; поддиафрагмальное пространство на предмет локального скопления жидкости под куполом, нарушения целостности или объемных образований печени или селезенки.

В группе больных с патологией диафрагмы первично при УЗИ грудной клетки диагностированы и в дальнейшем подтверждены другими методами лучевой диагностики и верифицированы во время оперативного лечения: 5 паразитогаельных как ущемленных, так и не ущемленных диафрагмальных грыж различной этиологии и локализации с наличием в грыжевом выпячивании желудка, петли тонкой или толстой кишки; 2 случая деструкции купола диафрагмы вследствие эмпиемы плевры с прорывом гнойного экссудата в поддиафрагмальное пространство; 2 инородных тектильных тела атрогенного происхождения; 5 ограниченных релаксаций диафрагмы; 4 деформации купола опухолью печени или забрюшинным метастазом; 4 прорастания купола диафрагмы с врастанием в печень периферического рака нижней доли правого легкого; 5 мезотелиом с врастанием в купол. Из наддиафрагмальной патологии наиболее частыми изменениями были массивные фибриновые структуры в виде мелкокачистой сети при экссудативном плеврите, экзогенные гнойные массы при эмпиеме плевры, объемные образования нижней доли легкого, средостения или плевры без прорастания в диафрагму. Среди изменений поддиафрагмального пространства наиболее часто встречались абсцессы с различной экзогенностью содержания, гематомы различной этиологии и на разной стадии организации, в том числе нагноившиеся или в сочетании с разрывом селезенки, псевдокисты поджелудочной железы, биломы после холецистэктомии, метастатические конгломераты, в том числе прорастающие в диафрагму.

Вывод: УЗИ является информативным, технически несложным, радиологически безопасным методом диагностики патологических изменений диафрагмы и околодиафрагмального пространства, который необходимо использовать в качестве скринингового как при острой хирургической патологии брюшной или грудной полости, так и при плановом обследовании пациентов с опухолевыми заболеваниями или гнойно-деструктивными процессами в легких и плевре.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ВОДНОГО БАЛАНСА У МЛАДЕНЦЕВ С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В МОЗГ

Э.А. Сатавдиева, Х.Н. Мухитдинова, Ш.У. Ерманова, Д.В. Сайфуллаева, В.А. Колтон, Г.М. Азизова

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. В условиях жаркого климата одним из наиболее тяжелых осложнений, обусловленных противошоковой, дегидратационной терапией, направленной на борьбу с отеком мозга при внутричерепных кровоизлияниях у маленьких детей, является нарушение ренальных функций, вплоть до острой почечной недостаточности.

Цель работы – изучить и дать оценку особенностям коррекции отклонений водного баланса у детей с нетравматическим кровоизлиянием в мозг.

Материал и методы. Мониторингом количества суточного объема введенной энтерально и парентерально воды и объема диуреза у 46 детей в возрасте 1,8±0,5 мес изучен относительный водный баланс (без расчета невидимых потерь на перспирацию) в первые 10 сут интенсивной терапии в условиях ОРИТ с благоприятным исходом. Гемодинамика характеризовалась стабильностью, неврологическая симптоматика соответствовала основному заболеванию.

Результаты. Целесообразность профилактики гиповолемии в условиях патогенетически обоснованной противошоковой терапии ограничением общего объема введения жидкости в пределах возрастной физиологической потребности объясняется необходимостью стабилизации гемодинамики, перфузии тканей, сохранения гомеостаза мочевыделительной системы. В 1-е сут суточный объем соответствовал физиологической потребности 124,4±3,6 мл/кг с объемом мочи – 2,1±0,2 мл/кг. На 2-е сут увеличение объема кормления на 50% при снижении парентерального объема в 2 раза привело к росту диуреза на 30%. На 3-и сут увеличение энтерального введения еще на 10% не вызвало существенного изменения мочевыделительной активности почек. На 4–7-е сут общий объем введения превышал данные 1-х сут на 30–40%. Объем внутривенной инфузии в 1-е сут (55,2±4 мл/кг) был обусловлен необходимостью восполнения дефицита ОЦК (гемо-, плазмотрансфузией). На 2-й и последующие дни внутривенное введение составило не более 33±4 мл/кг (на 3-и сут) до 11,6±2,1 мл/кг (на 10-е сут).

Вывод. При нетравматическом кровоизлиянии после эффективной коррекции гиповолемии энтеральный способ введения и нутритивной коррекции поддерживает умеренную полиурию до 4,7 мл/кг/ч на 5–10-е сут, способствует дезинтоксикационной терапии.

ВРОЖДЕННЫЕ АТРЕЗИИ ХОАН

В.М. Свиштушкин, Д.М. Мустафаев, В.Ю. Токин, В.Н. Селин
Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ

Среди пороков развития носа и околоносовых пазух (ОНП) у детей наиболее часто хирургические вмешательства производят по поводу врожденных атрезий хоан (ВАХ), представляющих собой одностороннее или двустороннее образование в виде костной или перепончатой перегородки между носом и глоткой с полным закрытием или резким сужением одной или обеих половин носа. По данным отечественной и зарубежной литературы, на 5000–7000 новорожденных приходится один случай ВАХ. Асфиксия и смерть новорожденных во многих случаях вызывается нераспознанной двусторонней атрезией хоан. Не диагностированные односторонние или частичные атрезии хоан приводят к развитию рецидивирующих и хронических заболеваний ЛОР-органов и бронхолегочной системы.

С целью восстановления носового дыхания и акта сосания у новорожденных проводят сложные хирургические вмешательства. До настоящего времени не существует метода по устранению хоанальной атрезии с гарантией отсутствия рецидива.

Цель исследования: совершенствование способов хирургического вмешательства детей ВАХ.

Материал и методы: за период с 1991 по 2012 гг. в ЛОР-клинике МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского на стационарном лечении находились 57 детей с диагнозом ВАХ в возрасте от первого дня жизни до 12 лет. В наших исследованиях преобладали дети грудного возраста – 29 (50,87%) и дети в возрастной группе от одного до трех лет – 17 (29,82%). Из них 41 ребенок (71,92%) – девочки и 16 (28,07%) – мальчики. В наших исследованиях преобладала двусторонняя (68,42%), полная (80,70%), костная (91,22%) ВАХ.

Для объективной оценки эффективности проводимого лечения наблюдаемые нами дети были разделены на две клинические группы. В I группу вошли дети с ВАХ, оперированные в период с 1991 по 2001 гг. с использованием традиционных хирургических инструментов (костные ложки и шпильки, троакары, долота и др.). Эта группа представлена 23 (40,40%). В II группу вошли дети с ВАХ, оперированные в период с 2002 по 2010 гг. с использованием интраназальной дрели, микродебридера (шейвера) и Ho:YAG лазера с длиной волны 2,09 мкм. Также использовали инструмент для устранения хоанальной атрезии (патент на изобретение РФ № 2157664 от 20.10.2002 г.). Эта группа представлена 34 детьми (59,6%). В ЛОР-клинике МОНИКИ разработано устройство (стенд) для предотвращения рубцового зарращения восстановленного просвета хоан у детей при двусторонней их атрезии (патент на изобретение РФ № 2213585 от 10.10.2003 г.).

Сравнительный анализ лечения детей с ВАХ с использованием интраназальной дрели, микродебридера и Ho:YAG – лазера с длиной волны 2,09 мкм, показал, что указанные технологии обеспечивают высокий процент «клинического излечения» (89,48%), сохранность анатомических структур полости носа, более щадящее и радикальное восстановление просвета полости носа по сравнению с традиционными методами эндоназальной хирургии. Применение стента-протектора обеспечивает формирование стойкой хоаностомы с единичными случаями рестенозирования.

ОТОГЕННЫЕ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫЕ ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ*В.М. Сеистушкин, Д.М. Мустафаев, В.И. Самбулов, А.М. Киселев***Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ**

В МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского у больных с интракраниальными гнойно-воспалительными осложнениями отогенного генеза придерживаются следующих принципов лечения: санация первичного очага инфекции; эвакуация гноя из полости очага; эффективная медикаментозная терапия, в том числе проведение антибиотикотерапии.

В МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского за период с 2002 по 2012 гг. находились 27 больных с интракраниальными гнойно-воспалительными осложнениями отогенного генеза. Основной причиной развития отогенных интракраниальных инфекционно-воспалительных осложнений было обострение хронического среднего отита.

Прооперированы 23 (85,19%) больных с интракраниальными гнойно-воспалительными осложнениями отогенного генеза из 27. У 13 пациентов (56,52%) проведено вскрытие, дренирование гнойника, в дальнейшем – длительное промывание полости абсцесса растворами антисептиков, с присоединением в ряде случаев отсоса, создающего разрежение (активная аспирация).

У 4 больных (17,39%) абсцессы располагались поверхностно, их капсулы были хорошо выражены, что позволило тотально удалить абсцесс вместе с капсулой. Оболочечные абсцессы дренировали через фрезевое отверстие. 5 операций (21,74%) по поводу оболочечных гнойников заканчивались простым дренированием. У одного больного (4,35%) произведена пункционная аспирация.

У 4 пациентов (14,81%) излечения удалось достигнуть исключительно консервативными методами.

Выздоровление достигнуто у 24 наблюдаемых больных (88,89%), смертельный исход – у 3 пациентов (11,11%). У 21 пациента (87,50%) из числа выздоровевших отмечено незначительно или умеренно выраженные неврологические дефициты при выписке. В 3 случаях (12,50%) наблюдали грубую неврологическую симптоматику при выписке.

Таким образом, успехи профилактики и лечения отогенных интракраниальных гнойных осложнений во многом зависят от рационального лечения основного заболевания, ранних сроков диагностики, своевременного радикального хирургического вмешательства и эффективной медикаментозной терапии. В настоящее время внедрение в практику высокоэффективных лекарственных препаратов, новых методов диагностики и совершенствование хирургического лечения позволили уменьшить частоту отогенных интракраниальных гнойных осложнений, а также значительно снизить летальность при этих заболеваниях.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОРЫВА АНЕВРИЗМЫ СИНУСА ВАЛЬСАЛЬВЫ В КАМЕРЫ СЕРДЦА*В.Т. Селиваненко, М.А. Мартаков, В.А. Дудаков***Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ**

Цель исследования – представить сравнительный анализ гемодинамических параметров правого и левого желудочков после хирургического лечения прорыва врожденной аневризмы синуса Вальсальвы (ВАСВ) и травматического прорыва синуса Вальсальвы (ТПСВ) в камеры сердца с целью оптимизации хирургической тактики и снижения числа реопераций.

Материалы и методы. Нами оперированы 20 больных с прорывом ВАСВ в камеры сердца и трое пациентов с ТПСВ. Возраст больных от 11 до 44 лет, среди них 14 мужчин и 6 женщин. Среди них: у 12 больных был прорыв ВАСВ в правое предсердие, 7 больных – с прорывом ВАСВ в правый желудочек, у одного пациента наблюдали сообщение аневризмы некоронарного синуса с левым желудочком, сочетавшимся с недостаточностью аортального клапана, которая была корригирована путем пластики полулунной створки аортального клапана. Кроме того, у одного больного с прорывом ВАСВ в правый желудочек имело место дефект межжелудочковой перегородки, пластика которого осуществлена синтетической заплатой. 5 больным операции проведены в условиях умеренной гипотермии, 15 – в условиях гипотермического искусственного кровообращения. Ликвидацию патологического соустья проводили путем наложения кисетного шва одному больному, отдельными П-образными швами – 5 пациентам, 14 – с помощью синтетической заплаты. Гемодинамическую оценку адекватности выполненной операции проводили интраоперационно с помощью катетеризации правых отделов сердца и компьютерно-диагностической системы «Открытое сердце». Анализ поцикловых диаграмм правого и левого отделов сердца, систолических и диастолических показателей, соотношений мервических и дельта-контрастных соотношений позволяет достаточно надежно дифференцировать право- и левожелудочковую недостаточность. Отдаленные результаты изучены в сроки до 14 лет после коррекции у 12 больных с ВАСВ. Рецидив прорыва ВАСВ в камеры сердца, потребовавший проведения реопераций, наблюдали у 3 больных.

Заключение. Анализ результатов первичных и повторных операций показал, что прорыв ВАСВ в одну из полостей сердца служит абсолютным показанием к оперативному лечению. Коррекцию порока следует проводить через ту камеру сердца, в которую произошел прорыв аневризмы, а также дополняя трансаортальным доступом.

ПАРАФАРИНГИТ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПО МАТЕРИАЛАМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ МО МОНИКИ ИМ. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО*В.М. Сеистушкин, Д.М. Мустафаев***Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ**

За последние 15 лет в период с 1998 по 2012 гг. в ЛОР-отделении ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского под наблюдением находились 68 больных с парафарингитом. Больных мужского пола было 39, женского – 29. В возрасте 15–20 лет было 13 человек, 21–30 лет – 9, 31–40 лет – 20, 41–50 – 11, 51–60 лет – 7, 61–70 лет – 5, 71–80 лет – 3.

У 53 больных острое гнойное воспаление парафарингеального пространства развилось в результате паратонзиллярного абсцесса. У двух пациентов парафарингит возник после травмы небной миндалина инородными телами и последующего паратонзиллита. У трех пациентов вначале был отмечен паратонзиллит, а затем парафарингит после консервативного лечения хронического тонзиллита в амбулаторных условиях. У 6 больных парафарингит развился на почве одонтогенного паратонзиллита. У 2 больных парафарингеальный абсцесс возник после тонзиллэктомии, проведенной в холодном периоде, а у 2 других возник на фоне флегмонозного ларингита. Все больные были оперированы в первые сутки с момента поступления. Выполнены хирургические вмешательства: абсцесстонзиллэктомия, вскрытие паратонзиллярного абсцесса, вскрытие и дренирование флегмоны шеи, дренирование переднего и заднего средостения, трахеостомия при необходимости. У всех больных парафарингитом на фоне паратонзиллярного абсцесса проведено вскрытие паратонзиллярного абсцесса. Абсцесстонзиллэктомия в день поступления проведена 12 больным, на 2-й день – 23, на 3-й день – 16.

В наших наблюдениях гнойное воспаление парафарингеального пространства чаще всего протекало с образованием абсцесса (59 человек) и значительно реже (7 человек) – по типу разлитой флегмоны. У всех 7 больных (5 мужчин, 2 женщины) флегмона шеи развилась на фоне паратонзиллярного абсцесса.

При развитии флегмоны шеи тонзиллогенного генеза хирургическое вмешательство под эндотрахеальным наркозом включало вскрытие всех очагов с ревизией и дренированием клетчаточных пространств шеи. Больных с медиастинитом оперировали совместно с торакальным хирургом. Операционные раны вели открыто с ежедневными перевязками и наложением вторичных швов после их очистки.

У всех больных были сопутствующие заболевания: сахарный диабет (у 5 больных), гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз сосудов головного мозга. Хроническим алкоголизмом страдали 2 больных.

Значительно усугублялось состояние больных с флегмонами шеи при развитии осложнений. Так, у пяти больных с флегмоной шеи развился медиастинит. Из них трое умерли, несмотря на то, что им была выполнена операция абсцесстонзиллэктомии, вскрытие и дренирование окологлоточного пространства, двусторонняя колларная медиастинотомия. Эти больные поступили в крайне тяжелом состоянии, были оперированы в первые часы поступления в стационар. Во всех остальных случаях исход был благоприятным. Больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Успех лечения больных парафарингитом и его осложнений зависит от своевременной диагностики, особенно на догоспитальном этапе, детального обследования в специализированном ЛОР-отделении, раннего и адекватного хирургического вмешательства и комплексного консервативного лечения.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С СОХРАНЕНИЕМ ПОДКЛАПАННЫХ СТРУКТУР*В.Т. Селиваненко, М.А. Мартаков, В.А. Дудаков***Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ**

Цель исследования – оптимизация гемодинамических параметров и предупреждение развития миокардиальной недостаточности у больных, перенесших протезирование митрального клапана.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 89 больных с ревматическим митральным пороком; из них у 69 выявлен рестеноз, у 20 пациентов – стеноз и недостаточность митрального клапана были выражены в равной степени. Все операции выполнены в условиях искусственного кровообращения с фармакоологической кардиолегией. Интраоперационную экспресс-диагностику насосной функции сердца проводили с помощью компьютерно-диагностической системы «Open Heart» с графическим отображением диаграммы «объем-давление» и Хилла, интрамиокардиального послыстного давления с оценкой субэпикардального кровотока, сократительного состояния миокардиального волокна. Наиболее тяжелую группу составили пациенты, имевшие длительный ревматический анамнез, выраженный кальциноз митрального клапан III–IV степени. Моделирование оптимальных сочетаний гемодинамических характеристик сократительного состояния показало, что у пациентов, перенесших протезирование митрального клапана (ПМК) с сохранением клапанного аппарата, практически всегда удается при минимальной фармакологической поддержке использовать закон Франка-Старлинга для поддержания адекватного кровообращения и оптимального сократительного состояния, в то время как при протезировании клапана с удалением подклапанных структур необходимо использование адекватной нагрузки объемом и применение кардиотонических средств. ПМК с сохранением хордопапиллярного аппарата действительно оптимизируют насосную функцию левого желудочка. Информативность оценки субэпикардального слоя позволяет определить адекватность интрамиокардиального кровотока и выявить обратимую и раннюю ишемию миокарда при значении L_{max} субэпикардального слоя не более 1,3, и необратимую, если L_{max} всех трех слоев превышает 1,3.

Заключение. Выявление информативных гемодинамических показателей позволяет своевременно устранять признаки невыраженной клинически ишемии и недостаточности миокарда левого желудочка у больных с приобретенными пороками митрального клапана.

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ПЕРИКАРДЭКТОМИИ

В.Т. Селиваненко, М.А. Мартаков

Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ

Цель исследования – экспресс-анализ функционального состояния миокарда и интрамиокардиального кровотока у больных сдавливающим перикардитом после субтотальной перикардэктомии (СП) на основании гемодинамического мониторинга.

Материал и методы. Проведена оценка изменений внутрисердечной и центральной гемодинамики у 58 больных, перенесших СП. До операции в силу интимного сращения наружного мышечного слоя сердца с перикардом, сочетающегося (во многих случаях) с прорастанием кальцинированных масс в миокард, с ограничением расслабления сердечной мышцы в диастолу, происходят тяжелые нарушения сократительной способности миокарда, нарушаются скоростные процессы. Измерения гемодинамики интраоперационно проводили с помощью длительной катетеризации правых отделов сердца, компьютерно-диагностической системы "Открытое сердце". Анализ поцикловых диаграмм правого и левого отделов сердца, систолических и диастолических показателей, соотношений миофибрилл к давлению, интрамиокардиального кровотока позволяет достаточно надежно дифференцировать право- и левожелудочковую недостаточность. Исследования, выполненные после коррекции порока, дали возможность оценить эффективность выполненной внутрисердечной реконструкции, степень адекватности защиты миокарда, а также корректность вольемической и инотропной терапии в раннем послеоперационном периоде. В частности, оценка диаграммы степени удлинения сократительного элемента в сочетании со "скоростными" показателями работы желудочков позволили судить о степени перегрузки миокарда объемом, а также о развитии скрытой сердечной недостаточности и необходимости соответствующей медикаментозной коррекции. Особую роль в патогенезе сердечной недостаточности играет "рестрикционно-дилатационный синдром", определяющим звеном в развитии которого является недостаточность функции правого желудочка (ГЖ), так как в наполненном состоянии ГЖ воздействует на движение межжелудочковой перегородки и посредством этого на левый желудочек.

Заключение. При выявленной скрытой недостаточности миокарда после субтотальной перикардэктомии целесообразно резкое ограничение объемов вводимой жидкости. Точное диагностирование скрытых форм сердечной недостаточности возможно с помощью анализа показателей внутрисердечной гемодинамики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕДИИ АОРТЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДИСПАЗИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

В.Т. Селиваненко, Б.В. Ивашкин, М.А. Мартаков, В.А. Дудаков, В.П. Пронина
Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ

Цель исследования – определение показаний и оценка эффективности реконструктивных операций и протезирования аортального клапана при различных формах его дисплазии в зависимости от полиморфизма изменений клапанного аппарата и гемодинамических перегрузок.

Материал и методы. С целью определения эффективности хирургического лечения при дисплазии аортального клапана проведен анализ результатов наблюдений 88 пациентов возрасте от 2 до 46 лет. Из них: 80 пациентов (89,7%) с двустворчатым аортальным клапаном, 2 (2,5%) – с четырехстворчатым аортальным клапаном, 6 (7,8%) – имели пролапс одной из трех створок с признаками миксоматозных изменений. У 38 пациентов выявлен изолированный стеноз двустворчатого аортального клапана с исходным градиентом систолического давления от 45 до 135 мм рт.ст. (в среднем 75 мм рт.ст.), у 52 пациентов аортальный стеноз сочетался с недостаточностью 2–3-й степени. Сопутствующие сердечно-сосудистые аномалии наблюдались у 9 пациентов (11,5%) – коарктация аорты – 7, открытый артериальный проток – 1, врожденная недостаточность митрального клапана – 1.

Морфологическую оценку проводили с помощью световой микроскопии. Изолированный стеноз двустворчатого аортального клапана без сопутствующего кальциноза аортального клапана и регургитации на нем у 25 больных корригирован с помощью баллонной аортальной вальвулопластики. Диаметр баллона во всех случаях на 1–2 мм был меньше расчетного диаметра фиброзного кольца аортального клапана с целью предупреждения развития аортальной недостаточности после проведения дилатации. В результате градиент систолического давления левой желудочек/аорта после проведения баллонной дилатации не превышал 35 мм. рт.ст. 45 больным выполнено протезирование аортального клапана в условиях искусственного кровообращения и фармакоологической кардиоopleгии. Различные виды открытой вальвулопластики выполнены у 25 больных: 10 – в условиях бесперфузионной умеренной гипотермии, 15 – в условиях искусственного кровообращения. Показаниями к клапаносберегающим операциям при дисплазии аортального клапана являлись: отсутствие выраженных макроскопических изменений створок аортального клапана, пролапса створок, кальциноза клапана. Адекватность открытой вальвулопластики аортального клапана оценивали с помощью гидравлической пробы, а затем, после восстановления сердечной деятельности – с помощью чрепизищевой Эхо-КГ.

Отдаленные результаты, изученные у 35 больных, которым были выполнены пластические операции на аортальном клапане, показали, что в первые 5 лет после оперативного лечения происходит нарастание степени недостаточности аортального клапана, что в свою очередь приводит к ухудшению состояния больных и требует проведения повторных операций. Таким образом, пластические операции на аортальном клапане при его дисплазии, являясь по замыслу радикальными, по сути становятся паллиативными.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И ИНОРОДНЫХ ТЕЛ СЕРДЦА БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

В.Т. Селиваненко, В.А. Дудаков, М.А. Мартаков

Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ

Цель исследования. Целью исследования явилась оценка отдаленных результатов хирургического лечения больных с посттравматическими пороками и инородными телами сердца, перенесших травму грудной клетки.

Материал и методы. Анализ лечения проведен у 36 больных, 22 из них (61%) были нами оперированы, их возраст – от 7 до 60 лет. Из них мужчин – 17, 77,3% от числа всех прооперированных больных. Средний возраст составил 30,9 года. Сроки обращения за специализированной помощью колебались от 1 мес до 23 лет от момента получения травмы.

Хирургическому лечению подверглись 22 пациента: 17 мужчин и 5 женщин. Больных оперировали преимущественно в условиях искусственного кровообращения и фармакоологической кардиоopleгии. Ушивание на прокладках посттравматического ДМЖП выполнено у 3 больных; пластика посттравматического ДМЖП синтетической заплатой – 2; пластика посттравматического ДМЖП в сочетании с пластикой посттравматического косоого атриовентрикулярного канала синтетическими заплатами – 1; протезирование аортального клапана при травматической недостаточности – 1; коррекция травматического прорыва синуса Вальсальвы в правый желудочек с пластикой аортального клапана при его недостаточности – 1; иссечение аневризмы левого желудочка – 2; пластика митрального клапана при повреждении его задней створки – 1; протезирование митрального клапана при травматической недостаточности – 4; субтотальная перикардэктомия – 2; удаление инородного тела из миокарда правого желудочка – 5 больным.

Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 10 больных, оперированных по поводу посттравматических пороков сердца в сроки до 15 лет.

Выводы. 1. Больным, имеющим в анамнезе ранения грудной клетки и сердца, следует обязательно обследоваться в условиях специализированного кардиохирургического стационара. 2. Пациентов с посттравматическими пороками сердца целесообразно оперировать до появления признаков прогрессирующей сердечной недостаточности с выраженными гемодинамическими нарушениями, легочной гипертензией и развития инфекционного эндокардита. 3. Сроки оперативного лечения больных с посттравматическими пороками сердца необходимо определять индивидуально с целью снижения количества повторных операций.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

В.Т. Селиваненко, М.А. Мартаков, А.А. Прохоров, В.П. Пронина

Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ

Цель исследования: сопоставление отдаленных результатов оперативного лечения митрального порока сердца и определение качества жизни больных, перенесших пластику или протезирование митрального клапана.

Материал и методы: 78 больных в возрасте от 29 до 63 лет перенесли оперативное вмешательство на митральном клапане. Из них у 47 больных выполнена пластическая операция, у 31 больного – протезирование митрального клапана.

Результаты. Результаты клинического исследования оценивались на протяжении всего периода наблюдения и основывались как на объективных, так и на субъективных параметрах – качестве жизни пациента в отдаленном послеоперационном периоде. Средняя продолжительность отдаленного послеоперационного периода составила 6,2 года ($\pm 1,3$). В группе больных перенесших пластику митрального клапана, 5-летняя выживаемость составила 85,7%, что обусловлено отсутствием таких серьезных осложнений, как тромбоз искусственного клапана и тромбэмболия в группе пациентов после протезирования. В то же время в обеих группах больных достоверно значимых отличий в частоте повторных оперативных вмешательств не отмечено. Проводя оценку качества жизни пациентов одной возрастной категории, такие показатели, как физическая и социальная активность оказались выше у больных после пластики митрального клапана.

Выводы. У больных старшей возрастной категории с сочетанным поражением митрального клапана и коронарных артерий следует отдавать предпочтение пластическим операциям, принимая во внимание как наибольшую 5-летнюю выживаемость, так и более высокое качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

50 ЛЕТ КАРДИОХИРУРГИИ МОНИКИ им. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО
В.Т. Селиваненко, М.А. Мартаков, А.А. Прохоров, В.А. Дудаков
Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ

История развития кардиохирургической службы в МОНИКИ связана с приходом в институт В.И. Францева. Воспитанник академиков А.Н. Бакулева и Е.Н. Мешалкина В.И. Францев начал работать в НИИ грудной хирургии под руководством академика А.Н. Бакулева, где защитил кандидатскую диссертацию. Следующий этап становления В.И. Францева – работа под руководством академика Е.Н. Мешалкина в Новосибирске в НИИ патологии кровообращения, где им была защищена докторская диссертация «Пятилетний опыт праводельности бульбуса сердца методом кавальпюнального анастомоза».

7 апреля 1963 г., в отделении детской хирургии (зав. к.м.н. М.Н. Степанова) д.м.н. В.И. Францевым успешно выполнена перевязка открытого артериального протока ребенку 4 лет. В отделе детской хирургии успешно выполняли операции у больных с врожденными пороками сердца: прошивание протока аппаратом УАП-20 с пересечением и без пересечения протока, наложение межсосудистых анастомозов при тетраде Фалло, операция Брока при стенозе легочной артерии, резекция коарктации аорты с наложением анастомоза конец в конец. Тогда же были внедрены операции на открытом сердце в условиях безперфузионной умеренной гипотермии: ушивание дефекта межпредсердной перегородки, пластика клапанного стеноза аорты. В 1963 г. была выполнена закрытая митральная комиссуротомия.

В 1964 г. по приказу МЗ РСФСР на базе МОНИКИ организовано отделение сердечно-сосудистой хирургии на 30 коек, которое возглавил д.м.н. В.И. Францев. За разработку и внедрение методов диагностики и хирургического лечения врожденных и приобретенных пороков сердца у детей раннего возраста проф. В.И. Францеву и соавт. было присвоено звание лауреата Государственной премии СССР. В отделе стали выполнять все виды хирургической коррекции заболеваний сердца и сосудов, в частности с использованием искусственного кровообращения, умеренной и углубленной гипотермии: пластики дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородок, радикальная коррекция тетрады Фалло, клапанных пороков аорты и легочной артерии, коррекции всех видов приобретенных пороков сердца и магистральных сосудов. Изучение инфекционного эндокардита, осложняющего течение врожденных пороков сердца, позволило В.И. Францеву и В.Т. Селиваненко создать целое научное направление в кардиохирургии. Итог работы – монография, не потерявшая своей научной актуальности и в наши дни. После смерти 20 декабря 1991 г. проф. В.И. Францева бессменно руководившего отделением 27 лет, руководителем отделения становится его ближайший ученик и соратник проф. В.Т. Селиваненко. Созданная В.Т. Селиваненко в 80-х гг. база научных исследований и практических достижений оказалась настолько эффективной, что позволила отделению кардиохирургии МОНИКИ не только выстоять в период экономических трудностей 90-х гг., но и сделать новые шаги для дальнейшего научного и практического развития. Среди практических достижений – разработка и практическое осуществление многих сложнейших способов лечения тяжелых врожденных и приобретенных пороков сердца, сотни возвращенных к жизни детей и взрослых пациентов. За последние 10 лет опубликованы 8 монографий, 450 печатных работ, 9 патентов на изобретение, защищены 12 кандидатских и 2 докторских диссертации. Сотрудники клиники многократно выступали с докладами на различных съездах и конференциях в России, на международных конгрессах за рубежом.

ФОРМИРОВАНИЕ ШКОЛЫ НЕОТЛОЖНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИИ В НИИ СП
им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО

И.Е. Селина, Э.А. Береснева, Е.Ю. Пауликова
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Отделение неотложной рентгенологии как самостоятельное диагностическое отделение института создано в 1923 г. в связи с необходимостью выполнения экстренных рентгенологических исследований в первую очередь больным с клинической картиной острого живота и травматологическим больным. Развитие отделения рентгенологии связано с именем Софьи Васильевны Ивановой-Подобед, руководившей отделением с 1928 по 1953 г. (до ее кончины), заложившей основы Школы неотложной рентгенологии и организовавшей в 1928 г. впервые в России круглосуточную рентгеновскую службу. Главная заслуга С.В. Ивановой-Подобед заключается в создании и детальной разработке методики рентгенологического исследования для выявления невидимых для рентгеновских лучей инородных тел пищевода, которая названа ее именем и широко используется в наши дни. Кроме этого, Софья Васильевна занималась диагностикой острой кишечной непроходимости, применяла новейшие методики при исследовании больных с неотложными состояниями, широко использовала латерографию для выявления свободного газа в брюшной полости при диагностике прободной язвы. За большой вклад в развитие неотложной рентгенологии Софье Васильевне одной из первых в стране была присуждена научная степень кандидата медицинских наук без официальной защиты по совокупности научных трудов. Фамилия С.В. Ивановой-Подобед указана на памятнике, установленном в Гамбурге в память об ученых, погибших от лучевой болезни. С 1960 г. более 30 лет руководителем отделения неотложной рентгенологии была ученица С.В. Ивановой-Подобед профессор Мария Константиновна Щербатенко. М.К. Щербатенко разработала методику исследования больных с инородными телами и поврежденными пищеводом и их осложнениями, острыми желудочно-кишечными кровотечениями, механической кишечной непроходимостью, прободными гастродуоденальными язвами, разрывами диафрагмы. По инициативе М.К. Щербатенко была организована круглосуточная рентгенологическая служба в больницах скорой медицинской помощи Москвы, подготовлены кадры врачей-рентгенологов. С 1993 г. традиции С.В. Ивановой-Подобед и М.К. Щербатенко в качестве руководителя отделения неотложной рентгенологии продолжил профессор Эра Арсеньевна Береснева. Основное научное направление Э.А. Бересневой – совершенствование рентгенологических методик и разработка рентгеносемиотики острых заболеваний и поврежденных органов брюшной полости и забрюшинного пространства, послеоперационных абдоминальных осложнений. Э.А. Бересневой разработана Программа для курсов совершенствования врачей-рентгенологов по неотложной рентгенологии. Основными направлениями научной работы отделения общей рентгенодиагностики (переименовано в 2005 г. – руководитель к.м.н. И.Е. Селина) остаются вопросы совершенствования рентгенологической диагностики острой кишечной непроходимости, гнойного медиастинита и его осложнений, термоингаляционной травмы, применение малоинвазивных методов лечения при синдроме механической желтухи, исследование пациентов после трансплантации легких, печени, поджелудочной железы. На базе отделения проходят курсы совершенствования по неотложной рентгенологии, обучение специалистов по федеральной программе «Совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП».

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИМПЛАНТАЦИИ
ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОВ У БОЛЬНЫХ БРАДИАРИТМИЯМИ

В.Т. Селиваненко, М.А. Мартаков, В.А. Дудаков,
А.А. Прохоров, Е.К. Казакова

Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ

Цель работы – оценка лечебного эффекта после имплантации частотоадаптивных кардиостимуляторов у пациентов с брадиаритмиями.

Под наблюдением находились 1000 больных с имплантируемыми электрокардиостимуляторами. Для сравнительной характеристики пациенты были подразделены на две группы. В 1-й группе были 400 больных, которым имплантировали кардиостимуляторы с частотоадаптивной функцией в бифокальном или монофокальном режиме. Во 2-й группе наблюдали 600 больных с имплантируемыми ЭКС, у которых отсутствовала частотная модуляция. Оценка эффективности электрокардиостимуляции в отдаленном периоде производилась на основании объективных методов исследования (рентгенологических, ЭхоКГ, функциональных и нагрузочных проб, Холтеровского мониторирования), а также с помощью опросника SF-36. Для определения толерантности к физической нагрузке был применен метод непрерывной ступенчатозрастающей нагрузки на велоэргометре. Все больные в 1-й и 2-й группах отмечают улучшение качества жизни. Во 2-й группе у 50% больных отмечены клинические «симптомы кардиостимулятора». По данным велоэргометрической пробы толерантность к физической нагрузке увеличивается незначительно или не увеличивается совсем. В 1-й группе у всех больных увеличилась толерантность к физической нагрузке, «симптома кардиостимулятора» не выявлено. Ни одному больному в данной группе, страдающему ишемической болезнью сердца, не понадобилось увеличение доз периферических вазодилаторов. Данные опросника подтверждают лучшую функциональную адаптацию больных с ЭКС, имеющих частотоадаптивную функцию. Анализ функционального статуса исследуемых больных показал, что в отдаленном периоде большинство больных (87%) находятся в I–II ФК NYHA.

КОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ
НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ В ХИРУРГИИ

И.Е. Селина, Э.А. Береснева, О.В. Квардакова
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Цель исследования: определить показания к применению разных контрастных веществ для исследования пищеварительного тракта у больных с неотложной хирургической патологией.

Материал и методы: 614 пациентов с острой кишечной непроходимостью (ОКН), инородными телами и повреждениями пищевода, травмой диафрагмы, инородными телами и повреждениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Проведены 943 экстренных исследования пищеварительного тракта с использованием разных контрастных веществ: бариевая паста (150), жидкая взвесь сульфата бария (501), ионные (183) и неионные водорастворимые контрастные вещества – ВКВ (109).

Результаты. Методом выбора для диагностики так называемых невидимых инородных тел глотки и пищевода остается исследование с бариевой пастой по методике С.В. Ивановой-Подобед; для оценки состояния пищевода после эндоскопического удаления инородных тел, диагностики повреждений пищевода инородными телами, при его ранениях, при инструментальных повреждениях и спонтанных разрывах – жидкая взвесь сульфата бария. ВКВ применяли для определения уровня обтурации пищевода инородным телом, обнаружения пищеводно-трахеальных и пищеводно-бронхиальных свищей. Подтверждены достаточная контрастность ионных (гипак, урографин) и неионных ВКВ (омнипак, ультравист) при исследовании желудка и начальных отделов тощей кишки, при продвижении их по тонкой и толстой кишке, а также более короткие сроки пассажа по ЖКТ по сравнению со стандартной взвесью сульфата бария. При отсутствии явлений кишечной непроходимости поступление ВКВ в толстую кишку наблюдалось в сроки от 1 до 2 ч, при функциональной кишечной непроходимости – в течение 4 ч от начала исследования. Использование ВКВ было предпочтительным для диагностики тонкокишечной непроходимости при спайочной болезни, канцероматозе и в раннем послеоперационном периоде, для оценки состояния ззофагогастро- и ззофагоеноанастомозов, расположенных в средостении, для диагностики инородных тел желудка перед их эндоскопическим удалением. Для оценки состояния 12-перстной кишки при ее повреждениях, для диагностики несостоятельности швов пищевода, желудка, начальных отделов тонкой кишки, при травматических диафрагмальных грыжах выполняли исследование как с бариевой взвесью, так и с ВКВ. Предпочтительное использование бариевой взвеси было показано при выполнении контрастной клизмы у больных с толстокишечной непроходимостью, для оценки состояния швов на толстой и тонкой кишке (в дистальных отделах тощей и в подвздошной кишке), для диагностики тонкокишечных свищей, при инородных телах тонкой кишки.

Заключение. Контрастное исследование пищеварительного тракта остается актуальным для диагностики инородных тел и повреждений пищевода, различных видов ОКН, травм ЖКТ и диафрагмы, послеоперационных осложнений. Правильный выбор контрастных веществ с учетом их диагностических возможностей и задач исследования позволяет повысить информативность контрастного исследования ЖКТ и сократить сроки его проведения при неотложных состояниях в хирургии.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНОГО ФАРМАКОИНВАЗИВНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ТРАНСМУРАЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОБУСЛОВЛЕННЫМ МАССИВНЫМ ТРОМБОЗОМ ИНФАРКТ-ОТВЕТСТВЕННОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ
С.П. Семитко, А.И. Аналеев, И.М. Губенко, В.П. Климов, А.В. Азаров, В.В. Майсков
Городская клиническая больница № 81, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Москва, РФ

Массивный тромбоз инфаркт-ответственной коронарной артерии (ИКА) является предиктором осложнений эндоваскулярного вмешательства, достоверно ухудшающих клиническое течение заболевания. Использование механических устройств (тромбосаспирационные катетеры, системы дистальной защиты и стент-графты) не обеспечивает гарантированной защиты от дистальной эмболизации.

Целью работы было изучение клинических результатов этапного эндоваскулярного вмешательства в комплексе с использованием современных антитромботических препаратов на госпитальном этапе лечения пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ), обусловленным массивным коронарным тромбозом.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 74 пациента с ST-ОИМ (в возрасте 57,4±11,6 года), из них лиц мужского пола было 90,5% (67), которым в период с января 2013 г. по настоящее время в первые 6 ч (4,7±1,7 ч) от начала развития заболевания была выполнена первичная эндоваскулярная процедура (механическая реканализация – только 11 (14,9%), изолированная дилатация малым баллоном – 23 (31,1%) и тромбосаспирация – 40 (54,1%), из них у 16 (21,6%) – в сочетании с предилатацией) до достижения кровотока *TIMI* 2–3 и резольюции сегмента *ST* на 50% и более (без отрицательной динамики в течение 10 мин и без угрожающей диссекции). Во время первичной процедуры все больные получали прямой ингибитор тромбина бивалирудин (Ангиокс) (АСТ – 250–300 с) + Клопидогрель 600 мг. Все больные в сроки до 14 сут подверглись контрольной коронарографии (КАГ).

Результаты. На 11,6±4,2 сут антеградный кровоток высоких градаций был сохранен у всех пациентов (*TIMI* 2–14 (18,9%); *TIMI* 3–60 (81,1%)); отмечено значимое уменьшение степени целевого стеноза с 74,6±11,2 до 54,8±17,2%; уменьшение его протяженности с 23,7±13,7 до 16,8±12,4 мм; увеличение референсного диаметра целевой артерии от 2,89±0,64 до 3,2±1,1 мм и степени тромбоза по шкале *TTG* – от 3,9 до 1,9. По результатам контрольной КАГ стентирование целевого сегмента выполнено у 28 (37,8). Осложнений (включая развитие феноменов *no-slow-reflow*) в группе отсроченного стентирования отмечено не было. 16 больным (21,6%) было рекомендовано обращение к кардиохирургу. У 30 пациентов (40,5%) инфаркт-ответственное поражение признано незначимым. На госпитальном этапе лечения в группе наблюдения кардиальных событий не зарегистрировано.

Выводы. У больных с тромбозом ИКА (*TTG*≥3) поэтапный комплексный фармакоинвазивный подход возможно является безопасной и эффективной стратегией лечения.

МОНИТОРИНГ ВОДНОГО БАЛАНСА ОРГАНИЗМА ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ПРЕПАРАТАМИ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ

А.Ю. Симонова, К.К. Ильшеченко

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Вода является важнейшим компонентом организма, необходимым для поддержания гомеостаза. Нарушения водного баланса приводят к тяжелым последствиям при различных патологиях, в том числе и при острых экзотоксикозах. Своевременное их выявление и целенаправленная коррекция являются залогом эффективного лечения больных.

Исходя из того, что среди острых заболеваний химической этиологии ведущее место занимают отравления психофармакологическими препаратами (ПФП), цель настоящего исследования – выявить нарушения водных секторов организма больных с отравлениями ПФП и определить оптимальные способы их коррекции.

Обследованы 134 пациента в возрасте от 17 до 65 лет с острыми отравлениями ПФП различной степени тяжести: легкую группу составили 22 пациента, средней тяжести – 44 и тяжелой степени – 68. У 20 пациентов заболевание закончилось смертельным исходом. Исследования проводили методом поперечного биомпедансного анализа с помощью анализатора водных секторов организма с программным обеспечением ABC-01 фирмы «МЕДАСС» при поступлении больных в стационар, через одни, 2-е, 3-е суток и далее по показаниям. Проведенные исследования показали, что у всех больных при поступлении в стационар имело место накопление внеклеточной (ВЖ) и клеточной (КЖ) жидкостей в различных регионах тела, более выраженное при тяжелой степени интоксикации. В подавляющем большинстве случаев увеличение этих показателей не выходило за пределы 20% от соответствующих должных величин на всех этапах исследования и не требовало дополнительной коррекции. При этом объем жидкости в клеточном секторе был больше, чем во внеклеточном. Это было расценено как диапазон адаптационных изменений гидратации организма для данной патологии.

При благоприятном течении заболевания объемы ВЖ и КЖ в различных регионах тела к концу 3-х суток достигали должных значений или приближались к ним.

У ряда больных изучаемые показатели превышали должные цифры на различных этапах исследования более чем на 20%. Увеличение объемов ВЖ и КЖ от 20% до 35% от должных величин указывало на развитие скрытой гипергидратации, а более 35% сопровождалось наличием видимых отеков.

Исходя из полученных данных, были разработаны оптимальные способы коррекции расстройств водного баланса организма. При наличии скрытой гипергидратации достаточным было однократное или повторное введение диуретических средств. В случаях, когда объемы ВЖ и КЖ превышали должные значения более чем на 35%, использовали диализно-фильтрационные методы или их чередование с введением диуретических препаратов в зависимости от тяжести гипергидратации. У 20 больных, несмотря на проводимое лечение, на фоне развившейся полиорганной недостаточности происходило дальнейшее накопление ВЖ и КЖ, наиболее неблагоприятным признаком являлось значительное их увеличение в верхних отделах туловища с преобладанием объемов ВЖ над КЖ.

Таким образом, мониторинг водных секторов организма позволяет своевременно выявить их нарушения, проводить оптимальную коррекцию и прогнозировать исход заболевания.

СИНДРОМ ЗАДНЕЙ ОБРАТИМОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК
О.А. Сердюк, Ю.В. Скворцова, Д.Н. Балашов, В.М. Делягин

Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д.Рогачева

Москва, РФ

Актуальность. Синдром задней обратимой энцефалопатии или *PRES* (*posterior reversible encephalopathy syndrome*) – быстро развивающееся неврологическое состояние, характеризующееся помрачением сознания, головной болью, судорогами, тошнотой, рвотой, изменением цветоощущения, корковой слепотой в сочетании с типичной МРТ-картиной. *PRES* наблюдается у пациентов, получающих цитотоксические и иммуносупрессивные препараты (циклоsporин, такролимус, α-интерферон), а также при эклампсии, почечной недостаточности, гипертонической энцефалопатии. *PRES* может осложниться массивным инфарктом головного мозга или его дислокацией с летальным исходом.

Цель. Описать клинико-инструментальные характеристики *PRES*.
Материал и методы. Наблюдали 5 пациентов в возрасте от 9 до 22 лет (из них 1 девочка и 4 мальчика).

Результаты. *PRES* развился у пациентов с острым миелобластным лейкозом (1 ребенок), острым миелоидным лейкозом (1), анемией Фанкони (1), приобретенной идиопатической апластической анемией (1) и диффузной В-клеточной лимфомой (1 случай). Причинами *PRES* были артериальная гипертензия у 2 пациентов, прием ингибиторов кальциневрина (циклоспорина А) у 3 детей. Клинически у 1 пациента наблюдали 2 эпизода генерализованных тонико-клонических судорог, у 2 детей – однократный генерализованный судорожный синдром. У 1 обследованного отмечались гиперкинезы оральной мускулатуры, девиации зрения влево, нарушения сознания. В 1 случае был эпизод потери зрения с головными болями, судорожным статусом, отведение зрения в левую сторону, постепенное угнетение сознания, снижение сатурации. Развитие гипертензивного синдрома, изменение психического статуса, нарушения зрения наблюдались изолированно у 3 больных, принимавших иммуносупрессивные препараты, из них у 2 сочетавшиеся с головной болью. У 2 детей отмечались повторные признаки *PRES*. У 1 ребенка при этом появилась неврологическая симптоматика в виде резкой слабости, дизартрии, девиации языка влево, развития тонико-клонических судорог, десатурации, гипотонии, и у 1 – в виде тонико-клонических судорог. По данным МРТ наблюдались лейкоменингеальная инфильтрация теменно-затылочных областей, отек кортикальных отделов мозга, субарahnoidalный геморагический компонент, очаги ишемии в височных областях и мозжечке. У 1 ребенка регистрировался десинхронный тип ЭЭГ. У 2 – умеренно дезорганизованный с множественными полифазными потенциалами и острыми α-волнами в теменно-задневисочных отделах. У 1 девочки имелись выраженные диффузные изменения в виде резко дезорганизованного медленноволнового активности паттерна ЭЭГ с межполушарной асимметрией и генерализованной пароксизмальной активностью. Грубой локальной эпилептиформной активности ни у одного ребенка не зарегистрировано. Исходом *PRES* явилась вторичная эпилепсия (1 пациент), у 2-х пациентов клинико-рентгенологические симптомы оказались обратимыми. Общее прогрессирование основного заболевания привело к смерти 2 детей.

Заключение. Для предотвращения необратимых изменений ЦНС и инвалидизации пациентов первостепенное значение имеет ранняя диагностика синдрома, в том числе с регистрацией ЭЭГ, и его своевременная и адекватная терапия.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО БИЛИАРНОГО СЕПСИСА

Г.И. Синенченко, В.Г. Вербицкий, А.Ю. Корольков,

Р.И. Лукичев, И.М. Батиршин

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

Санкт-Петербург, РФ

Цель исследования. Сравнить результаты применения малоинвазивных технологий (ЧЧХД, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическое стентирование желчных протоков) в лечении больных с тяжелым билиарным сепсисом с результатами традиционных оперативных вмешательств у той же категории пациентов. На основании полученных данных выработать оптимальную хирургическую тактику для ведения больных с тяжелым билиарным сепсисом.

Материал и методы. Проведен анализ течения заболевания и оказания хирургической помощи у 71 пациента с тяжелым билиарным сепсисом, госпитализированного в клинику по неотложным показаниям в период с 2009 по 2013 гг. Тяжелый билиарный сепсис диагностирован на основании наличия инфекционного воспаления в желчных протоках, более двух признаков синдрома системной воспалительной реакции (*SIRS*) и органной дисфункции, оцененной по шкале *SOFA*.

Согласно вышеуказанным критериям все больные были разделены на две группы. В первую группу входили пациенты, лечение которых осуществляли с применением малоинвазивных технологий, – 45 больных. Вторая группа включала 26 пациентов, оперированных традиционными открытыми способами.

Анализ больных выполняли как ретроспективно на основании медицинской документации, так и проспективно, оценивали клинические данные, характер течения заболевания и результаты применяемых хирургических методик для лечения пациентов с тяжелым билиарным сепсисом, госпитализированных в клинику в период проведения данного исследования.

Результаты исследования.

1. Обе группы были однородны по возрастным и половым признакам. Средний возраст пациентов первой группы составил 71 год, второй – 69 лет. В первой и во второй группах преобладали больные женского пола – 3:1. Эмпирическая антибактериальная терапия пациентов в обеих группах не носила принципиальных различий. По тяжести состояния обе группы имели сопоставимые показатели. Среднее значение органной дисфункции, оцененной по шкале *SOFA*, в первой и во второй группах составило по 6 баллов.

2. Уровень летальности больных, в алгоритм лечения которых применяли малоинвазивные методики, составил 35,3% (16 пациентов). Летальность больных с тяжелым билиарным сепсисом оперированных, традиционными методами, была равна 58,8% (15 пациентов). Достоверность различий – $P < 0,001$.

3. Продолжительность госпитализации больных первой группы составила 21 койко-день, из которых в отделении реанимации – 8. В свою очередь продолжительность нахождения в стационаре пациентов второй группы была равна 29 койко-дням, из них в отделении реанимации – 10.

Выводы:

1. Обе обследуемые группы однородны по возрасту, половому составу и степени тяжести. В обеих группах использованы одинаковые схемы эмпирической антибактериальной терапии. Таким образом, обе группы принадлежат к одной генеральной совокупности и единственным критерием их деления являются применяемые методы хирургического лечения.

2. Летальность в первой обследуемой группе на 23,5% ниже, чем во второй.

3. Частота осложнений в первой группе составила 4,9% (2 пациента) и во второй – 9,7% (3 больных).

4. Выбор применяемой хирургической тактики у пациентов данной категории является предопределяющим с точки зрения частоты развития осложнений и уровня летальности. Предпочтение следует отдавать малоинвазивным методикам.

СНИЖЕНИЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ*М.Л. Скобло, М.С. Митюрин, А.А. Погосян, И.В. Ефросинина*

Ростовский государственный медицинский университет,

Городская больница № 6

Ростов на Дону, РФ

Цель работы: улучшить результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с острой кишечной непроходимостью (ОКН).

Материал и методы. Нами был проведен анализ историй болезни 370 пациентов, прооперированных по поводу ОКН в Городской больнице № 6, с 2009 по 2012 г. Все больные были госпитализированы бригадами скорой помощи и подвергнуты оперативному лечению в экстренном порядке. Умер 41 пациент. Летальность составила 11,1%. В срок до 2 ч от начала заболевания госпитализированы 15 больных (4,1%), от 2 до 24 ч – 167 (45,1%), свыше 24 ч от начала заболевания – 188 (50,8%).

Результаты исследования. Обращает на себя внимание поздняя обращаемость пациентов в стационар, вследствие чего они поступают в приемное отделение с грубыми водно-электролитными нарушениями, нарушениями кислотно-основного состояния, эндотоксикозом, что требует консультации реаниматолога с момента поступления больного в стационар. Пациенты нуждаются в предоперационной инфузионной подготовке в условиях анестезиолого-реанимационного отделения.

Выводы. Резервом для снижения летальности больных с ОКН является установление более близких и четких контактов между хирургической и анестезиолого-реанимационной службами для проведения адекватной предоперационной подготовки. Активность при этом может и должна исходить как от врачей анестезиологов-реаниматологов (увеличение степени участия в предоперационной подготовке, более широкое использование современных средств и методов дезинтоксикации), так и от хирургов в плане расширения объема мероприятий, касающихся интенсивной терапии в палатах хирургического стационара. Представляется актуальной разработка совместных алгоритмов деятельности представителей как хирургического, так и анестезиолого-реанимационного профиля на различных этапах оказания медицинской помощи рассматриваемому контингенту больных.

**ВЫСТАВКА «НАПЕРЕГОНКИ СО СМЕРТЬЮ»
В МУЗЕЕ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ им. ПАУЛА СТРАДЫНЯ***С. Скуйина, М. Весперис*

Латвийская служба неотложной медицинской помощи,

Музей истории медицины им. Паула Страдыня

Рига, Латвия

Выставка «Наперегонки со смертью» в Музее истории медицины им. Паула Страдыня создана в сотрудничестве со службой неотложной медицинской помощи. Ее экспозиция отражает историю развития догоспитальной медицинской помощи в Латвии с конца XVIII в. до наших дней.

Важнейшие факты, события и экспонаты выставки сгруппированы в соответствии с историческими этапами:

1. Период Российской империи (1710–1917). Предвестником в организации неотложной медицинской помощи можно считать создание в Риге в 1791 г. станции спасения утопающих. В 1904 г. была организована Рижская станция скорой врачебной помощи. Транспортировку больных осуществляли каретой или санями, запряженными парой лошадей. В годы Первой мировой войны была усовершенствована система этапов для доставки раненых солдат с поля боя в госпиталь. Одновременно с гужевым транспортом начали использовать моторизованный санитарный транспорт, а к местам сражений посылали специально обученных санитаров.

2. Период независимости Латвийской Республики (1918–1940). В период между мировыми войнами неотложная медицинская помощь была децентрализованной. В Риге ее обеспечивали больницы Красного Креста и 1-я городская. В провинции ее оказывали региональные больницы, а также больницы Красного Креста.

3. Период Латвийской Советской Социалистической Республики (1940–1990). С 1940 г. начала формироваться централизованная система догоспитальной медицинской помощи советского образца. В 1947 г. был введен единый номер вызова скорой помощи – «03». На территории всей страны формируется сеть станций скорой помощи, а также станций, подчиненных другим ведомствам. В 60-е гг. XX в. служба неотложной медицинской помощи претерпела существенную модернизацию: увеличился автопарк, организована радиодиффакция, изменилось оборудование помещений. В этот период появились первые специализированные бригады скорой помощи.

4. Период восстановленной независимости Латвийской Республики (1990–2013). После восстановления независимости Латвийской Республики символ службы скорой помощи «красный крест» был заменен на новый – «звезда жизни». В 2009–2010 гг. завершено формирование единой системы неотложной медицинской помощи и осуществлен переход на трехзначный номер ее вызова – «113».

Экспозиция предлагает сравнить, как менялось используемое службой оборудование – носилки, электрокардиографы, дефибрилляторы, сумки, кислородные подушки и др. На выставке демонстрируются кадры кинохроник «Советская Латвия» и документальные фильмы о работе службы во второй половине XX в. С помощью сенсорного экрана посетители могут познакомиться с организацией современной службы неотложной медицинской помощи, а также получить знания о поведении в опасных для жизни ситуациях. На территории музея выставлены две машины скорой помощи – РАФ «Латвия» и УАЗ-39629.

14 июня 2013 г. в открытии выставки приняли участие министр здравоохранения Латвийской Республики Ингрида Цирцене, директор службы неотложной медицинской помощи Арманс Плориньш и другие представители общественности.

Выставка предназначена для широкого круга посетителей. Она доступна и интересна школьникам, иностранным туристам, специалистам служб неотложной медицинской помощи и всем интересующимся. Всего на выставке представлены 298 экспонатов, дающих возможность подробно познакомиться с историей догоспитальной неотложной медицинской помощи в Латвии.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
У ПАЦИЕНТОВ С ОИМnST С ПОРАЖЕНИЕМ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА***Д.В. Скрипник*

Московский государственный медико-стоматологический университет

Москва, РФ

Анализ рандомизированных исследований и регистров убедительно показывает, что проведение чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) в ранние сроки улучшает прогноз пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМnST), однако эти данные относятся к больным ИМ левого желудочка. Данных об эффективности ЧКВ при поражении правого желудочка крайне мало.

Мы проанализировали эффективность ЧКВ у 535 больных ОИМnST, из которых у 179 был диагностирован инфаркт правого желудочка.

Нами показано, что поражение правого желудочка при ОИМ с подъемом сегмента ST приводит к увеличению смертности, нарастанию частоты возникновения гипотонии и шока, атриовентрикулярных блокад 2–3-й степени, клинических проявлений недостаточности кровообращения, тяжелой митральной регургитации.

ЧКВ позволяет достоверно снизить госпитальную летальность больных ОИМ с вовлечением правого желудочка. Госпитальная летальность пациентов с ИМ с вовлечением правого желудочка в случае проведения ЧКВ становится сопоставимой с таковой у больных ИМ без вовлечения правого желудочка.

**СОЗДАНИЕ ЕДИНОЙ СЛУЖБЫ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В
ЛАТВИИ. ОТ ИДЕИ ДО РЕАЛИЗАЦИИ***С. Скуйина, А. Плориньш*

Латвийская служба неотложной медицинской помощи

Рига, Латвия

В Латвии была создана уникальная для Европы модель организации медицинской помощи, в которой на догоспитальном этапе экстренную медицинскую помощь по всей стране обеспечивает единое учреждение – служба неотложной медицинской помощи (СНМП). Международные эксперты признали эту модель как одну из самых успешных среди моделей структурных реформ СНМП в Европе и отметили относительно короткий период времени, в который реформа была реализована: с 29 января 2009 г. по 1 июля 2010 г.

До 2009 г. на догоспитальном этапе неотложную медицинскую помощь оказывали в 39 децентрализованных учреждениях самоуправления, в том числе из структур СНМП, больниц и других медицинских учреждений. Качество помощи в разных регионах различалось. Административное деление районов предписывало, чтобы на вызов выезжала не ближайшая, а принадлежащая определенному региону медицинская бригада.

Централизация процесса было начата на основании постановления Кабинета министров Латвии о создании единой национальной СНМП. Первой в общую систему была внедрена Рижская СНМП. Передача обслуживания СНМП в регионах была проведена в каждом муниципалитете отдельно. Основные аргументы для учреждения единой СНМП были: устранение разницы в качестве обслуживания в регионах, преодоление административных барьеров, единая система приема звонков вызова, ускорение сроков оказания неотложной медицинской помощи, создание региональных медицинских бригад, единые правила госпитализации пациентов и обучения персонала. Во время переговоров с муниципалитетами, важной задачей было также ознакомить с реформой медицинский персонал и общественность.

Процесс централизации, который предусматривал включение всех предыдущих децентрализованных структур в единую СНМП, завершился 1 июля 2010 г. Для приема звонков вызова от пациентов СНМП был присвоен единый трехзначный телефонный номер «113». Для осуществления приема звонков и координации бригад был образован оперативный центр управления.

СНМП является учреждением прямого подчинения министру здравоохранения Латвии, задача которого заключается в осуществлении единой политики в оказании неотложной медицинской помощи и координации медицинских аспектов катастроф. Основную структуру СНМП образуют центр управления и пять региональных центров (Рига, Валмиера, Кулдига, Елгава, Даугавпилс), каждому из которых делегированы определенные функции и обязанности.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕНОПОЛИУРЕТАНОВЫМ МЕДИЦИНСКИМ ПОКРЫТИЕМ «ЛОКУС» РАН РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

С.В. Смирнов, М.В. Шахламов, М.А. Литинский, Н.Е. Пидченко
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в течение 2011–2013 гг. пенополиуретановое медицинское покрытие (ПМП) «Локус» использовали в местном лечении ожогов, пролежней, трофических язв и длительно незаживающих ран различной этиологии. Всего пролечено 87 больных: 18 пациентов с поверхностными ожогами II степени; 39 – с пролежнями; 21 пациент с длительно незаживающими ранами; 9 пациентов с трофическими язвами на фоне лимфovenозной недостаточности.

В некротической фазе раневого процесса ПМП «Локус» применяли в комплексе с некролитиками и антисептиками. В комплексе с подложками из «Jelonef», «Парапран» вместе с антисептиками и некролитическими ферментами ПМП «Локус» применяли в ранах в дегенеративно-некротической фазе. В дегенеративно-воспалительной фазе первым слоем использовали ферментные препараты и коллаген. ПМП «Локус» формировал комфортную для заживления ран среду, выполнял дренажную функцию и защищал от инфицирования и вторичной травматизации, поэтому его отдельно применяли на ранах с признаками эпителизации в репаративной фазе.

Все пациенты отмечали уменьшение болевого синдрома и удобство покрытия. Средние сроки начала эпителизации ожогов составили 6 суток (при стандартном лечении – 8 суток), средние сроки полной эпителизации – 10 суток (при стандартном лечении – 14 суток).

Лечение пролежней в комплексе с ПМП «Локус» позволяло быстрее перевести некротическую фазу в репаративную, что выражалось в появлении полноценной грануляционной ткани, активизации краевой эпителизации в течение 1,5–2,0 недель. Затем проводилась аутодермопластика или закрытие раневого дефекта местными тканями.

Лечение трофических язв при венозной недостаточности по аналогичной схеме приводило к их очищению и активизации краевой и островковой эпителизации в срок от 3 до 5 недель, после чего пациентов направляли на оперативное лечение либо выписывали на амбулаторное долечивание.

Применение ПМП «Локус» у пациентов с длительно незаживающими ранами уже после 2–3-кратной смены покрытия приводило к очищению от нежизнеспособных тканей и активизации репаративных процессов. Значительное сокращение размеров кожного дефекта наблюдалось к 20-м суткам с момента начала лечения.

Таким образом, благодаря удачному сочетанию полезных свойств – бактерицидности в жидкой фазе; выраженной адгезии к здоровой коже, не требующей дополнительной фиксации; губчато-пористому строению, обеспечивающему 100% абсорбцию от объема покрытия и полную воздухопроницаемость; конгруэнтности рельефу раневой поверхности и атравматичности удаления покрытия, ПМП «Локус» сокращает сроки заживления, что связано с усилением регенераторных функций тканей, исключению травмирующих факторов и очагов возникновения инфекции.

Создание наиболее благоприятных условий заживления ран различной этиологии возможно сочетанием ПМП «Локус» с соответствующими фазе раневого процесса лекарственными препаратами (мазевыми и жидкими антисептиками, ферментами, гидрогелями и т.д.).

ПОЛНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ АОРТЫ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ РАССЛОЕНИИ ТИПОВ А И В
В.В. Соколов, А.В. Редкобородый, Л.С. Кокос, М.В. Пархоменко, Н.Р. Черная, Н.В. Рубцов, Ф.А. Шарифуллин, Р.Ш. Муслимов
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Тактика при остром расслоении аорты типа А по Стэнфордской классификации четко определена и заключается в проведении экстренной операции, направленной на закрытие проксимальной фенестрации и предотвращения разрыва аорты. Такой же подход оптимален и в случае осложненного течения острого расслоения грудной аорты типа В. В отдаленные сроки после операции кровоток, сохраняющийся через дистальные фенестрации в ложном просвете, препятствует тромбированию последнего и способствует ремоделированию аортальной стенки с последующей ее аневризматической трансформацией. При прогрессирующем расширении нисходящей грудной аорты требуется выполнение повторных расширенных вмешательств в этом отделе аорты, нередко ассоциированных с повышенным уровнем периоперационных осложнений и летальных исходов. Альтернативные методы эндоваскулярного протезирования грудной аорты стентграфтами часто ограничены уровнем отходящих магистральных ветвей, а операции переклещивания сопряжены с высокой послеоперационной летальностью.

Цель: представить первые результаты лечения пациентов с расслоением аорты, направленного на полное восстановление аортальной стенки, с применением различных методических схем в зависимости от исходного типа расслоения аорты.
Материал и методы. Гибридные и этапные методы хирургического лечения пациентов с расслоением аорты внедрены в клинику неотложной кардиохирургии НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского в 2012 г.

У 6 больных с острым расслоением аорты типа А по экстренным показаниям выполнено протезирование восходящего отдела аорты (супракоронарное протезирование – у 2 больных, имплантация клапаносодержащего кондуита – у 4). В связи с функционированием ложного просвета и признаками ремоделирования аорты (МСКТ-контроль) у 4 пациентов в различные сроки после операции выполнено этапное восстановление расслоенного отдела аорты: протезирование дуги аорты, протезирование нисходящей грудной аорты и имплантация големеталлических стентов *Djumbodis* в нижегрудной и брюшной отделах аорты.

Четырем пациентам с расслоением аорты типа В выполнено протезирование нисходящего отдела грудной аорты с имплантацией стентов *Djumbodis* на уровне нижегрудного и брюшного отделов аорты и 3 пациентам выполнено протезирование инфраренального отдела аорты с имплантацией стентов *Djumbodis* в проксимальном отделе нисходящей аорты.

Еще у 5 пациентов (2 с расслоением типа А и 3 – с расслоением типа В) удалось добиться восстановления всей нисходящей аорты посредством имплантации стент-графта в грудной отдел нисходящей аорты и двух стентов *Djumbodis* в более дистальные отделе.

Два пациента с острым расслоением типа В умерли в связи с прогрессирующими проявлениями исходного синдрома мальперфузии.

Заключение. Высокий риск развития аневризматической трансформации расслоенного отдела аорты с высоким риском развития фатальных осложнений диктует необходимость разработки обновленных методических схем полного восстановления расслоенной аорты. Применение гибридных и этапных методов позволяет достигнуть этой цели с приемлемо низким уровнем осложнений и госпитальной летальности.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ КЛАПАННОЙ И КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В.В. Соколов, М.В. Пархоменко, Л.С. Кокос, А.В. Гуреев, А.В. Редкобородый, Е.В. Ковалева, Н.Ю. Зверева, И.В. Поплавский, Д.С. Милко
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Общепризнанным методом хирургического лечения пациентов с сочетанной патологией клапанного аппарата и коронарных артерий является «открытая» операция с одномоментной коррекцией порока сердца и прямой реваскуляризацией миокарда. При неосложненном течении заболевания госпитальная летальность в среднем составляет 7–10%. В группе больных высокого риска, в которую могут быть включены пациенты старшего возраста (более 70 лет), пациенты со сниженной насосной функцией миокарда и пациенты с тяжелой сопутствующей патологией, результаты одномоментного вмешательства существенно хуже. С целью улучшения последних предложено сочетать рентгенэндоваскулярную коррекцию патологии коронарного русла с «открытой» коррекцией порока сердца. При этом возможны различные временные промежутки между двумя процедурами: 7 дней и более (этапный метод) и в течение одних суток (гибридная технология «one-stop»).

Цель: представить результаты хирургического лечения пациентов с сочетанной патологией в зависимости от используемых методических схем.

Материал и методы. С сентября 2007 г. по июль 2013 г. хирургическая коррекция сочетанной патологии выполнена 260 пациентам, которые были разделены на три группы: **группа I** (138 больных) – одномоментная операция; **группа II** (44 пациента) – «этапный» подход с интервалом между этапами более 7 дней; **группа III** (78 больных) – методика «one-stop». Средний возраст пациентов составил: 63,0, 63,2, 67,8 года соответственно. Распределение по функциональному классу (NYHA): 3,1, 2,9, 3,1 соответственно. Острый инфаркт миокарда в анамнезе имел место у 19,5, 31,8 и 11,5% пациентов соответственно.

Пациентам выполнены следующие виды операций: **группа I** – одноклапанное протезирование (97), коррекция многоклапанного порока (38) или вмешательства на аорте (3) сочетали с АКШ 1–4-й артерий (в среднем 1,5±0,7). Внутренняя грудная артерия использована в 62,3% наблюдений; **группа II** – в сроки более недели после стентирования выполнено одно- или многоклапанное протезирование (29 и 14, соответственно) или протезирование восходящего отдела аорты (1). В среднем имплантировано 1,9±0,6 стента на пациента; **группа III** – в течение одних суток после стентирования выполнены одно- или многоклапанное протезирование (59 и 14), протезирование восходящего отдела аорты и дуги (3), удаление миксомы левого предсердия (2). В среднем имплантировано 1,4±0,7 стента.

Результаты. Госпитальная летальность по группам составила 7,9, 6,8 и 6,4% соответственно. Основной причиной смерти был синдром полиорганной недостаточности. Периоперационных инфарктов миокарда не было. Один пациент в **группе II** умер от инфекционных осложнений. У одного пациента в **группе III** на аутопсии был обнаружен тромбоз стента. В этом случае имелись трудности с верификацией периоперационного инфаркта миокарда из-за отсутствия собственного ритма и проведения желудочковой кардиостимуляции.

Заключение. Дифференцированный подход к выбору метода коррекции сочетанной патологии позволил добиться сравнимых благоприятных результатов независимо от тяжести исходного состояния пациентов.

ВЛИЯНИЕ АТАРАЛГЕЗИИ НА СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ Т-ЛИМФОЦИТОВ, АКГТ И КОРТИЗОЛА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

И.А. Сокорнов, В.Н. Лапшин, И.В. Страхов, В.М. Теплов, О.Б. Арискина, И.В. Осипова

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, Россия

Актуальность исследования. Одна из основных задач анестезии – защита от операционного стресса, возникающего в ответ на хирургическое воздействие. Основными маркерами стресса являются гормоны (адренкортикотропный гормон, тиреотропный гормон, тироксин, кортизол), уровень которых закономерно возрастает в ответ на хирургическую травму, а также уменьшение количества Т-лимфоцитов. Для предотвращения операционного стресса при хирургическом вмешательстве используют обезболевание и медикаментозное угнетение сознания.

Целью исследования является 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 класса по Классификации Американской Ассоциации Анестезиологов (ASA), у которых выполняли операции на органах брюшной полости 3-го и 4-го 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). Оценку глубины и адекватности анестезии у пациентов определяли клинически, мониторировали уровень АД, сатурацию, содержание углекислого газа в конечной порции выдыхаемого воздуха, газовый состав и кислотно-основное состояние артериальной крови, а также уровень сахара крови. Одновременно определяли содержание в крови гормонов стресса (адренкортикотропного гормона – АКГТ, тиреотропного гормона – 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 ч после операции и через 3 сут. Все пациенты перенесли хирургические вмешательства без особенностей, ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Для статистической обработки полученных данных использовали метод парных сравнений и корреляционный анализ.

Результаты. У всех пациентов наблюдали достоверное снижение уровня CD3+ и CD4+ лимфоцитов через сутки после операции по для CD3+, p<0,05 и с 0,73±0,07·10⁹/л до 0,44±0,02·10⁹/л для CD4+ Т-лимфоцитов, p<0,05). На 3-и сут после оперативного вмешательства количество лимфоцитов восстанавливалось до нормальных значений: CD3+ – 0,98±0,31·10⁹/л; CD4+ – 0,79±0,2·10⁹/л. 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 отмечена положительная корреляция между содержанием в крови АКГТ и кортизола (r=0,76; p<0,05). На 3-и сут после операции наблюдали формирование адаптивной реакции на стресс и нормализацию содержания в крови АКГТ (22,4±5,9 пг/мл), кортизола (67,2±236 нмоль/л) и Т-лимфоцитов. Значимых изменений значений ТТГ и Т4 до и после оперативного вмешательства не отмечено.

Заключение: атаралгезия обеспечивает адекватную анестезию, сопровождается развитием адаптивной транзиторной стрессовой реакции с нормализацией показателей эндокринной и иммунной систем к 3-м сут после операции.

ДИНАМИКА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В КОНЦЕ ВЫДОХА У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

А.А. Солодов, С.С. Петриков

**НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Применение положительного давления в конце выдоха (ПДКВ) при проведении респираторной поддержки позволяет поддерживать альвеолы в открытом состоянии и предотвращать ателектазмы. Однако существует мнение о негативном влиянии ПДКВ на внутричерепное давление (ВЧД) и показатели гемодинамики у пациентов с внутричерепными кровоизлияниями (ВЧК), находящихся в критическом состоянии.

Цель исследования. Оценить влияние ПДКВ на ВЧД и показатели системной гемодинамики у больных с ВЧК, находящихся в критическом состоянии.

Материал и методы. Обследованы 9 больных с ВЧК с угнетением уровня бодрствования до 8 и менее баллов по ШКГ с развивающимся острым повреждением легких. Средний возраст пациентов составил 50,7±11,3 года, отношение мужчины/женщины – 6/3. Всем пациентам измеряли ВЧД, среднее артериальное давление (АДср), церебральное перфузионное давление (ЦПД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), центральное венозное давление (ЦВД), отношение напряжения кислорода в артериальной крови к фракции кислорода в дыхательной смеси (PaO₂/FiO₂), показатели системной гемодинамики методом транспульмональной термодилуции: сердечный индекс (СИ), индекс глобального конечно-диастолического объема (ИГКДО), индекс общего периферического сосудистого сопротивления (ИОПСС), вариабельность ударного объема (ВУО), индекс венозодистой воды в легких (ИВСВЛ). Провели анализ динамики исследуемых показателей при увеличении ПДКВ с 5 до 10 и до 15 см вод.ст. (n = 20).

Результаты. Повышение ПДКВ до 10 см вод.ст. не сопровождалось изменениями ВЧД, однако при подъеме ПДКВ до 15 см вод.ст. отметили увеличение ВЧД на 0,9±3,3 мм рт.ст. (ПДКВ 5 см вод.ст. – 13,6±3,8 мм рт.ст.; ПДКВ 10 см вод.ст. – 14,2±3,4 мм рт.ст.; ПДКВ 15 см вод.ст. – 15,1±3,3 мм рт.ст. (p<0,05 по сравнению с ПДКВ 5 см вод.ст.)). PaO₂/FiO₂, ЦПД, АДср, ЧСС, ИВСВЛ не изменились (ПДКВ 5 см вод.ст.: PaO₂/FiO₂ – 327±86, ЦПД – 96±15 мм рт.ст., АДср – 109,2±16,8 мм рт.ст., ЧСС – 88±12 в мин, ИВСВЛ – 7,1±2,4 мл/кг; ПДКВ 10 см вод.ст.: PaO₂/FiO₂ – 324±113, ЦПД – 94±14 мм рт.ст., АДср – 108,1±15,9 мм рт.ст., ЧСС – 89±13 в мин, ИВСВЛ – 7,3±2,4 мл/кг; ПДКВ 15 см вод.ст.: PaO₂/FiO₂ – 336±123, ЦПД – 91±12 мм рт.ст., АДср – 106,4±14 мм рт.ст., ЧСС – 92±15 в мин, ИВСВЛ – 7,2±2,4 мл/кг). Повышение ПДКВ до 10 см вод.ст. привело к снижению ИГКДО, увеличению ИОПСС и ВУО. Дальнейшее повышение ПДКВ до 15 см вод.ст. сопровождалось еще большим уменьшением ИГКДО и СИ, ростом ИОПСС, ВУО, ЦВД по сравнению с исходными значениями (ПДКВ 5 см вод.ст.: СИ – 3,8±0,8 л/мин/м²; ИГКДО – 758±153 мл/м²; ИОПСС – 2195±626 дин·сек·см⁻⁵·м²; ВУО – 11,1±8,1%; ЦВД – 5,2±3,4; ПДКВ 10 см вод.ст.: СИ – 3,6±0,8 л/мин/м²; ИГКДО – 720±185 мл/м²; ИОПСС – 2338±612 дин·сек·см⁻⁵·м²; ВУО – 13,6±8,9%; ЦВД – 6,4±4,1; ПДКВ 15 см вод.ст.: СИ – 3,4±0,9 л/мин/м²; ИГКДО – 715±185 мл/м²; ИОПСС – 2504±863 дин·сек·см⁻⁵·м²; ВУО – 17,5±8,7%; ЦВД – 7,7±4,2).

Выводы. Увеличение ПДКВ до 10 см вод.ст. у больных с ВЧК, находящихся в критическом состоянии, не оказывает влияния на ВЧД. Повышение ПДКВ до 15 см вод.ст. сопровождается незначительным в абсолютных значениях (0,9±3,3 мм рт.ст.) увеличением ВЧД. Применение ПДКВ 10 и 15 см вод.ст. сопровождается снижением СИ и ИГКДО, однако не приводит к изменению АДср за счет компенсаторного увеличения ИОПСС.

ГИПОКАПНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ

А.А. Солодов, С.С. Петриков, С.В. Ефременко, Е.А. Карапетян, В.А. Дидусева, Ю.Г. Швидкой

**НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Снижение напряжения двуокиси углерода в артериальной крови (PaCO₂) до 30 мм рт.ст. и менее может приводить к спазму сосудов головного мозга и уменьшению мозгового кровотока. В результате нарушения церебрального кровообращения возникает вторичное ишемическое повреждение головного мозга, которое может значительно ухудшить исходы заболевания пациентов с нетравматическими субарахноидальными кровоизлияниями (САК). В связи с этим выявление и предупреждение эпизодов гипокапнии оказывается важной задачей интенсивной терапии больных с внутричерепными кровоизлияниями.

Цель исследования: оценить частоту развития гипокапнии у пациентов в остром периоде САК вследствие разрыва аневризм сосудов головного мозга.

Материал и методы. Обследованы 154 больных с САК вследствие разрыва аневризм сосудов головного мозга, находившихся на лечении в отделении нейрореанимации. Средний возраст пациентов составил 48,9±11,3 года; отношение мужчины/женщины – 73/81. Тяжесть состояния по шкале *W. Hunt-R. Hess* при поступлении в стационар у 46 больных (29,9%) соответствовала II степени, у 83 (53,9%) – III степени, у 21 (13,6%) – IV степени, а у 4 (2,6%) – V степени. Анатомическая форма САК по шкале *S. Fisher* у 36 пациентов (23,4%) соответствовала III степени, у 118 (76,6%) – IV степени. В зависимости от исхода заболевания всех больных разделили на три группы: 1-я группа – с благоприятным исходом заболевания (4–5 по шкале исходов Глазго – ШИГ; n=105), 2-я группа – выздоровевшие с грубой инвалидизацией (3 по ШИГ; n=10), 3-я группа – с неблагоприятным исходом заболевания (1–2 по ШИГ; n=39). Провели анализ частоты развития эпизодов выраженной гипокапнии (PaCO₂ <30 мм рт.ст. и менее) в 1-е сутки после поступления больных в отделение нейрореанимации.

Результаты. Средний уровень PaCO₂ у обследованных пациентов составил 32,7±4,9 мм рт.ст. (количество наблюдений – 223) и не различался между группами (в 1-й группе – 32,8±4,6 мм рт.ст., во 2-й группе – 32,4±4,4 мм рт.ст., в 3-й группе – 32,6±5,9 мм рт.ст.). У 56 больных (36,4%) были отмечены эпизоды выраженной гипокапнии. В 1-й группе частота выраженной гипокапнии составила 29,5%, во 2-й – 30%, в 3-й – 56,4% (p<0,05 по сравнению с 1-й группой). В 1-е сут нахождения больных в отделении нейрореанимации продленную респираторную поддержку (в течение 6 ч и более) в связи с их тяжелым состоянием и неадекватным самостоятельным дыханием осуществляли у 55,2% обследованных: в 1-й группе – 40,9% (43 пациента); во 2-й группе – 70% (7); в 3-й группе – 89,7% (35) (p<0,05 по сравнению с 1-й группой). Среди больных, которым потребовалась продленная респираторная поддержка, выраженная гипокапния была выявлена у 18 пациентов (41,8%) 1-й группы, у 3 (42,9%) 2-й группы и у 21 (60%) 3-й группы (p<0,05 по сравнению с 1-й группой).

Выводы. Частота развития выраженной гипокапнии у больных с высоким риском развития церебрального вазоспазма вследствие нетравматического САК в 1-е сут после поступления в отделение нейрореанимации составляет 36,4%. Необходимость проведения длительной респираторной поддержки и появления эпизодов выраженной гипокапнии являются факторами риска развития неблагоприятного исхода заболевания.

СРАВНЕНИЕ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ МИОКАРДА И ФРАКЦИОННОГО РЕЗЕРВА КРОВОТОКА В ОЦЕНКЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ПОГРАНИЧНЫХ СТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

В.В. Соломяный, И.В. Сергиенко, А.Н. Самко

**Российский кардиологический научно-практический комплекс
им. А.Л. Мясникова
Москва, РФ**

Фракционный резерв кровотока (ФРК) является инвазивным методом и «золотым» стандартом, используемым для оценки гемодинамической значимости пограничных стенозов коронарных артерий. Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОЭКТ) представляет собой альтернативный неинвазивный метод.

Нашей целью было изучить возможность использования метода ОЭКТ миокарда для оценки гемодинамической значимости пограничных стенозов коронарных артерий.

Материал и методы. В исследовании участвовали 60 пациентов (средний возраст – 56±9,1 года) с ишемической болезнью сердца, у которых, по данным коронароангиографии (КАГ), были выявлены стенозы коронарных артерий от 50 до 70%. ОЭКТ перфузии миокарда проводили с использованием гамма-камеры *SkyLight (Philips)*. Антиангинальная терапия была прервана за 48 ч до исследования, пациенты воздерживались от употребления кофеина в течение 24 ч до исследования. Применяли двухдневный протокол покой/нагрузки (ВЗМ), общая активность введенного радиофармпрепарата составляла 370–900 МБк^{99m}Tc-МИБИ в зависимости массы тела. Количественный анализ проводили с использованием *PACS Philips JetStream AutoSPECT, QPS/QGS AutoQUANT (Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, USA)* и дальнейшей оценкой интегральных показателей *Summed rest score (SRS)* в покое, *Summed stress score (SSS)* после нагрузки и *Summed difference score (SDS – разница между SSS и SRS)*, которые были рассчитаны по стандартной 20-сегментной схеме.

Результаты. В течение 4 сут была выполнена КАГ, по данным которой стенозы оценивали по QCA. При коронарных стенозах 50–70% проводили оценку ФРК (*RAD/ Medical Systems*). При ФРК ≥ 0,8 стеноз рассценивали как гемодинамически незначимый. Средний ФРК всех пациентов составил 0,76±0,15. SSS ≥ 3 и SDS ≥ 2 указывали на значимое поражение коронарных артерий, которое соответствовало ФРК <0,8 и рассценивалось как показатель гемодинамической значимости пограничных стенозов коронарных артерий. Визуальные и количественные результаты были сопоставлены с ФРК с использованием χ^2 . ФРК был нормальным у 45 пациентов и аномальным у 15. Учитывая результаты ФРК («золотого» стандарта для оценки гемодинамической значимости пограничных стенозов), чувствительность и специфичность ОЭКТ при анализе количественных показателей составили 85% и 90% соответственно.

Вывод: количественный анализ перфузии миокарда с помощью ОЭКТ увеличивает специфичность в оценке функциональной значимости пограничных стенозов коронарных артерий.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПЦР В ДИАГНОСТИКЕ НВВ-ИНФЕКЦИИ У ДОНОРОВ ПЕЧЕНИ

С.А. Солонин¹, В.А. Гуляев¹, О.В. Исаева², А.А. Салиенко¹, А.И. Баженов¹, М.С. Новрузбеков¹, К.К. Кюрезян², М.А. Годков¹, М.И. Михайлов²

**¹НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского,
²Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов
им. М.П. Чумакова РАМН
Москва, РФ**

За последние 5 лет российская клиническая трансплантология добилась существенных успехов в работе. В то же время объем трансплантологической помощи, оказываемый нашим гражданам, по-прежнему недостаточен. Ежегодно в РФ в Лист ожидания вносят 1500–2000 пациентов, нуждающихся в трансплантации в связи с тяжелыми необратимыми заболеваниями печени. При решении вопроса о возможности выполнения трансплантации необходимо исключить вероятность инфицирования реципиента при трансплантации органа, в частности гепатитом В. В нашей стране обследование потенциальных доноров органов на наличие лабораторных маркеров гемоконтактных вирусных инфекций осуществляется в соответствии с Инструкцией по медицинскому освидетельствованию доноров крови, плазмы, клеток и ограничивается определением только поверхностного антигена вируса гепатита В (*HBsAg*). Известно, что инфекционный процесс гепатита В имеет различные клинические проявления: от ярко выраженных (желтушных) до бессимптомных (*HBsAg*-негативных) форм. Алгоритмом лабораторной диагностики «скрытого гепатита В» служит обнаружение ДНК *HBV* и (или) антитела к капсидному антигену (анти-*HBc*) при отсутствии *HBsAg*. Причинами такой «скрытой» инфекции могут быть: наличие мутантного варианта *HBV*, *HBsAg* которого не выявляется современными коммерческими тест-системами; проведение исследования в период «серологического окна» и др. В то же время известно, что отсутствие детектируемого уровня ДНК *HBV* в сыворотке крови не является фактом, исключающим наличие скрытой *HBV*-инфекции. Информация по определению ДНК *HBV* в биоптатах печени при скрининге доноров печени ограничена.

Цель исследования: определить диагностическую значимость использования ПЦР-диагностики для диагностики *HBV*-инфекции у доноров печени.

Материал и методы. В отделе лабораторной диагностики НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за период с 1 мая 2012 г. по 31 мая 2013 г. протестированы 26 образцов сывороток от доноров печени на серологические маркеры *HBV*-инфекции: *HBsAg* (чувствительность – 0,05–0,1 нг/мл), *HBcIgG* и ДНК *HBV* методом ПЦР (чувствительность – 45 копий/мл). В случае обнаружения *HBc IgG* проводили дополнительное исследование биоптата печени донора на наличие ДНК *HBV*. Выделение и очистку нуклеиновых кислот выполняли в автоматическом варианте при помощи *MagNA Lyser, MagNA Pure (Roche, Швейцария)*.

Результаты. Из 26 исследованных образцов при негативной реакции на наличие ДНК *HBV* в сыворотке крови в 5 (19,2%) обнаружены анти-*HBc IgG*. При исследовании биоптата печени анти-*HBc*-«позитивных» доноров в 4 случаях зарегистрировано наличие ДНК *HBV*. Эти доноры печени были рассценены как лица, имеющие «скрытую» *HBV*-инфекцию. В дальнейшем использование донорского органа от этих лиц может послужить причиной развития гепатита *HBV*-инфекции у реципиента.

Заключение. Исследование биопсии печени с помощью ПЦР является высокоинформативным методом диагностики «скрытой» *HBV*-инфекции. Тестирование на наличие анти-*HBc* в сыворотке крови в сочетании с определением ДНК *HBV* в биоптате печени позволяет уменьшить остаточный риск инфицирования *HBV* от доноров с изолированными анти-*HBc*.

ЛЕЧЕБНО-ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВЫСОКУЮ АМПУТАЦИЮ

В.В. Сорока, С.П. Нохрин, А.Н. Рязанов, Е.Ю. Белоусов, С.В. Петриевский
 Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
 Санкт-Петербург, РФ

Цель: улучшение результатов лечения больных с критической ишемией нижних конечностей, перенесших высокую ампутацию.

Материал и методы. За период с 1999 по 2012 гг. в отделении сосудистой хирургии НИИ СП им. И.И. Джanelидзе было проведено обследование и лечение 885 пациентов с критической ишемией нижних конечностей, которым была выполнена высокая ампутация (уровень бедра, голени). Мужчин было 632 (71,4%), женщин – 253 (28,6%). Средний возраст пациентов составил 65,8±3,6 года (от 37 до 91 года). Причиной, приведшей к развитию терминальной стадии критической ишемии нижних конечностей (КИНК), в преобладающем большинстве случаев явился облитерирующий атеросклероз (n=695). Однако у ряда больных был выявлен облитерирующий эндартериит (n=63) и диабетическая ангиопатия (n=127). Первичная (первая высокая ампутация по поводу данного заболевания, без каких-либо реконструктивных операций) ампутация выполнена 196 больными (22,1%). Вторичная (после предварительной перенесенных операций: прямой или непрямой реваскуляризации и консервативной терапии) – 689 больным (77,9%). Большинство ампутаций выполнено на уровне средней трети бедра.

Результаты. Изучены и проанализированы признаки системной воспалительной реакции у больных, перенесших высокую ампутацию конечности. Путем дискриминантного анализа выявлены и получены балльную оценку признаки SIRS. На основании вышеперечисленных признаков была сформирована унифицированная прогностическая таблица. Основываясь на концепции развития системного воспалительного ответа, у больных с КИНК был разработан прогностический алгоритм. Используя прогностический алгоритм, с 70% вероятностью определяли клинические исходы у пациентов с КИНК, перенесших высокую ампутацию конечности.

Все пациенты, которым была произведена высокая ампутация по поводу КИНК, были разделены на 2 группы: контрольную и основную. В контрольной группе (n=354) выполняли высокую ампутацию нижней конечности без определения прогностического процесса SIRS. Пациентам основной группы (n=531) так же, как и контрольной проводили высокую ампутацию конечности, но с расчетом прогноза клинического исхода по унифицированной таблице диагностики SIRS. На основании прогностического алгоритма пациентам индивидуально подбирали рациональную терапию: индивидуальный лечебный алгоритм. Разработанные нами алгоритмы позволили снизить осложнения у пациентов, перенесших высокую ампутацию конечности, на 13,6%, летальность – на 8,4%.

Выводы. 1. На основании данной таблицы можно с 70% долей вероятности прогнозировать клинический исход в послеоперационном периоде при ампутации нижних конечностей у пациентов с КИНК.

2. По вероятностным результатам прогнозирования клинических исходов создавали индивидуальные (групповые) лечебные алгоритмы, позволяющие оптимизировать лечение данной категории больных.

3. Разработанные нами алгоритмы дали возможность снизить количество осложнений на 13,6% и летальность на 8,6%.

ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ МЕСТНОМ ПРИМЕНЕНИИ ПЕРФТОРАНА У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В.В. Сорока, С.П. Нохрин, А.Н. Рязанов, Е.Ю. Белоусов, С.В. Петриевский
 Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
 Санкт-Петербург, РФ

Актуальность. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, хронические облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей (ХОЗАНК) занимают второе место после ишемической болезни сердца. В 25–70% случаев течение ХОЗАНК осложняется декомпенсацией кровообращения с развитием критической ишемии нижних конечностей (КИНК). Возникающие при КИНК нарушения микроциркуляции приводят к возникновению язвенно-некротических дефектов конечностей у 35–60% пациентов. Формирующаяся тканевая гипоксия способствует прогрессированию раневого процесса с развитием гангрены конечности. Развитие необратимой ишемии у 20–40% пациентов приводит к ампутации голени или бедра.

Несмотря на прогресс в сердечно-сосудистой хирургии, проблема лечения пациентов с КИНК остается актуальной, что подтверждается стабильно высоким процентом ампутаций (40–50% от всех ампутированных), в том числе после выполненных реваскуляризирующих вмешательств. Применяемые методы консервативной терапии не всегда эффективны при лечении язвенно-некротических поражений. В этой связи представляет интерес местное применение препарата группы перфторуглеродов (ПЕРФТОРАН). Эмульсия перфторана значительно улучшает реологию крови, тканевый газообмен, обладает цитопротективным, сорбционным и противовоспалительным эффектом. Учитывая свойства препарата, его местное применение направлено на улучшение микроциркуляции, уменьшение тканевой гипоксии и явлений локальной воспалительной реакции.

Цель: изучить изменения микроциркуляторного русла при местном применении перфторана у пациентов с критической ишемией нижних конечностей.

Материал и методы. В основу исследования положены результаты обследования и лечения 49 больных в возрасте от 46 до 89 лет (средний возраст – 63,6±9,2 года), среди которых 37 мужчин (75,5%) и 12 женщин (24,5%). Критерием включения являлось наличие язвенно-некротических дефектов на фоне окклюзирующих поражений сосудистого русла. Сахарным диабетом страдали 18 пациентов (36,7%). Всем больным были выполнены реваскуляризирующие оперативные вмешательства. Согласно критериям включения, пациенты были разделены на две группы: основную (n=26) и контрольную (n=23).

Пациенты контрольной группы для лечения некротических дефектов получали стандартную консервативную терапию (водорастворимые мази, протеолитические ферменты и др.). У пациентов основной группы дополнительно применялось местное введение перфторана путем послойной окораневой инфильтрации тканей.

Состояние микроциркуляторного русла оценивали с помощью лазерной доплерографической флоуметрии на аппарате ЛААК-02 (НПП «ЛАЗМА»). Определяли функциональные возможности микроциркуляторного русла, проводили окклюзионную пробу с определением базального кровотока (Бк) и вычислением среднего индекса микроциркуляции (ИМ). Определение парциального напряжения кислорода в тканях проводили с помощью транскутанного монитора TCM-2 «RADIOMETER».

Результаты исследования. До начала лечения средний показатель базального кровотока в обеих группах составил 1,3±0,1 пф.ед., а индекс микроциркуляции – 4,7±0,4 пф.ед. Показатель транскутанного напряжения кислорода составил в среднем 15,3±4,2 мм рт.ст. После выполнения реконструктивной операции, проведения стандартной консервативной терапии, дополненной местным применением перфторана (пациенты основной группы), отмечено увеличение показателя базального кровотока до 2,1±0,2 пф.ед. с ростом значений среднего индекса микроциркуляции до 5,7±0,3 пф.ед. У пациентов контрольной группы показатель базального кровотока составил 1,9±0,2 пф.ед., а показатель среднего индекса микроциркуляции – 4,7±0,4 пф.ед. Уровень парциального напряжения кислорода в тканях (ТрО2) у пациентов основной группы увеличился до 42,4±8,3 мм рт.ст., в контрольной группе данный показатель составил 38,6±4,2 мм рт.ст.

Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии перфторана (при местной инфильтрации тканей) на микроциркуляторное русло. Возникающее при этом улучшение тканевой перфузии способствует уменьшению локальной гипоксии и проявлений местной воспалительной реакции.

Выводы. 1. Окораневая послойная инфильтрация тканей перфтораном приводит к улучшению реологии крови, восстановлению перфузии тканей на микроциркуляторном уровне.

2. Метод окораневой инфильтрации тканей перфтораном является важным дополнением к реваскуляризирующей операции и способен улучшить результаты лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей.

СПОСОБЫ НАДЛОБКОВОЙ ЦИСТОСТОМИИ ПРИ ВНУТРИБРОШИННЫХ ТРАВМАХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

И.В. Сорока, Г.Ш. Шанава, Л.А. Эспиналь
 Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
 Санкт-Петербург, РФ

Поиск малоинвазивных способов надлобкового дренирования мочевого пузыря при его внутрибрюшинных повреждениях до сих пор остается актуальным в ургентной урологии. На сегодняшний день применяют следующие методы дренирования мочевого пузыря: через мочеиспускательный канал и надлобковую цистостомию. Уретральное дренирование мочевого пузыря является физиологичным и наименее травматичным методом. Однако при лечении больных, страдающих заболеваниями предстательной железы и уретры, возникает необходимость выполнения надлобковой цистостомии.

Цель исследования: определить наименее инвазивный и технически удобный способ установки надлобковой цистостомии.

Материал и методы. За период с 2000 по 2013 гг. в НИИ СП им. И.И. Джanelидзе у 64 пострадавших с внутрибрюшинными повреждениями мочевого пузыря применяли три способа выполнения надлобковой цистостомии. Первый способ – традиционное высокое сечение мочевого пузыря, осуществляемое через дополнительный хирургический разрез в надлобковой области, – использовали у 22 пострадавших (34,4%). Второй способ – троакарная цистостомию – выполняли у 13 пациентов (20,3%). Третий – антеградный способ надлобковой цистостомии, предложенный коллективом авторов НИИ СП им. И.И. Джanelидзе (патент № 2454950 от 10.07.12), – применяли у 29 пострадавших (45,3%). Оперативная техника антеградного способа заключается в проведении из лапаротомной раны через разрыв мочевого пузыря в его полость изогнутого зажима. Браншами зажима изнутри прокалывают переднюю стенку мочевого пузыря и апоневроз. Над выступающими в надлобковой области браншами зажима производят прокол кожи скальпелем. В рану прокола выводят бранши зажима, которыми захватывают и низводят в полость мочевого пузыря катетер. Разрыв мочевого пузыря герметично ушивают со стороны брюшной полости.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ применяемых способов надлобкового дренирования показал, что троакарная и традиционная секционная цистостомии имеют ряд недостатков. Для выполнения троакарной цистостомии требуются ушивание разрыва, установка уретрального катетера и наполнение мочевого пузыря раствором фурациллина. Затем производят прокол передней брюшной стенки и мочевого пузыря для установки мочевого катетера. Однако при тугом наполнении мочевого пузыря отмечается протекание раствора фурациллина между швами ушитого разрыва. В результате происходит уменьшение емкости мочевого пузыря, что увеличивает риск повреждения троакаром органов брюшной полости во время проведения пункции.

Для традиционной цистостомии необходим дополнительный хирургический разрез в надлобковой области с послойным выделением и вскрытием мочевого пузыря, что увеличивает продолжительность операции, усиливает хирургическую травму и объем кровопотери (таблица).

Сравнительный анализ различных способов надлобковой цистостомии

Способ надлобковой цистостомии, n = 64	Объем кровопотери, мл	Время установки цистостомии, мин
Секция мочевого пузыря, n = 22	38,6 ± 2,9	15,2 ± 1,4
Троакарная цистостомиа, n = 13	14 ± 1,3	6,8 ± 0,6
Антеградная цистостомиа, n = 29	13,3 ± 1,4	3,5 ± 1,5

Как видно из таблицы, наименьший объем кровопотери и минимальное время, затраченное на цистостомию с ушиванием разрыва мочевого пузыря, наблюдаются при антеградном способе.

Вывод: антеградная надлобковая цистостомиа является наименее травматичным способом дренирования мочевого пузыря при его внутрибрюшинных повреждениях.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЗАДЕРЖКИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.В. Сорока, Д.В. Овчаренко, Г.Ш. Шанава, А.А. Лебедев, А.В. Гурин
 Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
 Санкт-Петербург, РФ

Восстановление самостоятельного мочеиспускания при задержке мочи, обусловленной доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), по-прежнему остается актуальным в современной урологии.

Целью исследования явилось определение возможности рентгенэндоваскулярного способа – эмболизации простатических артерий в лечении задержки мочеиспускания, обусловленной ДГПЖ.

Материал и методы. За период с 2012 по 2013 гг. в НИИ СП им. И.И. Джanelидзе 5 пациентам с ДГПЖ выполнена эмболизация простатических артерий. Среди них у 3 больных ДГПЖ была осложнена хронической задержкой мочи. У одного пациента ДГПЖ была осложнена хронической задержкой мочи и конкрементами в мочевом пузыре. А у одного больного имела место надлобковая цистостома, установленная из-за хронической задержки мочеиспускания. Пациенту с цистостомой из-за тяжелой сопутствующей сердечно-сосудистой патологии не удалось выполнить радикальные вмешательства по удалению ДГПЖ.

Эмболизацию простатических артерий осуществляли частицами поливинилалкоголя. Перед эмболизацией в мочевой пузырь устанавливали уретральный катетер Фолея, баллон которого наполняли контрастным веществом для создания дополнительной визуальной ориентировки. Доступ к простатическим сосудам осуществляли через бедренную или подчелюстную артерию. Выполнение диагностическую ангиографию сосудов малого таза, в устье простатической артерии устанавливали микрокатетер, и через нее осуществляли эмболизацию простатических артерий.

Результаты. В послеоперационном периоде у всех больных наблюдалась гематурия, которая самостоятельно купировалась в течение первых суток. Уретральные катетеры удаляли в сроки от 3 до 9 сут. У 2 пациентов сразу после удаления мочевого катетера отмечалось полное восстановление самостоятельного мочеиспускания. У оставшихся 3 больных мочеиспускание восстановилось частично. Спустя 4 мес после эмболизации простатических артерий полное восстановление мочеиспускания наблюдали у 3 больных (табл.).

Таблица

Результаты эмболизации простатических артерий спустя 4 месяца

Осложнение ДГПЖ	Количество больных n = 5	Уменьшение объема ДГПЖ после эмболизации, %	IPSS	Полное восстановление мочеиспускания (остаточная моча < 20 мл)	Частичное восстановление мочеиспускания (остаточная моча 100–120 мл)
Хроническая задержка мочи	3	34,6 45,3 50,0	7 6 13	2	1
Хроническая задержка мочи + конкременты мочевого пузыря	1	44,3	9	1	–
Эпцистостома	1	57,8	14	–	1

Спустя 5 мес пациенту с мочекаменной болезнью выполняли цистолитотомию. А уже через один месяц после цистолитотомии объем остаточной мочи у него составил 7 см³. Двое пациентов с не полностью восстановившимся мочеиспусканием планируются к трансуретральной резекции ДГПЖ.

Выводы. Эмболизация простатических артерий является альтернативой надлобковой цистостомии при задержке мочеиспускания у больных с ДГПЖ. У пациентов с высоким риском развития интраоперационных и послеоперационных осложнений радикальных хирургических вмешательств по удалению ДГПЖ эмболизацию простатических артерий можно выполнять в качестве этапной операции.

СИСТЕМНАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА

В.В. Сорока, С.П. Нохрин, А.Б. Курилов, П.В. Чечулов, А.Н. Рязанов
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
Санкт-Петербург, РФ

Ведущая роль в нарушении местной тканевой перфузии при острой сосудистой патологии принадлежит лейкоцитарно-тромбоцитарным конгломератам. Активированные полиморфно-ядерные лейкоциты инициируют продукцию свободных кислородных радикалов, которые повреждают мембраны эндотелиальных клеток. В дальнейшем полиморфно-ядерные лейкоциты прочно адгезируются на поверхности поврежденного эндотелия, мигрируют в окружающие ткани, продуцируя кислородные радикалы и повреждая клеточные структуры. Лейкоцитарно-тромбоцитарные конгломераты блокируют микроциркуляторное русло (феномен «no-reflow») с развитием стойкой вторичной гипоксии тканей, приводящей к истощению энергетических запасов и увеличению зоны повреждения и усугублению тканевой гипоксии с развитием функционального дефицита вплоть до необратимых изменений.

В нашем исследовании изучены истории болезней 185 больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК), 79 больных с эмболиями периферических артерий конечностей, 168 больных с острым тромбозом нижних конечностей, которые были тщательно изучены на предмет наличия у них признаков синдрома системной воспалительной реакции (ССВР SIRS).

Для того чтобы оценить вклад каждого признака в диагностику системной воспалительной реакции, проведен дискриминантный анализ. Дискриминантное уравнение имело вид: $y = 2,23 + 0,03x_1 + 0,031x_2 + 0,04x_3 - 1,43x_4 - 0,041x_5 + 1,15x_6 - 0,6x_7$ с точностью модели 79,4% для больных с острым тромбозом. ССВР имел место в 84,5% случаев.

Для больных с острой тромбозом конечностей ишемией дискриминантное уравнение имело вид: $y = -K_1 + K_2x_1 - K_3x_2 - K_4x_3$, где K – значения коэффициентов в зависимости от степени ишемии конечности. Точность диагностики – 90,9%. Признаки ССВР имели место у 40,3% больных с острой ишемией конечности.

У пациентов с критической ишемией нижних конечностей признаки SIRS имели место у 143 больных (77,3%) из 185 подвергнутых анализу. SIRS по R.C. Bone (2 и более признаков) имела место у 58 пациентов (31,5%).

Наряду с признаками R.C. Bone, хорошо известны и другие клинические проявления системного и локального воспаления. Несмотря на то, что они не описаны как стандартные критерии SIRS, нельзя не признать, что их наличие свидетельствует об активном системном воспалительном процессе. Данный факт побуждает нас к изучению второстепенных проявлений системного воспаления у больных с КИНК, которые мы определили как «малые» признаки SIRS. Эти признаки могут быть выявлены клинически и путем лабораторного исследования.

Среди клинических критериев нами были выделены следующие признаки: боли покоя, наличие пилемирии кожи голени и стопы, отека голени и стопы, присутствие трофических изменений (язвы), субфебрильная (не превышающая 38°С) температура тела. Очевидна взаимосвязь перечисленных критериев с классическими проявлениями воспаления: *tumor* (отек), *rubor* (гиперемия кожных покровов), *calor* (локальная гипертермия) и сопутствующий ей субфебрилитет), *dolor* (боль). Анализ случаев встречаемости данных признаков у наших больных выявил, что распространенность их во всех случаях превышала 50% и была статистически значимо ($p < 0,05$) взаимосвязана с наличием системного воспалительного процесса. При изучении данных лабораторных исследований к показателям воспаления мы отнесли умеренный лейкоцитоз ($9-12 \times 10^9/l$), лейкоцитарный сдвиг к молодым формам (число молодых и юных форм более 6%), ниперлактатемию (более 1,75 ммоль/л), повышение уровня фибриногена сыворотки крови (более 4,0 г/л), наличие в сыворотке крови специфического воспалительного фактора: С-реактивного белка (СРБ). Проанализированы основные лабораторные маркеры системной воспалительной реакции, они были выявлены у 173 больных из 185 обследованных (93,3%).

Резюме:

1. Системная воспалительная реакция (SIRS) является универсальным ответом организма на острую, хроническую ишемию и тромбоз нижних конечностей.
2. Для детальной оценки синдрома системной воспалительной реакции целесообразно, наряду с классическими критериями, использовать так называемые малые признаки, позволяющие выявить SIRS в стадии субклинических проявлений, а также проводить оценку их в динамике и, следовательно, рационализировать лечение.
3. Перспективным направлением в улучшении регионального кровотока, купировании воспалительных реакций может стать использование лейкоцитарных фильтров, опыт применения которых мы имеем.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Е.А. Спиридонова, М.И. Александров, Г.В. Есин
Городская клиническая больница № 24 ДЗ Москвы
Москва, РФ

Цель: выявить изменения в гемодинамическом статусе у больных коло-ректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью разной степени компенсации.

Материал и методы исследования. Проведено исследование гемодинамического статуса у 97 пациентов с колоректальным раком, осложненным компенсированной и субкомпенсированной кишечной непроходимостью: 46 мужчин и 51 женщина в возрасте от 39 до 84 лет. Средний возраст составил 67,12±9,5 года. Степень анестезиологического риска равнялась в среднем 3,25 балла ASA.

Помимо общеклинических исследований всем больным на предоперационном этапе проводили оценку центральной гемодинамики с помощью комплекса аппаратно-программного неинвазивного исследования «Диамант» (Санкт-Петербург, Россия) по методике интегральной реографии тела по Тищенко. Характер хронической толстокишечной непроходимости оценивали на основе таких симптомов, как боли и урчание в животе, необходимость в приеме слабительных средств для регуляции стула, частота дефекаций в неделю и эндоскопическая картина стеноза просвета кишки (классификация Н.П. Макаровой и соавт., 2000). В исследование были включены пациенты с компенсированной (52 больных, 53,6%) и субкомпенсированной (45 пациентов, 46,4%) хронической кишечной непроходимостью; группы были сравнимы по возрасту и полу. Для оценки гемодинамического статуса использовали следующие показатели: сердечный индекс (СИ), коэффициент резерва (КР), индекс периферического сосудистого сопротивления (ИПСС), индекс доставки кислорода (ИДК). СИ позволяет судить об объеме кровотока в единицу времени на единицу поверхности тела; КР характеризует функциональные резервы системы кровообращения (увеличение свыше 100% свидетельствует о наличии функциональных резервных возможностей); ИПСС характеризует сопротивление, оказываемое работе сердца сетью периферических сосудов; ИДК – объем кислорода, доставляемый к органам и тканям системы кровообращения в единицу времени, отнесенный к поверхности тела.

Результаты исследования. Анализ средних значений показателей СИ у пациентов с различной степенью компенсации хронической толстокишечной непроходимости показал достоверные различия цифровых величин: больные с компенсированной формой имели показатель 3,16 л/см²/мин, в то время как с субкомпенсированной формой – лишь 2,71 л/см²/мин ($p < 0,001$). Аналогичной была ситуация и с остальными показателями, достоверно более худшие значения определяли у больных с субкомпенсированной кишечной непроходимостью: КР – 133,17% и 100,79%; ИПСС – 2518 и 3886 дин·с/см²/м²; ИДК – 533,56 и 372,59 мл/мин/м² ($p < 0,001$).

Вывод: переход хронической толстокишечной непроходимости из компенсированной в субкомпенсированную форму приводит к достоверному ухудшению гемодинамического статуса пациента, снижению сердечного индекса и доставки кислорода.

ОБОСНОВАНИЕ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА ПРИ ОЦЕНКЕ УРОВНЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.Г. Сорокин

Консультативно-диагностический центр с поликлиникой УД Президента РФ
Санкт-Петербург, РФ

Необходимость повышения качества работы службы СМП ставит перед ней новые, более сложные организационные и методические задачи. В частности, каждый руководитель медицинского учреждения должен постоянно уделять внимание трем взаимосвязанным задачам при работе со своим персоналом:

- объективно оценивать профессиональный уровень медицинского персонала (осуществлять мониторинг этого показателя);
- создавать и поддерживать адекватные условия для более полной реализации профессионального потенциала персонала;
- целенаправленно развивать и совершенствовать профессионализм медицинского персонала.

Однако проблема заключается в том, что крайне трудно найти способы оперативного, экономического и надежного измерения (диагностирования) профессионального уровня работников. К сожалению, существующие методы оценки, аттестации слишком громоздки, трудоёмки и приблизительны. Необходимо иметь простой в использовании инструмент, который позволял бы получать корректные результаты без чрезмерных затрат времени, сил и средств. На сегодняшний день отсутствуют надежные и удобные способы оценки уровня профессионализма тех или иных специалистов. Методики аттестации работников далеко не всегда дают обоснованные результаты. А выводы такой аттестации – «соответствует занимаемой должности» или «не соответствует» – носят общий характер, не раскрывая содержательной стороны профессионального портрета специалиста. Преодоление указанных методологических и методических трудностей способствует так называемый компетентный подход, который становится весьма популярным в последнее время.

В основе этого подхода лежит идея определения профессиональных компетенций специалиста данного профиля. Исходная позиция заключается в том, что в любой профессиональной деятельности можно выделить характерные главные направления (аспекты): действия с инструментами и оборудованием, решение организационных и технологических задач, работа с документами, людьми и т.д.

Профессиональная деятельность представляет собой на практике решение совокупности типичных, повторяющихся задач-проблем. Профессиональные компетенции отражают эффективность, безошибочность и быстроту решения работником этих значимых задач-проблем (проблемных производственных ситуаций). Таким образом, компетенции прочно привязываются к наиболее ответственным и повторяющимся профессиональным задачам, конкретным направлениям работы специалиста. Соответственно могут быть выделены конкретные виды профессиональных компетенций (работник компетентен в...).

Мы полагаем, что профессиональные компетенции – это готовность (способность) работника на основе сознательно усвоенных знаний, умений, приобретенного опыта, всех своих внутренних ресурсов самостоятельно анализировать и практически решать значимые профессиональные проблемы, типичные производственные задачи (проблемные ситуации).

Знания и профессиональные компетенции нельзя отождествлять. Хотя определенные практические знания включаются в соответствующие компетенции.

Как видим, умения и профессиональные компетенции также нельзя отождествлять. Хотя определенные практические умения включаются в соответствующие компетенции.

Необходимо подчеркнуть, что важнейшим компонентом профессиональных компетенций является *понимание*. Компетентным является тот работник, кто ориентируется в какой-то конкретной профессиональной (производственной) проблеме, понимает ее суть, а также способы ее успешного решения. Следовательно, компетенции характеризуют не только достигнутый уровень профессионализма, но и дают некоторую информацию о профессиональных возможностях (потенциале) работника-специалиста. Если за основу компетенций принимается решение реальных профессиональных задач-проблем, то компетентность становится в первую очередь оценкой практической подготовленности специалиста.

Для конкретной категории работников следует определить набор *ведущих компетенций*. Их совокупность отражает некоторый профиль компетентности.

Он может быть выражен следующей условной формулой:

ПК/К = K1, K2, K3, K4, ... Ki, где

Ki – профессиональная компетенция работника.

Таким образом, может быть предложена многомерная модель профессиональной компетентности специалиста. Ее преимущество в том, что такое представление наглядно раскрывает внутреннюю структуру профессиональной подготовленности. Такое представление весьма удобно и для осуществления профессиональной диагностики. Предлагаемый подход позволяет легко разработать некий стандарт для тех или иных профессиональных компетенций (определив содержание и сложность задач-проблем, которые обязан решать специалист на практике).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Л.Л. Стажадзе, С.А. Дунаева

Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ
Москва, РФ

Сердечно-сосудистая патология занимает ведущее место в структуре общей заболеваемости трудоспособного населения развитых стран мира.

Рост распространенности и «омоложение» возраста ишемической болезни сердца (ИБС) приводит к тому, что главным образом поражается группа экономически активного населения, составляющая основу материального благополучия в развитых странах. По данным ряда исследователей, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в РФ в отличие от европейских стран и США за последние 20 лет значительно увеличилась. В России от ССЗ ежегодно умирают более 1 000 000 человек (700 человек на 100 000 населения). Так, из-за ССЗ средняя продолжительность жизни у мужчин в нашей стране уменьшилась с 71,6 года в 1986 г. до 59 лет в настоящее время.

Основная доля смертности среди всех ССЗ приходится на ИБС. Синдром инсулинорезистентности (ИР) представляет собой сочетание основных факторов риска развития ССЗ, в основе которого лежит снижение чувствительности тканей к инсулину. Висцеральное ожирение является одним из основных компонентов синдрома ИР.

Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой системы, ассоциированных с нарушенной толерантностью к углеводам и избыточным накоплением висцеральной жировой ткани, оказывается ИБС. Морфологической основой ИБС более чем в 95–97% случаев служит атеросклероз коронарных артерий (КА).

В практике врача СМП наиболее трудным являются случаи сочетания развития острого инфаркта миокарда на фоне сахарного диабета второго типа. Прежде всего, это касается диагностики: не выраженный болевой синдром, отсутствие характерных изменений на ЭКГ в сочетании с признаками декомпенсации сахарного диабета. Все это может привести к недооценке истинного размера поражения миокарда, ошибочной постановке диагноза и неадекватному объему оказания медицинской помощи.

Вместе с тем, по данным клинико-лабораторных исследований, выявлено, что у пациентов с фоновым метаболическим синдромом при выраженности перикардиальной жировой ткани отмечается мультифокальное поражение сосудистого русла.

Таким образом, на фоне смазанной клинической картины инфаркта миокарда могут быть случаи поражений 2 и более КА, что требует оказания специализированной медицинской помощи на догоспитальном этапе в полном объеме.

Во избежание диагностических ошибок особое внимание следует уделить анамнезу, осмотру, выявлению не очевидных жалоб, проведению тестовых проб и анализу изменений в самочувствии пациента, предшествовавших обращению в службу «03».

ИДЕНТИФИКАЦИЯ И СОСТАВЛЕНИЕ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫХ СПИСКОВ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧС

Л.Л. Стажадзе, Л.Б. Буданцева

Научно-практический центр экстренной медицинской помощи
Москва, РФ

Регистрация и учет персонализированных данных пострадавших при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС) происходят в два этапа: первичный не уточненный список формируют на месте ЧС, регистрацию проводят от момента начала ликвидации последствий ЧС и до эвакуации последнего раненого из зоны ЧС; уточнение численного состава и персонализированных данных, а зачастую и идентификацию пострадавших осуществляют на госпитальном этапе.

На догоспитальном этапе в силу объективных причин невозможно получить достоверные сведения о пострадавших и определить их численный состав: ограниченное время для сбора полной информации и регистрации пострадавших; пострадавшие в тяжелом и крайне тяжелом состоянии не могут сообщить о себе достоверные сведения и их направляют в стационар как «неизвестных»; легкораненые могут быть доставлены попутным транспортом в близлежащие стационары.

Идентификация пострадавших на госпитальном этапе происходит по таким показателям, как: наименование события, адрес происхождения, пол, предварительный диагноз, номер наряда СМП, номер бригады и подстанции. В учетные параметры в стационар добавляются: номер истории болезни, отделение, окончательный диагноз, тяжесть состояния, дата и время выписки или смерти больного.

При массовом поступлении пострадавших в лечебно-профилактические учреждения дежурный администратор представляет первичные данные об их количестве и персонализированные данные в оперативный отдел ЦЭМПА, но не позднее, чем через 2 ч после поступления последнего раненого. Выяснение ряда данных о «неизвестных» пострадавших происходит уже в приемном покое, когда инкассаторами изымаются имеющиеся документы и вещи пациента. Определенная роль в уточнении сведений принадлежит родственникам. По мере уточнения персонализированных сведений производят коррекцию списка пострадавших в базе данных ЦЭМПА. При переводе раненого в другие отделения или стационары неправильное оформление учетной документации приводит к искажению их численного состава. С целью сохранения полноты базы данных и исключения дублирования информации особое внимание уделяют отсеченной и повторной обрабатываемости пострадавших. Как правило, при отсеченной обрабатываемости пострадавших регистрируют в близлежащих амбулаторно-поликлинических учреждениях, затем по уточнении диагноза направляют в профильные лечебные учреждения.

Технология информационного взаимодействия всех служб, участвующих в ликвидации медицинских последствий ЧС, формы учетно-отчетной документации, а также временные параметры передачи информации о пострадавших отражены в Приказе ДЗМ № 2132 от 13.12.2010. Списки раненых из ЛПУ, полученные по факсу или электронной почте, подбираются по каждому стационару, проверяются на полноту заполнения. О случаях летального исхода или ухудшения состояния пострадавшего следует внеочередное незамедлительное сообщение в диспетчерскую ЦЭМПА.

Таким образом, идентификация пострадавших и составление окончательных персонализированных списков при ликвидации медицинских последствий ЧС являются динамичным, растянутым во времени естественным процессом, требующим четкого взаимодействия и строгого соблюдения технологии на всех этапах.

ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНЫХ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ

Е.В. Степан, М.Л. Розаль, П.А. Иванов, Д.А. Благоевский,
З.М. Озова, К.Т. Агаханова

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского,
Российская медицинская академия последипломного образования
Москва, РФ

Актуальность. Наружные панкреатические свищи (НПС) являются на частом осложнением деструктивного панкреатита, травмы и операций на поджелудочной железе и после операций на других органах ЖКТ. По данным литературы, НПС встречаются в 9,5–29,4% от всех наблюдений острого панкреатита и травмы поджелудочной железы и создают серьезные проблемы в лечении в связи с потерей панкреатического сока и его лептисимическим действием на кожу.

Наружный панкреатический свищ считается серьезным осложнением, однако единого мнения по поводу тактики лечения данной патологии нет. Стронкини ранних хирургических вмешательствах рекомендуют выполнять фунгиостомическому или панкреостомическому на отключенной по Ру петле, а также различные варианты резекции поджелудочной железы. Другие авторы, напротив, рекомендуют только консервативную тактику лечения данного вида осложнений, основываясь на многочисленных доказательных данных, подтверждающих эффективность использования октреотида при профилактике возникновения НПС.

Таким образом, проблема лечения НПС является актуальной и нуждается в дальнейшей разработке.

Цель исследования. Анализ результатов лечения пациентов с НПС и определение рациональной тактики лечения.

Материал и методы. С 1998 по 2009 г. в НИИ СГ им. Н.В. Склифосовского наблюдали 78 пациентов с НПС в виде панкреатической фистулы с выделением панкреатического сока, что составило 3,4% от количества больных с острым деструктивным панкреатитом и пострадавших с травмой поджелудочной железы.

В каждом случае выявлено наличие предшествующего хирургического вмешательства. У 32 больных выполнена лапаротомия, в том числе у 4 – с резекцией поджелудочной железы, у 12 – с дренированием сальниковой сумки, у 3 больных произведено ушивание ранки поджелудочной железы, у 13 – некрэквэкстрактомии. У 3 больных выполнена люмботомия с некрэквэкстрактомией. У 43 больных выполнено дренирование псевдокисты и жидкостных скоплений, у 31 из них – под УЗ-наведением.

Панкреатические свищи начинали функционировать в сроки от 1 до 5 сут после вмешательства. Дебит сока составил от 15 до 1100 мл в сут, в среднем – 280 мл в сут. У 33 больных НПС подтвержден при фистулографии через дренаж.

Материал и методы. С 1998 по 2009 г. в НИИ СГ им. Н.В. Склифосовского наблюдали 78 пациентов с НПС в виде панкреатической фистулы с выделением панкреатического сока, что составило 3,4% от количества больных с острым деструктивным панкреатитом и пострадавших с травмой поджелудочной железы.

Основная цель дренирования заключалась в декомпрессии и создании условий для закрытия свища или сведения стенок свища и псевдокисты с их последующим слипанием и облитерацией. Важным компонентом аспирационно-промывного лечения являлось удаление панкреатического секрета, обладающего высокой протеолитической активностью, а также ликвидация патогенной микрофлоры в просвете поджелудочной железы. В последующем под контролем фистулографии дренажную трубку постепенно подтягивали, стремясь создать узкую перемычку в основании свища и его облитерацию в дистальном направлении от этого места. Кроме дренирования и активной аспирации назначали спазмолитики, снижающие тонус сфинктера Одди, для улучшения оттока панкреатического секрета через Фатеров сосок. Особым компонентом комплексной терапии являлось подавление внешней секреции поджелудочной железы, для чего у 39 пациентов применяли препарат октреотида в дозе от 300 до 900 мкг/сут подкожно. Длительность курса октреотида составляла от 3 до 15 сут. У остальных этот препарат не применяли.

У 11 больных с признаками стеноза на уровне большого дуоденального сосочка (по данным радиомотопного исследования) выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. У одного больного со стенозом дистального отдела холедоха произведено трансдуоденальное стентирование вирусного протока.

Результаты. Сроки функционирования НПС различались в зависимости от метода лечения. В группе больных, получивших октреотид, средний срок функционирования свища составил 34±15 сут, в среди больных, не получивших октреотида – 50±21 сут. У пациентов, которым выполняли эндоскопическую папиллостомию, свищи закрылись через 1–58 сут, в среднем через 24±18 сут после манипуляции. При этом у пациентов куда на следующие сутки после папиллостомии на фоне консервативного лечения количество отделяемого сока снизилось до минимального. После стентирования вирусного протока у одного больного со стенозом дистального отдела холедоха НПС закрылся через 9 сут.

К моменту выписки свищи ликвидированы у 44 больных (57%). С функционировавшими свищами выписаны 29 больных (37%), свищи у них закрылись в сроки от 1 до 58 сут, в среднем через 35±23 сут. К операции пришлось прибегнуть у 5 больных, (6%) у которых консервативное лечение в течение 6 мес было неэффективно в связи с тенденцией к уменьшению количества отделяемого панкреатического сока. У 3 больных НПС сформировались после наружного дренирования хронической псевдокисты с ригидными стенками, которые не сдавлились и препятствовали облитерации полости кисты и свищевого хода в течение длительного времени. Одним больным была выполнена продольная панкреатоэнтероанастомозом, двумя – цистостомия на отключенной по Ру петле тонкой кишки.

У одного больного, перенесшего субтотальный панкреонекроз, НПС сформировалось после некрэквэкстрактомии и резекции хвоста поджелудочной железы. Больному была выполнена фистулопанкреатоанастомозом. У одного пациента НПС сформировался в результате травмы поджелудочной железы с полным перерывом вирусного протока и диспазмом дистального и проксимального концов. Выполнена панкреатоэнтероанастомозом с дистальной частью поджелудочной железы.

Выводы. Комплексное консервативное лечение позволяет в 93,5% случаев добиться закрытия НПС у больных с тяжелым панкреонекрозом и оперативными вмешательствами на поджелудочной железе. Важным компонентом консервативной терапии является подавление секреции поджелудочной железы с использованием октреотида в суточных дозах 600–800 мкг и длительностью курса лечения не менее 5 сут.

В случае выявления блока на уровне большого дуоденального сосочка у больных с урными течениями свища необходимо применять эндоскопическую папиллостомию или стентирование вирусного протока для обеспечения свободного оттока панкреатического сока в 12-перстную кишку.

Только при неэффективности нескольких курсов комплексной консервативной терапии с интервалом 1–2 мес и не ранее, чем через 6 мес следует применять хирургические методы закрытия НПС.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДОСТУПНОСТИ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

О.В. Старикова, О.А. Абрамович, А.В. Балабушевич, И.А. Большакова

Новосибирская станция скорой медицинской помощи
Новосибирск, РФ

Выполнены: анализ случаев проведения тромболитической терапии (ТЛТ) на этапе скорой помощи при остром инфаркте миокарда; определение тенденций развития ситуации с проведением системного тромболитизма на догоспитальном этапе, исходя из концепции «золотого часа»; разработка предложений по оптимизации доступности реперфузионной терапии пациентам с диагностированным острым коронарным синдромом (ОКС) в максимально сжатые сроки.

Исследование проводили на основании анализа карт везеда скорой медицинской помощи и информации из стационаров Новосибирска, куда были госпитализированы пациенты с ОКС после ТЛТ на догоспитальном этапе.

За исследуемый период (2010–2012 гг.) на догоспитальном этапе диагностированы 20 067 случаев острого инфаркта миокарда, системный тромболитизм проводился в 1016 случаях (5,06%).

ТЛТ проводили во всех случаях препаратом «Метализе» силами специализированных (кардиологических – 84%, реанимационных – 12%, неврологических – 1% и линейных – 3%) бригад скорой медицинской помощи в Новосибирске. В 2010 г. тромболитизм на догоспитальном этапе проведен 299 пациентам (в 224 случаях – эффективно), стационарная летальность в этой группе больных составила 4,7%. Временной параметр «боль-игла»: 214 пациентов (71,6%) – первые 2 часа, 68 (22,7%) – первые 2–4 часа, 17 (5,7%) – первые 4–6 часов от начала развития болевого синдрома.

В 2011 г. ТЛТ на догоспитальном этапе получил 351 пациент (248 эффективно), стационарная летальность составила 6,5% больных из этой группы. В первые 2 часа от начала болевого синдрома тромболитизм введен 202 пациентам (57,5%), в первые 2–4 часа – 116 (33%), в первые 4–6 часов – 25 (7,1%); у 8 пациентов (2,3%) временной промежуток «боль-игла» составил более 6 часов от начала развития болевого синдрома.

В 2012 г. ТЛТ проведена 366 пациентам с ОКС на этапе скорой помощи (в 68,5% случаев эффективно), стационарная летальность среди этих пациентов составила 5,9%. Временной показатель «боль-игла» для 55% пациентов не более 2 часов, для 28% пациентов – 2–4 часа, для 15% пациентов 4–6 часов, 2% пациентов получили тромболитический препарат более, чем через 6 часов от начала болевого синдрома.

ТЛТ – доступный на догоспитальном этапе метод патогенетического лечения острого инфаркта миокарда. Проведение ТЛТ в условиях скорой помощи не «задерживает» поступление пациента в стационар. Техническое оснащение бригад скорой помощи позволяет качественно и своевременно оказать медицинскую помощь при развитии характерных для ТЛТ.

Комбинированное применение догоспитальной системной тромболитической терапии с последующим эндоваскулярным вмешательством – оптимальная стратегия реперфузии миокарда, позволяющая в максимально сжатые сроки восстановить и долгосрочно сохранять просвет инфарктообразующей артерии. Актуальной проблемой остается сокращение временного промежутка «боль-игла». Для успешного решения этой проблемы необходимо проводить санпросвет работу среди населения (силами медработников поликлинического звена, средствами массовой информации) и систематические тренинги с медицинскими работниками на тему ранней диагностики ОКС. Усовершенствование алгоритмов приема вызовов скорой помощи позволит пациентам с клиникой ОКС получить специализированную медпомощь быстрее.

ЛЕЧЕБНАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

В.А. Старожилов, А.И. Болотников, А.В. Кильдяшов, И.В. Хайкин

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко МО РФ
Клиническая больница № 123 ФМБА России

Одинцово, Краснознаменск, МО, РФ

Мы наблюдали 140 пострадавших с острым травматическим панкреатитом, преимущественно мужчин (70%), средний возраст которых составил 40,1±2,2 года. Все пострадавшие были распределены на две группы в зависимости от методов лечения. В 1-ю группу вошли 45 больных, операции у которых выполняли «традиционным» методом, т.е. по лапаротомии, во 2-ю – 95 пациентов, у которых были применены видеолaparоскопические технологии. В своей работе мы использовали лапароскопические системы «Эндомедиум» и «Storz», а также инструменты указанных фирм и «Auto Suture».

Вмешательства при остром панкреатите с использованием видеолaparоскопической техники выполняем, как правило, из 4 портов, установленных: 1-й 10-миллиметровый – в околопупочной области для лапароскопа; 2-й и 3-й 10-миллиметровые – в мезогастррии слева и справа на 5–8 см выше пупка по срединноключичной линии; 4-й 10-миллиметровый – субкостально. При необходимости устанавливали еще два порта: 5-й 5-миллиметровый – в правом подреберье по переднеподмышечной линии; 6-й 10-миллиметровый – в мезогастррии справа параллельно 2-му порту.

В 26,3% случаев производили санацию и дренирование брюшной полости, в 43,2% – марсунизацию поджелудочной железы, в 36,8% – канюлирование круглой связки печени, в 57,9% – канюлирование правой желудочно-сальниковой артерии, в 32,6% – холецистостомию, дренирование сальниковой сумки, в 53,7% – некрэквэкстрактомии.

Холецистостомию накладывали с применением интракорпоральных ручных швов, фиксирующую дренажную трубку в просвете пупыряк его стенки (капсулы выполняли из 4-го, 5-го, 6-го портов с применением эндоретратора, иглодержателя, зогистого захвата, а лапароскоп находился в 1-м порте). Холецистостомию выводили через 5-й порт.

Брюшную полость дренировали с использованием 3-го и 6-го портов. При необходимости подводили дополнительный дренаж к корню брыжейки через прокол в левой подвздошной области.

Отмечаем, что лечебная видеолaparоскопия в 81,8% случаев позволила отказаться от хирургического лечения открытым методом, а в 43,6% наблюдений удалось купировать процесс только лечебными манипуляциями, не прибегая к операциям на поджелудочной железе. В 38,2% случаев удалось остановить прогрессирование деструктивного процесса в поджелудочной железе и развитие гнойных осложнений панкреонекроза. Следует отметить, что осложнений, связанных с применением видеолaparоскопической техники, не было.

Осложнения в виде прогрессирования деструктивного процесса в поджелудочной железе с развитием гнойных осложнений возникли у 3 пострадавших с крупноочаговым панкреонекрозом и потребовали повторных некрэквэкстрактомий. При выполнении секвестрэктомии в 1 случае отмечено диффузное кровотечение из ложа удаленного секвестра, которое было остановлено с помощью пластики «ТахоКомб». Еще в 1 наблюдении развился дигестивный свищ. Таким образом, частота осложнений составила 9,1%. Умерли 4 больных (7,3%) от гнойно-септических осложнений, сопровождающихся полиорганной недостаточностью.

Таким образом, применение видеолaparоскопической техники при остром панкреатите является эффективным и перспективным методом лечения, что было подтверждено снижением частоты осложнений с 24,7 (традиционные вмешательства) до 9,1%, летальности – с 22,3 до 7,3%, длительности пребывания на койке – с 33,1 до 12 сут, сроков трудовой реабилитации – с 39 до 20 сут.

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАНеным В ГРУДЬ ПО СИСТЕМЕ «РАНДЕВУ»

Р.А. Сулиманов

**Новгородская областная клиническая больница
Беликий Новгород, РФ**

Специализированная хирургическая помощь (СХП) начиналась с консультации по телефону с торакальным хирургом областной больницы. На момент получения информации, при отсутствии показаний к реанимационной торакотомии, решался вопрос о выборе тактики. Варианты тактических решений:

транспортировка раненых в межрайонные хирургические отделения и встречный выезд торакального хирурга («рандеву»);
выезд торакального хирурга в Центральную районную больницу (ЦРБ);
транспортировка раненых из ЦРБ в областную больницу.

Мы располагаем опытом оказания СХП при ранениях груди (РГ) 580 пациентам, первоначально обратившимся в непрофильные лечебные учреждения.

Из этого количества наблюдений в 126 из них СХП была оказана при выезде торакального хирурга в ЦРБ, в том числе по системе «встречного выезда» (система «рандеву») – в 42.

Следует отметить, что после оказания помощи торакальными хирургами, кроме 21 человека, остальные 105 в дальнейшем в разные сроки были переведены в отделение торакальной хирургии областной больницы.

Одним из вариантов возможного оказания СХП является встречный выезд торакального хирурга в направлении транспортировки пострадавшего. Подобный подход к решению проблемы возникает в случае поступления пострадавшего в маломощную больницу и(или) при госпитализации раненого в близлежащий по пути транспортировки стационар. Осуществление такого режима работы возможно лишь при функционировании межрайонных отделений хирургии, т.е. предполагаемый маршрут транспортировки как бы заранее известен. Координация местонахождения пострадавшего осуществляется диспетчером санитарной авиации областной больницы или станции СМП.

Мы имеем опыт работы 42 наблюдений подобной организации СХП. Средний возраст пострадавших составил 32,7 года. У 7 раненых было состояние средней тяжести, у 32 – тяжелое, у 3 – агональное. На догоспитальном этапе 14 пациентам выполнена катетеризация периферической вены с введением растворов кристаллоидов, сердечных гликозидов.

У всех пострадавших были одиночные ранения. Колото-резаные ранения были у 32, огнестрельные – у 10 наблюдаемых. Кровохарканье выявлено у 12, подкожная эмфизема также у 12, одышка у 32 больных. Средние показатели пульса – 92,8±8,3 уд/мин, систолического АД – 103±12,3 mmHg.

Гемоторакс выявлен у 32 раненых, в том числе у 27 – среднего объема (752,4±27,2 мл), у 5 – большой (1430±56,7 мл). Гемопневмоторакс оказался у 5 раненых, пневмоторакс – у 5 человек. В 35 наблюдаемых повторным оказалось легкое.

Что касается характера операций, то торакотомию выполняли у 27, дренирование – у 12, пункцию плевральной полости – у 3 пациентов. В послеоперационном периоде 9 человек продолжали лечение в тех учреждениях, куда они были доставлены, а остальные переведены в отделение торакальной хирургии. Выявлены 16 осложнений, в том числе: плеврит – у 9, пневмония – у 5, сердечная недостаточность – у 2 раненых. Умерли 2 больных (4,7%) на 5-е сутки от нарастающей сердечной недостаточности.

ИЗМЕНЕНИЯ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ПРИ ОСТРОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИСЛОКАЦИИ СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА

А.Э. Тальпов, Ю.В. Пурас, Д.А. Косолапов, Е.Б. Васильева

**НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Цель работы: изучение различных вариантов изменений мышечного тонуса и их прогностической значимости в отношении функционального исхода у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ).

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 70 пациентов с тяжелой ЧМТ, находившихся на лечении в отделении общей реанимации НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 10 января 2011 г. по 31 марта 2013 г. Мужчин было 58, женщин – 12. Средний возраст – 40 лет. Основной способ нейровизуализации – КТ головного мозга, которую проводили в течение 1-го ч с момента поступления больного. У пациентов были: острые субдуральные гематомы (45), острые эпидуральные гематомы (13), травматические внутримозговые гематомы (4), множественные гематомы (8). Объем гематом колебался от 30 до 200 см³. Латеральная дислокация – до 29 мм. У всех пациентов дислокационный синдром был выявлен клинически. Были выделены четыре группы в зависимости от вида нарушения мышечного тонуса: 1-я группа – пострадавшие без нарушений мышечного тонуса (12 больных); 2-я группа – с односторонними нарушениями мышечного тонуса (18); 3-я группа – с двусторонними нарушениями мышечного тонуса (30); 4-я группа – с диффузными изменениями мышечного тонуса (10).

Результаты исследования. У больных 1-й и 2-й групп дислокационный синдром наблюдался в стадии глазодвигательного нерва и в дизцефальных стадиях. В 3-й группе у большинства пациентов проявлялась стадия моста – продолговатого мозга, а в 4-й – стадия продолговатого мозга. Отмечена достоверная взаимосвязь между степенью угнетения бодрствования и видом нарушений мышечного тонуса. Величина латеральной дислокации была достоверно выше у больных с двусторонними нарушениями тонуса. Компрессии базальных цистерн у большинства пациентов 1-й группы, по данным КТ, не наблюдалось. Во 2-й группе в 7 случаях выявлены признаки начальной компрессии базальных цистерн, в 6 – выраженной, в 2 – грубой компрессии. В 3-й группе начальные признаки были в 5 наблюдениях, выраженные – в 18, грубые – в 7. В 4-й группе выраженная деформация отмечена в 4 случаях и грубая – в 6. Из 12 пациентов 1-й группы умерли 2, у остальных были хорошие или удовлетворительные функциональные исходы. Во 2-й группе после операции умерли 5 из 18 больных, вегетативное состояние имело место у 2. Из 30 пациентов 3-й группы 20 умерли, 5 остались в вегетативном состоянии. При преобладании мышечного тонуса в ногах послеоперационная летальность составила 65%, при преобладании тонуса в руках – 35%. У всех пациентов 1-й группы сроки восстановления бодрствования составили от 7 до 10 сут после операции. Во 2-й группе так же, но 2 больных остались в вегетативном состоянии, 2 умерли и у них отменялся период восстановления бодрствования до глубокого оглушения. В 3-й группе восстановление бодрствования было только у 5 пациентов из 30 и примерно на 7 сут позже, чем в 1-й и 2-й группах. В вегетативном состоянии остались 25 больных, 20 из которых погибли в различные сроки. У всех пациентов 4-й группы в течение 3 сут после операции была диагностирована смерть мозга.

Выводы. 1. Нарушения мышечного тонуса у пациентов с ЧМТ являются важным прогностическим критерием. 2. Наиболее значимым предиктором исхода лечения служат двустороннее изменение мышечного тонуса в раннем послеоперационном периоде.

ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ СОВРЕМЕННЫХ ПРИНЦИПОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РАДИКАЛИЗМА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Д.А. Суров, А.А. Захаренко, О.В. Бабков, А.А. Кошевой, А.А. Трушин, В.С. Тягунов, О.А. Тен, И.А. Палтышев, Ю.Н. Трифанов, М.А. Чернышов

**Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Санкт-Петербург, РФ**

Введение. Обтурационная толстокишечная непроходимость (ОТКН) – наиболее частое (50–70%) осложнение рака толстой кишки. Сложная интраоперационная ситуация и необходимость решения приоритетной задачи по ликвидации жизнеугрожающего осложнения отодвигают на второй план онкологические аспекты оперативного вмешательства. В целях повышения радикализма неотложных оперативных вмешательств у больных данной категории методика тотальной мезоколонэктомии и расширенной лимфодиссекции в медиально-латеральном направлении была адаптирована к условиям экстренной хирургии.

Цель: оценить возможность выполнения, эффективность и ближайшие результаты тотальной мезоколонэктомии и расширенной лимфодиссекции у больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью.

Материал и методы. Проведен ретроспективный сравнительный анализ непосредственных результатов лечения 41 пациента (28 мужчин и 13 женщин), оперированных в период с декабря 2010 по апрель 2013 г. В контрольную группу входил 41 больной, оперированный с 2007 по 2010 г. Средний возраст пациентов составил 65,1±3,9 года. Критериями включения в проспективно сформированную основную группу больных являлись: наличие декомпенсированных нарушений толстокишечной проходимости и выполнение тотальной мезоколонэктомии с D3-лимфодиссекцией в медиально-латеральном направлении и соблюдением принципа «no-touch technique». Из исследования были исключены пациенты с явлениями прогрессирующей полиорганной недостаточности и наличием отдаленных метастазов. Стадирование основного заболевания осуществлено в соответствии с классификацией Duke's. Разрушительный этап операции выполнен после обязательной интраоперационной декомпрессии и санации толстой кишки. Контрольную группу составил 41 больной, оперированный в период с 2007 по 2010 г. по общепринятой методике.

Результаты. Правосторонняя гемиколэктомия в основной (контрольной) группе выполнена у 12 пациентов (12), левосторонняя гемиколэктомия – у 11 (11), резекция сигмовидной кишки – у 18 больных (18) соответственно. Ретроспективный анализ выявил 13 пациентов с опухолью в стадии Duke's B и 29 больных в стадии Duke's C. Средняя продолжительность послеоперационного периода при левом фланге в основной (контрольной) группе составила соответственно 12,1±1,3 (13,7±1,1) суток, при правом фланге – 12,3±1,4 (14,5±1,2) суток. Среднее количество удаленных лимфатических узлов в основной (контрольной) группе у больных с левосторонней ОТКН составило 22,8±7,7 лимфоузла (6,7±3,2) при длине сосудистой ножки 120,2±6,1 (80,5±10,5) см, с правосторонней ОТКН – 23,9±6,2 (7,5±2,4) лимфоузла при длине сосудистой ножки 123,2±6,1 (81,2±8,3) см.

Осложнения в основной группе развились у 9 пациентов (21,9%), в контрольной – у 8 (19,5%). В послеоперационном периоде в основной группе скончались 2 больных (4,8%), в контрольной – 3 (7,3%).

Выводы. Мобилизация толстой кишки в медиально-латеральном направлении, расширенная лимфодиссекция и тотальная мезоколонэктомия являются безопасным и эффективным методом повышения радикализма экстренных оперативных вмешательств у больных с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ ПРОГНОЗЕ ДЛЯ ЖИЗНИ

С.Ш. Тания, А.Н. Тулупов, Г.М. Бесаев, И.В. Куршакова, В.Г. Багдасарьянц
**Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
Санкт-Петербург, РФ**

Отрицательный прогноз для жизни имеют около 60% пациентов с сочетанной травмой, сопровождающейся шоком III степени. Особенности рассматриваемой категории пострадавших являются наибольшая тяжесть и множественность сочетанных повреждений с количеством баллов по шкале ISS более 35, массивная кровопотеря, необходимость применения хирургической тактики Damage Control, высокая частота повторных операций, неизбежность развития реперфузионного синдрома, вторичного иммунодефицита и не менее 3 системных и локальных гнойно-инфекционных осложнений (у отдельных пострадавших – до 10), а также значительная продолжительность лечения. До недавнего времени при такой патологии в остром периоде травматической болезни (ТБ) производили только экстренные оперативные вмешательства по жизненным показаниям на внутренних органах груди и живота, голове, сосудах, а при переломах длинных трубчатых костей предпочтение отдавали консервативным методам лечения. Однако при таком подходе продолжительность и стоимость лечения были чрезвычайно велики, а эффективность низка.

Разработанная нами более совершенная стратегия оказания помощи пострадавшим с прогнозируемым летальным исходом ТБ включает следующие принципы:

1. Полноценность, перманентность и преемственность проводимых лечебно-диагностических мероприятий на всех этапах ведения пациентов: реанимационно-хирургическая бригада скорой помощи, противошоковая операционная, отделение хирургической реанимации, отделение сочетанной травмы, поликлиника, реабилитационный центр.
2. Проведение всех оперативных вмешательств в строгом соответствии со схемой лечебно-тактического прогнозирования их исходов по критерию ±Т. Вначале производят неотложные операции для устранения доминирующих и конкурирующих угрожающих жизни повреждений и используют упрощенные методы фиксации переломов костей. После стабилизации витальных функций и расчета показателей динамического прогноза характер и объем вмешательства расширяются.
3. Широкое применение современных лучевых (УЗИ, СКТ, С-дуга) и малоинвазивных лечебно-диагностических (лапароскоп, видеолароскопия, торакоцентез, дренирование плевральной полости, видеоторакоскопия, чрескостный остеосинтез и др.) методов.
4. Профилактическая терапия сепсиса с использованием комплекса антибиотиков и иммуномодулирующих препаратов, современная антибактериальная химиотерапия развившегося сепсиса.
5. Проведение ранних реконструктивно-восстановительных операций на опорно-двигательном аппарате при благоприятном прогнозе через 24 ч после травмы, отсутствии необходимости интубированной поддержки, тяжести состояния по шкале SOFA – 0 баллов и проталцитиновом тесте ≤ 0,5 нг/мл.

Данная стратегия использована при лечении более 300 больных. Повреждения головы и лица имели 79,2% пострадавших, конечностей – 58,5%, затем груди – 43,1%, живота – 21,9%, таза – 21,3%, позвоночника – 8,5%. У ¼ пациентов выявлены различные доминирующие повреждения, у остальных – различные конкурирующие. Доминирующие и конкурирующие повреждения конечностей наблюдались в 56% случаев, груди – в 45%, живота – в 27%, головы и лица – в 26%, таза – в 13%, позвоночника – в 5,5%. На одного пострадавшего приходилось в среднем 2,3 повреждения. Прогноз определяли по способу Ю.Н. Склибина. Течение ТБ у таких пациентов неизбежно сопровождалось развитием различных осложнений: пневмония – у 100%, тяжелого сепсиса – у 37%, энцефалопатии смешанного генеза – у 68%, гнойных осложнений в зоне повреждений и хирургических доступов – у 12% и др. Благодаря данной стратегии в последние годы частота гнойных осложнений при проведении ранних реконструктивно-восстановительных операций на опорно-двигательном аппарате удалось снизить с 23 до 5,6% (p<0,001), а общую летальность при сочетанной травме с отрицательным прогнозом – с 97,5 до 63% (p<0,01).

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
Е.И. Татаркина, Т.С. Тамазян, Т.Б. Легостаева, Н.В. Яурова
Московский областной научно-клинический институт им. М.Ф. Владимирского
Москва, РФ

Острая кишечная непроходимость считается одним из наиболее тяжелых состояний острой хирургической патологии, летальность при данной патологии составляет от 4 до 25%. Среди всех форм кишечной непроходимости в 75–82% встречается тонкокишечная непроходимость, причинами которой являются: спаечный процесс в брюшной полости, рубцовые сужения кишки вследствие хронических воспалительных процессов, врожденные и приобретенные изменения брыжейки, желчные и пищевые конкременты.

Цель исследования: определить возможности трансабдоминальной сонографии в диагностике различных форм острой кишечной непроходимости.

Материал и методы. Обследованы 114 больных с диагнозом острой тонкокишечной и толстокишечной непроходимости (странгуляционной и обтурационной), из них у 42 больных – непроходимость толстой кишки различной этиологии. При исследовании использовали диагностические приборы, работающие в режиме реального времени с применением линейных и конвексных датчиков. В дополнение к обычной трансабдоминальной сонографии применяли также ультразвуковую ирригоскопию толстой кишки. В качестве контрастного вещества использовали 2–3% раствор крахмала в количестве 1,5 л (для достижения аналгетического и антиспастического эффекта контрастной среды в раствор добавляли 5,0 мл баралгина). Контрастное вещество вводили через прямую кишку под контролем постоянного сканирования.

В зависимости от уровня непроходимости требовалось различное количество контрастного вещества. Критерии странгуляционной кишечной непроходимости – обнаружение в зоне наибольшей болезненности абсолютно акинетичной (в течение 5 мин и более), расширенной петли тонкой кишки, заполненной жидкостным содержимым с расслоением на уровни: жидкость – хилус. В просвете проксимально расположенных петель тонкой кишки движение эхо-включений в составе содержимого маятникообразное, перистальтика петель поверхностная учащенная. Дистальные зоны странгуляции петли кишки во всех случаях спавшиеся.

Диаметр расширенных петель кишечника колебался от 2,8 до 5,3 см в зависимости от уровня непроходимости.

Один из информативных УЗ-признаков спаечной непроходимости – возможность фиксировать смещение и утрату подвижности петель кишечника по отношению к париетальной брюшине вследствие висцеропариетальных спаек. Поиску области странгуляции помогало обнаружение свободной жидкости в брюшной полости. Динамическое наблюдение с интервалом между исследованиями от 2 до 5 ч проводили при сомнительных данных первичного УЗИ. Признаки механического характера непроходимости – нарастание диаметра расширенных петель тонкой кишки, появление жидкостного содержимого в вышележащих петлях, в желудке, изменение пропульсивного характера движения эхо-включений в просвете приводящих петель кишки на маятникообразный, увеличение свободной жидкости.

Вывод. Использование рекомендованных наряду с общепринятыми методических приемов проведения УЗИ, прежде всего применение ультразвуковой ирригоскопии, позволяет эффективно выявлять различные формы кишечной непроходимости.

ЗНАЧИМОСТЬ РАННЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕАКЦИИ ЛЕЙКОЦИТОВ И АПОПТОЗА ЛИМФОЦИТОВ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ
В.Х. Тимербеев, Н.В. Боровкова, В.В. Валетова, Ю.В. Андреев
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Цель работы – оценить влияние интраоперационных показателей реакции лейкоцитов венозной крови на продолжительность лечения пострадавших с травмой живота, осложнившейся кровопотерей.

Обследованы 22 больных (17 мужчин, 5 женщин) с травмой живота, (средний возраст $36 \pm 3,8$ года, суммарная кровопотеря 2797 ± 238 мл на больного, тяжесть травмы 29 (min 17, max 36) баллов по шкале ISS).

При поступлении в операционную отмечали лейкоцитоз $10,811,1 \cdot 10^9$ и изменение формулы крови (моноциты $5,1 \pm 0,8\%$, гранулоциты $72 \pm 3,7\%$, лимфоциты $20 \pm 2,6\%$), повышенное содержание погибших клеток (DC) $0,963 \pm 0,452 \cdot 10^9/\text{л}$ (норма $0,041 \pm 0,006 \cdot 10^9/\text{л}$), и их относительного количества (DC%) $8,9 \pm 4,15\%$ (норма $0,71 \pm 0,06\%$). Концентрация CD95+ лимфоцитов превышала норму $60,8 \pm 4,47\%$ (норма $41,7 \pm 1,8\%$), увеличилась содержание лимфоцитов (PA) на ранних стадиях апоптоза до $6,75 \pm 0,95\%$ (норма $2,02 \pm 0,15\%$). Содержание погибших лимфоцитов (PA) составило $0,4 \pm 0,08\%$ (норма $0,08 \pm 0,02\%$).

После операции в венозной крови сохранялся лейкоцитоз $13,8 \pm 1,5 \cdot 10^9/\text{л}$ (моноциты $4,5 \pm 0,8\%$, гранулоциты $83 \pm 3,0\%$, лимфоциты $11 \pm 1,9\%$), имелась тенденция к повышению PA до $8,1 \pm 1,88 \cdot 10^9/\text{л}$ и PA до $0,43 \pm 0,09 \cdot 10^9/\text{л}$, концентрация CD95+ лимфоцитов снижалась до $56,4 \pm 5,04\%$. Различия с исходными данными статистически незначимы.

Послеоперационный койко-день в стационаре составил 28 ± 6 сут. Мы не обнаружили статистически значимых корреляционных зависимостей между характеристиками реакции лейкоцитов и продолжительностью стационарного лечения после операции, что лишь свидетельствовало об отсутствии линейных взаимосвязей между анализируемыми параметрами. При детальном изучении мы выявили нелинейные взаимосвязи между продолжительностью стационарного лечения после операции и с PA при поступлении, концентрациями моноцитов и CD95+ лимфоцитов в конце операции. Так, при PA при поступлении в диапазоне значений $0,35 - 0,65 \cdot 10^9/\text{л}$ (возможно, «норма реакции») продолжительность послеоперационного наблюдения оставалась относительно стабильной. При отклонении PA от этих значений продолжительность койко-дня резко увеличивалась ($R=0,553$; $p=0,002$): койко-день = $36,69 - 90,587 \cdot \text{PA} + 101,686 \cdot \text{PA}^2$.

Повышение концентрации CD95+ лимфоцитов к концу операции снижало продолжительность послеоперационного наблюдения ($R=0,553$; $p=0,002$), а «норма реакции» на кривой практически не прослеживалась: койко-день = $749 - 0,935 \cdot \text{CD95}^+$.

Более сложный характер имела взаимосвязь койко-дня и содержания моноцитов в процентах (Mn) после операции ($R=0,815$; $p=0,006$).

Койко-день = $177,46 - 102,026 \cdot \text{Mn} + 19,68 \cdot \text{Mn}^2 - 1,17 \cdot \text{Mn}^3$.

Заключение. Реакция лейкоцитарной системы и процессы апоптоза/некроза лейкоцитов непосредственно после травмы и во время хирургического вмешательства значимо влияют на продолжительность послеоперационного наблюдения и могут быть использованы в качестве предикторов длительного пребывания пострадавших в стационаре.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ
В.М. Теплов, Б.Н. Шах, В.С. Афончиков, Д.Б. Смирнов
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
Санкт-Петербург, РФ

Серьезным препятствием в оказании специализированной помощи больным и пострадавшим реанимационного профиля является отсутствие до настоящего времени медико-экономических стандартов лечения. Это приводит к комплексу проблем, обусловленных не только недостаточным финансированием, но и вследствие возникновения спорных ситуаций между стационаром и пациентом.

На базе отдела анестезиологии и реаниматологии Санкт-Петербургского НИИ СП им. И.И. Джанелидзе на основе ретроспективного анализа историй болезней пациентов, поступавших в отделение реанимации хирургического профиля в период с 2007 по 2011 гг. была проведена работа по формированию стандартов лечения больных и пострадавших хирургического реанимационного профиля. Их создание осуществлялось с использованием компьютерной программы «Эксперт-МЭС» (*Guidelines*), разработанной Комитетом здравоохранения Санкт-Петербурга.

В отделение реанимации хирургического профиля НИИ ежегодно госпитализируют около 10 000 пациентов, нуждающихся в проведении им различных методов интенсивной терапии. Сочетание различных патологических синдромов, их выраженность, разнообразие клинических диагнозов, отличия в преморбидном фоне пациентов создают существенные сложности при выработке подходов для стандартизации.

Приняв за основу синдромальную модель пациента, решено было выделить следующие группы: пострадавшие с сочетанной травмой; больные общехирургического профиля; больные нейрохирургического профиля; больные с послеоперационным синдромом с краткосрочным пребыванием в отделении реанимации.

Для определения объема оказываемой помощи, трудозатрат персонала и состава интенсивной терапии выделены 3 уровня помощи пациентам в зависимости от тяжести их состояния: начальный, промежуточный и максимальный. Чтобы определить принадлежность пациента к тому или иному уровню помощи использовалась шкала SOFA. У пациентов, нуждающихся в начальном уровне помощи, балльность по шкале составляла от 0 до 4, в промежуточном – от 5 до 8 и максимальном – свыше 8 баллов.

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 135 000 руб. без учета трудозатрат персонала, что практически на порядок превышает объем существующего на данный момент обеспечения. Использование стандартов позволит в достаточной мере регламентировать объем и состав помощи больным и пострадавшим в рутинной практике врача-реаниматолога. 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.

СИНДРОМ ГИПЕРКАТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ
Ю.В. Титова, С.С. Петриков, М.А. Годков, М.В. Андросова, Е.В. Клычничкова, А.А. Рык, В.А. Дидусева
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

У больных с внутричерепными кровоизлияниями (ВЧК), находящихся в критическом состоянии, возникает синдром гиперкатаболизма, который характеризуется дисрегуляторными изменениями в системе «анаболизм–катаболизм» и развитием выраженной белковой недостаточности. Однако точные сроки развития и выраженности этого синдрома в раннем послеоперационном (ПО) периоде у больных с ВЧК точно не определены.

Цель исследования. Определить выраженность синдрома гиперкатаболизма в ПО периоде у больных с ВЧК.

Материал и методы: В раннем ПО периоде обследовали 13 больных с ВЧК с угнетением уровня бодрствования до 13 и менее баллов по шкале Глазго. Средний возраст пациентов составил $48,2 \pm 10,2$ года. Мужчин было 8 (61,5%), женщин – 5 (38,5%). У 2 больных (15,5%) была тяжелая черепно-мозговая травма, у 6 (46%) – субарахноидальное кровоизлияние вследствие разрыва артериальной аневризмы головного мозга, у 3 (23%) – геморрагический инсульт, у 2 (15,5%) – разрыв артерно-венозной мальформации головного мозга. Энтеральное питание (ЭП) всем больным начинали в 1-е сут ПО периода. Смешанное парентеральное-энтеральное питание (ПЭП) осуществляли со 2–8-х сут ПО периода (одному больному – со 2-х сут, двум – с 3-х сут, шести – с 4-х сут, двум – с 5-х сут, одному – с 7-х сут и одному – с 8-х сут) в связи с невозможностью достижения целей нутритивной поддержки только при помощи ЭП. Для оценки катаболизма анализировали баланс азота. Потребность в белке рассчитывали по формуле: потребность в белке (г) = (экскреция азота с мочой (г) + 4 г (внепочечных потерь)) × 6,25. В среднем поступление белка составляло $1,5 - 2 \text{ г/кг/сутки}$. Энергопотребность рассчитывали по формуле: экскреция азота с мочой (г) × 160 ккал/сут. Провели анализ динамики экскреции азота с мочой и уровня трансферрина в плазме крови (нормальные значения $2 - 3,6 \text{ г/л}$) с 1-х по 9-е сут осуществления ПЭП.

Результаты. При начале ПЭП у всех больных был выявлен выраженный катаболизм белка (экскреция азота с мочой составила $24,6 \pm 9,5 \text{ г/сут}$). Экскреция азота с мочой в 3-и сут осуществления ПЭП составила $24,1 \pm 7,5 \text{ г/сут}$, в 5-е – $42,2 \pm 26,9 \text{ г/сут}$, в 7-е – $31,7 \pm 17,8 \text{ г/сут}$, в 9-е – $25,9 \pm 3,0 \text{ г/сут}$. Концентрация трансферрина в плазме крови в 1-е сутки осуществления ПЭП составила $1,43 \pm 0,3 \text{ г/л}$, в 3-и – $1,42 \pm 0,3 \text{ г/л}$, в 5-е – $1,47 \pm 0,3 \text{ г/л}$, в 7-е – $1,45 \pm 0,2 \text{ г/л}$, в 9-е – $1,65 \pm 0,4 \text{ г/л}$.

Выводы. Выраженный гиперкатаболизм является частым осложнением раннего ПО периода у больных с ВЧК и требует коррекции.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГИПЕРГЛИКЕМИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ РАЗРЫВА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМОВ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ ВИЛЛИЗИЕВОГО КРУГА

Ю.В. Титова, С.С. Петриков, Е.А. Каралетян, А.А. Солодов, С.В. Ефременко, В.А. Дидусева, Ю.Г. Швидкой
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Возникновение гипергликемии (ГГ) у больных с разрывом церебральных аневризм (ЦА) является фактором риска неблагоприятного исхода заболевания. Однако частота развития ГГ у данной категории больных не определена.

Цель исследования. Определить частоту развития ГГ и ее прогностическую значимость у больных с разрывом ЦА передних отделов виллизиевого круга в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 165 больных с субарахноидальным кровоизлиянием (САК) вследствие разрыва ЦА передних отделов виллизиевого круга. Все больные до поступления в стационар не страдали сахарным диабетом. Тяжесть состояния по шкале Hunt-Hess была II степени – у 26,1%, III степени – у 59,4%, IV степени – у 12,1%, V степени – у 2,4% больных, анатомическая форма кровоизлияния по С.М. Fisher: 1 – у 10,9%, 2 – у 1,2%, 3 – у 21,2%, 4 – у 66,7% пациентов. Средний возраст больных составил 48,9±11 лет, отношение мужчины/женщины – 75/90. Всем больным было выполнено выключение ЦА из кровотока в остром периоде САК. Определяли уровень глюкозы (ГЛЮ) в плазме артериальной крови в первые сутки после оперативного вмешательства. Гипергликемией считали повышение концентрации ГЛЮ в плазме крови до 6,1 ммоль/л и более. Концентрацию ГЛЮ определяли при помощи газоанализатора (ABL 800) от 1 до 4 раз в сутки (общее количество проб – 334). Для сравнительного анализа использовали максимальную концентрацию ГЛЮ в плазме крови.

Результаты. У 51% больных концентрация ГЛЮ в плазме крови находилась в пределах 6,1–10 ммоль/л (умеренная ГГ), а у 37% превышала 10 ммоль/л (выраженная ГГ). Только у 12% пациентов была выявлена нормогликемия (концентрация ГЛЮ в плазме крови 3,5–6 ммоль/л).

Частота выздоровления без неврологического дефицита (НД) и с минимальным НД у пациентов с нормогликемией составила 80%, а летальность – 15%. В группе больных с умеренной ГГ частота выздоровления без НД и с минимальным НД составила 73,9%, а летальность – 20,2%. Частота выздоровления без НД и с минимальным НД у пациентов с уровнем гликемии более 10 ммоль/л составила 65,6%, летальность – 31,1%.

Выводы. Частота развития ГГ в первые сутки после выключения аневризм передних отделов виллизиевого круга из кровотока составляет 88%. Развитие ГГ в первые сутки после оперативного вмешательства сопровождается увеличением летальности и снижением частоты выздоровления с благоприятным неврологическим дефицитом.

ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЫШЕЧНО-СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ТРАВМЫ

К.Е. Тихова, В.Е. Савелло, Т.А. Шумакова
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Цель исследования: изучить возможности МРТ в диагностике повреждений мышечно-связочного аппарата шейного отдела позвоночника при различных видах травмы.

Материал и методы. Выполнено МРТ позвоночника 85 пострадавшим с острой травмой в возрасте от 18 до 68 лет (средний возраст 42±12 лет). Из них было 69 мужчин (81,2%) и 16 женщин (18,8%). МРТ проводили на томографе «Signa HD, GE» (1,5 Т) по стандартной методике с использованием спинальной катушки. Часть протоколов дополняли контрастной и бесконтрастной ангиографией, миелографией. Тяжелым пациентам МРТ-исследования проводили в условиях искусственной вентиляции легких. Все больные при поступлении прошли КТ. МРТ-исследование в динамике было проведено 53 пострадавшим (62,35%). Причины травмы шейного отдела позвоночника: падение с высоты – 32 пациента (37,7%), ДТП – 26 (30,6%), травма ныряльщика – 24 (28,2%), падение предмета на голову – 3 (3,5%).

Результаты. Повреждения мышечно-связочного аппарата шейного отдела позвоночника были обнаружены у 60 пострадавших (70,5%). Их них осложненная травма наблюдалась у 52 пациентов (61,1%), несложненная – у 8 (9,4%). Повреждения мягких тканей при осложненной травме шейного отдела позвоночника, полученной при падении с высоты, были выявлены у 21 больного (24,7%), при нырянии – у 16 (18,8%), при ДТП – у 11 (12,9%), при падении предмета на голову – у 2 (2,3%). Частичный разрыв связочного аппарата при несложненной травме наблюдали при травме ныряльщика у 3 пострадавших (3,5%), при ДТП – у 3 (3,5%), при кататравме – у 2 (2,3%). Полный разрыв мышечно-связочного аппарата встречался только при осложненной позвоночно-спинномозговой травме у 23 пациентов (27%). Травма спинного мозга шейного отдела сопровождалась многоуровневым повреждением мягких тканей у 32 пострадавших (37,6%), без повреждения спинного мозга – у 5 (5,9%). Нарушение целостности мягких тканей передней опорной колонны диагностированы у 4 пациентов (4,7%), задней – у 35 (41,1%), передней и задней – у 21 (24,7%). При несложненной позвоночно-спинномозговой травме наблюдался разрыв мягких тканей только задней опорной колонны.

Выводы. МРТ-исследование является информативным методом диагностики состояния мышечно-связочного аппарата шейного отдела позвоночника при различных видах травм, позволяющим определять оптимальную лечебную тактику пострадавших.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭНЕРГОПОТРЕБНОСТИ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ ПРИ ПОМОЩИ УРАВНЕНИЯ ХАРРИСА-БЕНЕДИКТА И НЕПРЯМОЙ КАЛОРИМЕТРИИ

Ю.В. Титова, С.С. Петриков, А.А. Рык, С.В. Ефременко, Е.А. Каралетян, В.А. Дидусева
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Оценка энергопотребности (ЭП) является одной из важнейших задач при определении тактики искусственного питания у больных, находящихся в критическом состоянии. Наиболее часто ЭП рассчитывают по уравнению Харриса-Бенедикта (ХБ). Однако результаты таких расчетов могут существенно отличаться от потребностей пациента в энергии, определяемых при помощи непрямой калориметрии (НК).

Цель исследования: сравнительный анализ результатов определения суточной ЭП больных с внутричерепными кровоизлияниями (ВЧК), находящихся в критическом состоянии, при помощи уравнения ХБ и непрямой калориметрии.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов 128 одновременных исследований ЭП при помощи уравнения ХБ и НК (прибор MEDGRAPHICS CCM Express, Medical Graphics Corporation, США) у 30 больных с ВЧК с угнетением уровня бодрствования до 13 баллов и менее по шкале комы Глазго в различные сроки послеоперационного периода. Средний возраст пациентов составил 49,8±13,6 года. Мужчин было 21 (70%), женщин – 9 (30%). У 4 больных (13,3%) была тяжелая черепно-мозговая травма, у 19 (63,3%) – субарахноидальное кровоизлияние вследствие разрыва артериальной аневризмы головного мозга, у 6 (20%) – геморрагический инсульт, у 1 пациента (3,4%) – разрыв артериовенозной мальформации. ЭП рассчитывали по уравнению ХБ и определяли при помощи метаболога методом НК. Измерение НК осуществляли в течение 60–90 мин при проведении искусственной вентиляции легких с фракцией кислорода в дыхательной смеси не более 60%. Полученные данные экстраполировали на суточную ЭП. Для получения данных об основном обмене в нормальных условиях обследовали 16 здоровых добровольцев (ЗД). Основной обмен ЗД исследовали в утренние часы в положении полулежа после периода отдыха в течение 60 мин. До начала исследования ЗД воздерживались от приема пищи и курения в течение 2 ч. Для проведения НК использовали полуплотный контур (Express CCM Canopy Kit, Medical Graphics Corporation, США).

Результаты. У больных с ВЧК основной обмен, определенный при помощи метаболога (REE), составил 2041,4±478,5 ккал и превышал аналогичный показатель, рассчитанный при помощи уравнения ХБ (REEpred) – 1795,8±320,5 ккал на 12% (p<0,05). Респираторный коэффициент (RQ) превышал нормальные значения (0,8–0,85) и составил 1,02±0,18. Основной обмен ЗД, определенный при помощи метаболога (REE), составил 1550,3±375,1 ккал и достоверно не отличался от показателя REEpred, рассчитанного при помощи уравнения ХБ – 1658,9±248,6 ккал. Респираторный коэффициент соответствовал нормальным значениям и составил 0,8±0,09. REE, определенный при помощи НК, у больных с ВЧК превышал соответствующий показатель в группе здоровых добровольцев на 24,1% (p<0,05).

Вывод: энергопотребность больных с ВЧК, определенная при помощи непрямой калориметрии, превышает нормальные значения на 24,1% и аналогичный показатель, рассчитанный при помощи уравнения ХБ, на 12%.

К ИСТОРИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В БЕЛАРУСИ

Е.М. Тищенко

**Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Республика Беларусь**

История становления и развития скорой медицинской помощи несомненно имеет научное, воспитательное и прогностическое значение. В этой связи на основе исторического анализа архивных и опубликованных тематических документов представили характеристику скорой медицинской помощи Беларуси на различных исторических этапах XX в.

К началу XX в. относится зарождение неотложной и скорой медицинской помощи в Белоруссии, которое первоначально было связано с земством. Так, в 1908 г. при Минской земской губернской больнице учреждены ночные дежурства. Позже (1910) такие дежурства устанавливаются в Минской еврейской больнице, а общество Красного Креста в Минске (1911) и городское управление в Могилеве (1912) приобретают карету скорой помощи.

В 1920-е гг. в Беларуси вводили оказание скорой медицинской помощи (не только при болезнях, но и при амбулаториях: в 1922 г. в Минске установлены вечерние дежурства; 1925 г. – выделены специальные врачи; 1926 г. – приобретен первый санитарный автомобиль), осуществляли открытие пунктов первой помощи на предприятиях (1924).

В 1930-е гг. происходит организация санитарной авиации (1935) и увеличение числа станций скорой помощи (1934 г. – 10 с 5, 1940 г. – 89 с 133 автомобилями в восточных областях). Вместе с тем, новые прогрессивные организационные формы не имели широкого распространения, к тому же амбулаторные учреждения испытывали кадровые и материально-технические трудности. В республике имело место диспропорция в состоянии медико-санитарной помощи не только города и сельской местности, но и отдельных городов.

В Западной Беларуси, входившей в межвоенный период в состав Польши, местные отделы общества Красного Креста организовали первые станции скорой помощи (Белосток, 1936; Гродно, 1937). В начале 1940 г. в Западной Беларуси было отправлено 20 автомашин скорой помощи, а к началу 1941 г. здесь действовали 69 станций скорой медицинской помощи.

В 1950–1980-е гг. (в соответствии с директивными документами – Постановление Совмина Белоруссии от 26 декабря 1961 г., приказ МЗ СССР № 1490 от 29 декабря 1984 г.) в республике организована и развита единая служба скорой и неотложной медицинской помощи взрослому и детскому населению. Если в начале 1960-х гг. образуются первые специализированные бригады скорой медицинской помощи (во всех областных городах – тромбозамблические; Минск – гинекологические, травматологические; Могилеве, Бобруйске – по борьбе с терминальными состояниями), то в 1980-х гг. их число стало значительным (1984 г. – 544 бригады, из них 226 кардиологических, 209 травматологических, 18 реанимационных, 15 неврологических, 13 интенсивной терапии). Притом что превалировало число обще-врачебных (1984 г. – 726) и фельдшерских (1984 г. – 1780) бригад. В 1984 г. использовано 800 машин скорой медицинской помощи (1960 г. – 391, 1970 г. – 577, 1980 г. – 716), было завершено радиодифференцирование их и станций скорой помощи. Стабилизировалось среднее время обслуживания вызова (например, в Минске в 1977 г. – 40,3, 1983 г. – 42,8 мин). В то же время (1984) лишь на 4% удовлетворена потребность в портативной наркотико-дыхательной аппаратуре. А в Минске 12,7% бригад имели дефибрилляторы (которые из-за большого веса – 25 кг были неудобны для применения). Сохранялся высокий процент необслуженных вызовов (1989 г. – до 40). Возросло число станций скорой и неотложной медицинской помощи (1960 г. – 10, 1965 г. – 171, 1985 г. – 202). К 1990 г. во всех областных городах были открыты больницы скорой медицинской помощи.

В 1990-е гг. при неизменном количестве станций (1990 и 1999 г. – 200) и больниц (1991 и 1999 г. – 6) скорой медицинской помощи, уменьшении числа врачебных (1990 г. – 1466, 1999 г. – 1057) и фельдшерских (1990 г. – 1980, 1999 г. – 1904), но росте специализированных (1990 г. – 348, 1999 г. – 447) бригад, в первую очередь – интенсивной терапии (1990 г. – 57, 1999 г. – 125), увеличилось число выполненных вызовов (1990 г. – 369,5, 1999 г. – 404,3 на 1000 населения).

В Законе "О здравоохранении Республики Беларусь" определена форма – скорая медицинская помощь. Показатель – число бригад скорой медицинской помощи установлен как один из сетевых стандартов здравоохранения.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРУЮЩИХ ГЕРНИОПЛАСТИК

М.П. Толстых, В.Г. Ширинский, А.П. Розумный, К.Т. Алибеков

Городская клиническая больница № 52

Москва, РФ

С 2002 по 2013 гг. в ГКБ № 52 оперированы 59 пациентов с рецидивными паховыми и бедренными грыжами, ранее оперированных с использованием имплантатов. Количество таких больных невелико, их поступление носит несистемный и очень периодический характер но только лишь с начала 2013 г. уже поступили и были прооперированы 5 таких пациентов. Возросшая актуальность объясняется легкой доступностью, большим разнообразием техник операции и широчайшим распространением протезирующих герниопластик, а также, вероятно, отклонениями от традиционной техники у больных с измененной конституцией, особенно практикующими и начинающими практику хирургами. Единственным анатомически не измененным пространством после пластики Лихтенштейна в абсолютном большинстве случаев является предбрюшинное пространство.

В случае рецидива паховой грыжи после ненапряжной аллогерниопластики, даже если она была выполнена ранее лапароскопическим методом, повторную операцию следует проводить лапароскопическим способом, при этом ее должен осуществить опытный хирург, который владеет достаточной техникой лапароскопических операций.

После наложения пневмоперитонеума и лапароскопической ревизии в случае выраженных рубцовых изменений в зоне операции первым этапом производили циркулярное рассечение брюшины в области шейки грыжевого мешка, дополнительно выполняли два разреза парietальной брюшины длиной до 3–4 см: один – по ходу медиальной складки, второй – параллельно подвздошно-лонному тракту. Следующим этапом осуществляли диссекцию мышечно-фасциальных структур паховой области, нижних надчревных сосудов, семявыносящего протока и сосудов семенного канатика.

Рассечение брюшины ранее оперированным лапароскопически пациентам производили вне линии наложенных швов. Для адекватной ревизии и пластики рецидива выполняли широкую отсепаровку обоих лоскутов брюшины. Латеральной границей сепаровки являются поперечная мышца живота и подвздошно-лонный тракт на 2 см латеральнее внутреннего пахового кольца, медиальной – прямая мышца и лонная кость.

Всем больным выполнена лапароскопическая протезирующая герниопластика с использованием сетчатых имплантатов. Перед фиксацией имплантата пациентам с несостоятельной задней стенкой и грыжевыми воротами более 3 см производили восстановление топографо-анатомических соотношений задней стенки пахового канала двумя-тремя швами. Во всех случаях использовали сетку с горизонтальным раскроем размером, достаточным для закрытия всех потенциальных мест выхода грыжи. При размещении протеза нижнюю брюшную стенку последнего располагали под семенным канатиком. Край имплантата на 2 см перекрывали латеральную и медиальную паховые ямки и бедренный футляр.

Использование эндохирургической технологии в лечении больных с рецидивными паховыми грыжами, оперированных ранее передними доступами, более радикально. Операции лапароскопическим доступом патогенетически обоснованы, проходят вне зоны рубцов и в условиях неизмененной анатомии. Возможности эндоскопической техники позволяют уменьшить риск повреждения сосудов, нервов паховой области и элементов семенного канатика.

СОЧЕТАННАЯ ШОКОГЕННАЯ ТРАВМА ГРУДИ И ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА

А.Н. Тулугов, Г.М. Бесеев, В.С. Афончиков, С.Ш. Тания, В.Г. Багдасарьянц, А.С. Ганин

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе

Санкт-Петербург, РФ

В основе работы находятся результаты обследования и лечения в СПб НИИ СП им. И.И. Джanelидзе 186 пострадавших с сочетанными закрытыми шокогенными повреждениями груди и плечевого пояса.

Установлено, что такая травма относится к категории тяжелой. В 86,6% наблюдений она характеризуется повреждением костного каркаса грудной клетки и в 96,2% – повреждением внутренних органов груди. У 14% пациентов возникают множественные переломы ребер с формированием реберного клана. У 23,7% пострадавших диагностируются двойные переломы ребер без нарушения каркасной функции грудной клетки. У 60% пострадавших повреждения внутренних органов представлены односторонними закрытыми повреждениями легких и сердца. У 57,6% пострадавших развивается гемоторакс, гемопневмоторакс и пневмоторакс. У половины пациентов травма груди сочетается с повреждениями ключицы, у каждого третьего – плечевой кости и у каждого четвертого – лучевой кости, у каждого шестого – локтевой кости, у каждого десятого – лопатки и у 6% – кости. У 42,5% обследованных диагностируются повреждения двух и более сегментов плечевого пояса. Три четверти пациентов имеют закрытые переломы костей плечевого пояса, 13,9% – открытые переломы и 10,6% – разрывы связочного аппарата суставов и сочленений. У всех пострадавших кроме травмы груди и плечевого пояса возникают различные повреждения других областей тела. Почти у половины их них повреждения 4 и более областей.

Противошоковое хирургическое лечение и его анестезиологическое обеспечение при тяжелой сочетанной травме груди с реберным кланом в современном траектории всегда начинается с ИВЛ в протившоковой операционной. У значительного числа пострадавших интубацию трахеи и ИВЛ производит персонал реанимационно-хирургических бригад еще на догоспитальном этапе. ИВЛ весьма эффективно предотвращает флотацию реберного клана. Данная так называемая пневмомодификация продолжает осуществляться и в отделении хирургической реаниматологии. В таких случаях вопрос о необходимости фиксации реберного клана возникает после устранения паренхиматозного компонента дыхательной недостаточности по мере купирования проявлений ушиба легких и сердца, респираторного дистресс-синдрома взрослых (или) пневмонии, а также ликвидации гемо- и пневмоторакса, плеврита, пареза кишечника и т.д. На этом этапе производится оценка функциональной значимости реберного клана. Иногда этот вопрос приходится решать не сразу, а через несколько суток после перевода пациентов с ИВЛ на самостоятельное дыхание, когда оно неэффективно и не обеспечивается должного газообмена. Реберный клан признается в функциональном отношении значимым, если у пациента, несмотря на обволакивание, сохраняются признаки субкомпенсированной или декомпенсированной дыхательной недостаточности или невозможны перевод ИВЛ на самостоятельное дыхание.

Основными критериями функциональной значимости реберного клана являются участие в акте дыхания скелетной мускулатуры (поверхностных мышц груди и шеи), частота дыхания более 30 уд/мин, РаСО₂ – более 50 мм рт.ст., плетизмографическая сатурация кислорода (SpO₂) – менее 90% через 30–40 мин. После внутримышечного введения аналгетиков (1 мл 2% раствора промедола, 100 мг кетонала или 50 мг трамадола) и проведения санации местного обезбоживания (мехреберная, паравербальная, длительная регионарная ретроплевральная, субплевральная или перидуральная анестезия, их сочетание).

Основным из перечисленных критериев является не снижение РаО₂, которое при вентиляционной дыхательной недостаточности можно поднять путем проведения оксигенотерапии с использованием лицевой маски или через микротрахеостому, а именно повышение РСО₂, т.к. адекватная элиминация СО₂ невозможна из-за парадоксальных движений фрагмента грудной клетки и тахиноэ. Для фиксации реберного клана у пациентов с благоприятным и сомнительным прогнозом внеочаговых металлоостеосинтез, в том числе согласно предложенному нами способу (патент № 2333730 от 2006 г.), как эффективное и малотравматичное вмешательство может быть выполнено в срочном порядке, а у пациентов с отрицательным прогнозом – в отсроченном, при их переводе с ИВЛ на самостоятельное дыхание. При сомнительном прогнозе внеочаговых металлоостеосинтез костей плечевого пояса также целесообразно проводить в срочном порядке.

Чрескостный металлоостеосинтез для одновременной стабилизации костного каркаса груди, ключицы и тазового кольца производится путем наложения фиксирующих узлов на неповрежденные сегменты костного каркаса груди и фиксации нестабильного фрагмента грудной клетки к неповрежденным сегментам надплечья, груди и таза при помощи спиц и демпферной системы. Продолжительность фиксации таким аппаратом составляет от 2 до 3 недель.

Использование разработанного нами нового способа стабилизации костного каркаса груди обеспечивает возмещение купирования вентиляционной дыхательной недостаточности, улучшение показателей центральной гемодинамики и возможность раннего расширения двигательной активности пострадавших.

Срочный внеочаговый, наkostный и внутрикостный металлоостеосинтез ключицы и плечевой кости при сочетанной травме груди и плечевого пояса способствует быстрому восстановлению у пациентов двигательной активности и нормализации функций внешнего дыхания. Применение фиксации флотирующего реберного клана путем внеочагового остеосинтеза ребер и грудной клетки в комбинации с внеочаговым металлоостеосинтезом костей плечевого пояса, а также использование нового алгоритма лечебно-тактического прогнозирования при сочетанной шокогенной травме груди и верхних конечностей дает возможность уменьшить продолжительность стационарного лечения пациентов на 4,5 сут, частоту осложнений – в 1,3 раза, а летальность – в 1,2 раза. Не значимые в функциональном отношении боковые, переднебоковые и даже передние билатеральные реберные кланы, как и все другие переломы ребер, подлежат только консервативному лечению, в том числе при смещении костных отломков.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ВСЛЕДСТВИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ В ТРАВМОЦЕНТРАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

А.Н. Тулугов, А.А. Закарян, А.Е. Чикин

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе

Санкт-Петербург, РФ

По данным ГИБДД, в 2011 г. в Москве на 100 000 населения количество ДТП составило 98,5, погибших в них – 6,4, пострадавших – 113,4, а в Санкт-Петербурге – соответственно 149,0, 9,4 и 172,3, что в 1,5 раза больше. За 9 месяцев 2012 г. в северной столице эти показатели увеличились более чем на 10%. Все это свидетельствует об особой актуальности проблемы оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим в ДТП. Такая помощь в Санкт-Петербурге организована в соответствии с приказами Минздрава России от 15.12.2009 № 991н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком» и распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 16.02.2012 г. № 73-р «О совершенствовании в Санкт-Петербурге организации медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком».

Оказание специализированной медицинской помощи пострадавшим с сочетанной, множественной и изолированной шокогенной травмой в Санкт-Петербурге осуществляется в 6 травмоцентрах I уровня и 3 травмоцентрах II уровня.

Травмоцентры I уровня развернуты на базе многопрофильных стационаров скорой медицинской помощи, традиционно занимающихся диагностикой и лечением тяжелой механической травмы. К ним относятся СПб ГКБ «Елизавитинская больница», СПб ГКБ «Маринская больница», СПб ГКБ «Александровская больница», СПб ГКБ «Городская больница № 26», СПб НИИ СП им. И.И. Джanelидзе и клиника военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М. Кирова. В их структуре имеются протившоковая операционная, специализированное реанимационное отделение или пост для пострадавших с сочетанной травмой и отделение сочетанной травмы.

Травмоцентры II уровня организованы в составе менее крупных стационаров: СПб ГКБ «Городская больница № 33», СПб ГКБ «Николаевская больница» и СПб ГКБ «Городская больница № 40». В них обследование и лечение пострадавших осуществляется в протившоковой операционной, обычных отделениях реанимации, хирургическом и травматологическом. Травмоцентры достаточно хорошо укомплектованы высококвалифицированными специалистами и в соответствии с государственными и муниципальными программами по модернизации здравоохранения и обеспечению безопасности дорожного движения оснащены современной лечебно-диагностической аппаратурой. За всеми травмоцентрами закреплены территориальные зоны ответственности. Доставка пациентов производится минуя приемные отделения, непосредственно в протившоковые операционные с предварительным оповещением дежурных бригад служб скорой помощи. Подавляющее большинство пострадавших доставляют в стационары в течение 1,5 ч после травмы.

Ежегодно в травмоцентрах города получают лечение около 50 000 (около 4 000 в месяц) пострадавших с изолированными, множественными и сочетанными закрытыми травмами и ранениями. Частота сочетанных травм составляет 12,5%, доля сочетанных травм, сопровождающихся шоком – 56,3%, доля закрытых сочетанных травм – 68,2%. У 77% пациентов травма возникла вследствие ДТП. В каждом из 6 травмоцентров I уровня в год проходит обследование и получают лечение в среднем около 600 пациентов, в каждом из 3 травмоцентров II уровня – на порядок меньше. В другие стационары города доставляют около 300 пострадавших в год. Летальность при тяжелой механической травме в травмоцентрах I уровня составляет около 15%, в травмоцентрах II уровня – около 20%, а в других (специализированных в отношении шокогенной травмы) – 37%. Летальность при тяжелой сочетанной травме в течение первых 2 суток в значительной степени зависит от догоспитального лечения. При использовании реанимационно-хирургических бригад (РХБ) скорой медицинской помощи она в 1,5–2 раза ниже, чем при выезде обычных линейных.

В Санкт-Петербурге круглосуточно работают 8 РХБ: 5 – по всему городу от подстанции № 12 и по одной в пригородах Колпино, Пушкино и Стрельное. С учетом того, что в сутки в городе госпитализируется в среднем 14 пострадавших с сочетанной травмой, то на одну РХБ в сутки приходится менее 2 вызовов. В то же время в 2012 г. этилими бригадами было обеспечено лишь 57% пациентов. Остальные 41% доставлены линейными бригадами, а 2% поступили «самостоятельно».

К числу проблем, требующих решения для улучшения оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в ближайшее время, относятся следующие: принятие и реализация программы «Комплексные меры по обеспечению безопасности дорожного движения в Санкт-Петербурге на 2013–2016 гг.», оптимизация доставки пострадавших в травмоцентры и догоспитального лечения, совершенствование медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, оптимизация статистического инструментария учета таких травм, разработка и внедрение системы мониторинга оказания медицинской помощи в травмоцентрах города, увеличение доступности современных малоинвазивных диагностических и лечебных технологий.

Наш опыт убедительно свидетельствует о правильности современной концепции создания в мегаполисах страны системы травмоцентров и необходимости использования РХБ скорой помощи.

ВИДЕОТРАКОСКОПИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

А.Н. Тулугов, С.Ш. Тания, В.И. Иванов, А.С. Ганин

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе

Санкт-Петербург, РФ

При изолированной травме груди при отсутствии критических нарушений витальных функций (преджелезого дыхания и кровообращения) и показаний для экстренной торакотомии лечебно-диагностическая видеотракоскопия может быть произведена практически всегда и даже под местным обезбоживанием. Дело обстоит по-другому, если необходимость в проведении эндовидеохирургических операций (видеотракоскопии, видеолaparоскопии) и последовательно их обеих) возникает у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди на фоне травматического шока в условиях нестабильной гемодинамики и дефицита времени.

В связи с этим нами разработаны, апробированы и применяются в клинической практике следующие принципы использования эндовидеохирургических вмешательств при сочетанной травме груди и живота, сопровождающейся шоком: 1 – определение очерочности проведения эндовидеохирургических и других оперативных вмешательств в строгом соответствии с принципом доминирования повреждений; 2 – проведение всех эндовидеохирургических вмешательств только под общим обезбоживанием с интубацией трахеи; 3 – использование видеотракоскопии только при прогнозе, благоприятном для проведения оперативных вмешательств; 4 – проведение лечебно-диагностической видеолaparоскопии ввиду малой ее травматичности при любом прогнозе; 5 – проведение видеолaparоскопии при травме живота в сочетании с травмой груди с гемопневмотораксом только после адекватного дренирования плевральной полости; 6 – обеспечение полного удаления патологических жидкостей и свертков крови из плевральной и брюшной полостей, выявление и устранение повреждений внутренних органов, полного гемостаза и аэростаза, адекватного направления дренирования полостей; 7 – при сочетанной травме груди и живота торакотомия и видеотракоскопия, с одной стороны, и лапаротомия и видеолaparоскопия, с другой, не являются взаимокompенсирующими диагностическими вмешательствами. ИВЛ во время видеотракоскопии при сочетанной травме груди может быть как односторонней, так и двусторонней, а вопрос о видеолaparоскопии мусорится из-за такой уж редкой (по нашим данным, в 18,6% случаев) необходимости проведения этих двух эндовидеохирургических вмешательств в одно и то же пострадавшего.

С учетом данных литературы и результатов собственных клинических наблюдений установлено, что показаниями для проведения видеотракоскопии при закрытой и открытой изолированной и сочетанной травме груди являются: средний и большой гемоторакс, продолжающееся внутриплевральное кровоотечение с выделением до дренажа из плевральной полости крови в количестве до 500 мл в час, проникающие ранения груди в проекции сердца и крупных сосудов (в «кардиальной» зоне) при отсутствии убедительных признаков тампонады сердца и напряженной гематомы средостения, проникающие ранения груди в «торакоабдоминальной» зоне, нарастающая и напряженная эмфизема средостения, некупируемый напряженный пневмоторакс, стойкий, не купируемый в течение 3–5 суток после травмы, и рецидивирующий пневмоторакс, свернувшийся гемоторакс, иррегулярные тела плевральной полости, легкого и средостения.

Видеотракоскопия противопоказана при тотальном гемотораксе, убедительных признаках ранения сердца и крупных сосудов, профузом внутривидеохирургическим и легочном кровоотечении, неблагоприятном и сомнительном прогнозе для проведения оперативных вмешательств при шокогенной травме груди, наличии неустранимых доминирующих угрожающих жизни повреждений другой локализации, напряженном или некупируемом пневмотораксе на противоположной стороне груди, облитерации плевральной полости, обширных повреждениях и нагноениях мягких тканей груди. При сочетанной шокогенной травме груди это вмешательство выполняется в неотложном или срочном порядке только при благоприятном прогнозе после устранения доминирующего угрожающего жизни повреждения другой локализации.

Лечебно-диагностическая видеотракоскопия является одним из ключевых звеньев разработанного нами алгоритма диагностики и лечения травматического гемоторакса. Общую анестезию в ходе вмешательства дополняют проведением внутривидеохирургических блокад местными анестетиками. Во время видеотракоскопии производили полную эвакуацию жидкой крови и свертков, ревизию стенок плевральной полости и внутренних органов, выявление и устранение источников кровотечения, аэростаза, санацию и направленное дренирование плевральной полости. Чувствительность этого метода составляет 94,6%, специфичность – 87,6%, положительная прогностичность – 96,8%, отрицательная прогностичность – 80,9%, диагностическая точность – 93,7%. При выполнении неотложной и срочной видеотракоскопии средней и большой травматической гемоторакс всегда был частично свернувшимся.

Включение этого вмешательства в комплекс лечебно-диагностических мероприятий у пострадавших с травматическим гемотораксом позволяет уменьшить частоту торакотомий – в 2,1 раза, продолжительность плевральной дренирования – в 2,2 раза, частоту осложненной травматической болезни – в 1,6 раза, продолжительность стационарного лечения и летальность – в 1,3 раза. При невозможности выявления (или) устранения источника внутривидеохирургического кровоотечения эндовидеохирургическим путем в экстренном порядке производили конверсию. Ее частота составила 9,3%. Лечебно-диагностическая видеотракоскопия с эндоскопической декортизацией легкого и удалением свернувшегося и нагноившегося гемоторакса удавалась при давности последнего до двух недель.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

А.Н. Тулупов, Г.И. Сиенченко, Д.Р. Ивченко, С.Ш. Тания
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Цель: оптимизация обследования и лечения пострадавших с травмой груди путем улучшения прогнозирование и профилактики посттравматической эмпиемы плевры.

Материал и методы: В основу работы положены результаты обследования и хирургического лечения 650 пострадавших с повреждениями груди: 104 женщины и 546 мужчин. Их возраст составлял от 17 до 75 лет, но в основном это были лица молодого и среднего возраста. 518 пациентов имели закрытую травму груди, 125 – колото-резаные и 7 – огнестрельные ранения. У всех пострадавших диагностированы гемо-, пневмо- или гемопневмоторакс различной величины. Во всех случаях сразу после поступления в стационар производилось дренирование плевральной полости двумя дренажами. У большинства (559 человек) механическая травма груди была изолированной, а у 91 пациента – сочетанной. Посттравматическая эмпиема плевры возникла у 94 пациентов (14,5%). Диагноз эмпиемы плевры устанавливали на основании комплекса клиничко-лабораторных и рентгенологических данных (пикноград, поступление по дренажам из плевральной полости гноя или экссудата с лейкоцитозом более 10 млрд.кл/л с преобладанием нейтрофилов, наличие плевральных наслоений и т.д.). Из 94 пациентов 91 выписан из стационара в удовлетворительном состоянии, а 3 (3,2%) скончались: двое на фоне прогрессирования септикопиемии; третий – от профузного внутривидеоплеврального кровотечения из подключичной артерии вследствие ее протравливания повреждением отломками I ребра. Оценивали прогностическую значимость 25 показателей: продолжительность догоспитального периода; характер травмы (открытая или закрытая); сочетание травмы; гемоторакс малый, средний, большой; гемоторакс вообще; пневмоторакс малый, большой, тотальный; пневмоторакс вообще; гемопневмоторакс вообще; количество поврежденных ребер; общая кровопотеря до 1 л, 1 – 1,5 л, более 1,5 л; все виды кровопотери; травматический шок I, II, III степеней; все виды шока; шокогенность травмы; тяжесть травмы по шкале ВПК; ЛИИ и коэффициент адаптации на 3-и сутки после получения травмы. Моделирование связи входных показателей с развитием эмпиемы плевры выполняли на ПК по модулю Multiple Regression ППП Statistica 5.0. У 17 пострадавших с высоким риском развития посттравматической эмпиемы плевры оценена профилактическая эффективность клеточного иммуномодулятора «Галавит» в дозе 1–2 мг/кг/сут. при однократном внутримышечном введении в течение первых пяти суток после травмы.

Результаты. Исследование показало, что расчет вероятности формирования этого осложнения сразу после поступления пострадавших в стационар является весьма неточным. Информативность прогноза существенно возрастает, если учитывать особенности общей реакции организма в самом начале раннего этапа травматической болезни. При оценке факторов риска через 3 суток после травмы уравнение линейной регрессии (функция прогнозирования эмпиемы) имеет следующий вид:
 $Y = 0,6, 0,38 \cdot PT + 0,2 \cdot KP - 0,32 \cdot GT + 0,39 \cdot Ш + 0,024 \cdot ЛИИ$, где

PT – пневмоторакс, коэффициент при малом PT равен 1, при среднем, большом и тотальном – 0; KP – величина общей кровопотери, коэффициент при KP до 1 л равен 1, от 1 до 1,5 л – 1,5, более 1,5 л – 2; GT – гемоторакс, коэффициент при малом GT равен 1, при среднем, большом и тотальном – 0; Ш – травматический шок, коэффициент при его наличии независимо от степени равен 1, при отсутствии – 0; ЛИИ – величина лейкоцитарного индекса интоксикации по Я.Я. Кальф-Калифу через 3 суток после травмы в усл. ед. При Y от 0 до 0,3 риск развития эмпиемы низкий, при Y от 0,3 до 0,7 – умеренный, при Y от 0,7 и более – высокий.

Выводы:

1. Возникновению посттравматической эмпиемы плевры при закрытых повреждениях и ранениях груди способствует поздняя доставка пострадавшего в стационар, сочетание травмы груди с травмой других областей тела, проникающий характер ранения с повреждением легкого и сердца, наличие средней, тяжелой и крайне тяжелой кровопотери и шока, наличие среднего и большого гемоторакса, свернувшегося гемоторакса, наличие среднего и большого пневмоторакса.
2. Ключевыми и пригодными для количественной оценки прогноза развития этого осложнения являются: острая массивная кровопотеря, травматический шок, средний и большой гемоторакс и пневмоторакс на фоне высоких значений ЛИИ на 3-и сутки. На основании этих факторов риска с помощью уравнения линейной регрессии разработана формула прогноза посттравматической эмпиемы плевры, достоверная в 76,4% наблюдений.
3. У пострадавших с высоким риском развития посттравматической эмпиемы плевры имеются выраженные нарушения в клеточном звене иммунитета, основными из которых являются лейкоцитоз с лимфопенией, снижение ЛКТ, резкое повышение хемиллюминесценции крови, повышение уровня активированных Т-, В-лимфоцитов.
4. Профилактика этого осложнения должна заключаться в рациональном воздействии на местные и общие предрасполагающие факторы. Применение в комплексе профилактических и лечебных мероприятий препарата «Галавит» у пострадавших с высоким риском развития посттравматической эмпиемы плевры в периодах острой реакции на травму и ранних проявлений травматической болезни позволило снизить частоту возникновения этого осложнения в 2 раза и уменьшить продолжительность лечения в стационаре на 8 суток.

РАННИЕ ЭНТЕРАЛЬНЫЕ ИНФУЗИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙШОКОМ

А.Н. Тулупов, В.М. Луффт, А.В. Липецкий
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Для изучения этой проблемы нами разработано, запатентовано и использовано на практике оригинальный способ определения всасывания воды в тонкой кишке с использованием препаратов лития. Нам установлено, что всасывание изотонических растворов в тонкой кишке сохранено и эффективно как в условиях плановых больших оперативных вмешательствах, сопровождающихся значительной кровопотерей, так и при сочетанных шокогенных травмах, в том числе с повреждением органов брюшной полости. Данное положение предостало возможность разработать методику и алгоритм использования этого метода при тяжелой сочетанной травме груди. Энтеральные инфузии осуществляли через назогастральный или назоинтестинальный зонд. Желудочный зонд вводили всем пациентам без исключения сразу после поступления в травмошколационную операционную. Его использовали для контроля содержания желудка и его декомпрессии. В случаях проведения лапаротомии операцию заканчивали установкой на операционном столе и назоинтестинального зонда. Инфузии в кишку начинали сразу после установки зонда. Для оценки моторно-эвакуаторной функции желудка проводили болюсную тест-пробу. Для этого последовательно через назогастральный зонд промывали желудок прохладной кипяченой водой («до чистых вод»), в желудок вводили болюс (200 мл) физиологического раствора, перекрывали зонд и определяли объем остатка введенной в желудок жидкости через 1 ч путем пассивной аспирации. При объеме остатка менее 100 мл (менее 50% введенного объема) проба считалась положительной, а моторно-эвакуаторная функция желудка сохраненной. Это позволяло начинать капельное внутривидеоплевральное введение глюкозо-электролитных растворов со скоростью до 250–300 мл в час с периодическими (раз в 2 ч) контролем остатка. При объеме остатка более 100 мл пробу признавали отрицательной, а моторно-эвакуаторную функцию желудка – нарушенной. При отрицательном результате через 2–3 часа пробу проводили повторно с добавлением во вводный болюс 300 мг эритромицина (до 1,2 г/сут) в сочетании с внутримышечным введением 2 мл церукала и стимуляцией моторики желудочно-кишечного тракта (промывание желудка прохладным раствором, гиперинтенсионные клизмы, введение прокинетики, сакралитальные новокаиновые блокады, перидуральная анестезия и др.). Из 50 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди, обследованных в первые 6–12 часов после травмы, моторно-эвакуаторная функция желудка была осязательной у 38 человек (76%). Она полностью восстановилась у 46 обследованных (92%) к исходу первых 1,5 суток. Помимо гидратации пациента осуществляется его энтеральная поддержка путем добавления во вводный раствор антигипоксантов, антиоксидантов и питательных веществ в минимальных объемах, пре- и пробиотических средств, а также сорбентов для поддержания морфофункциональной целостности пищеварительной трубки. Оптимальными растворами для энтеральных инфузий являются хумусодобные (изотонические, нейтральные или слабощелочные) глюкозо-электролитные растворы, например, раствор Регидрона. Скорость введения растворов в кишку (от капельного до струйного) и их объем зависят от задач проводимой инфузионной терапии. Суточный объем вводимых в кишку растворов может достигать 3 л и более. Его избыток не грозит формированием или усугублением респираторного дистресс-синдрома взрослых и проявляется в виде не представляющей опасности водянистого стула. Обязательно проведение контроля остатка каждые 2 часа путем пассивной аспирации. Для этого энтеральную инфузию прекращают, зонд отсоединяют от инфузионной системы, для устранения эффекта «сообщающихся сосудов» опорожняют путем приподнятия и далее опускают в градуированную емкость на 15 минут. Если по зонду выделяется более 50% от объема введенного раствора, скорость инфузии уменьшают вплоть до ее прекращения, а если возврат составляет менее 50%, то инфузию продолжают с прежней скоростью. Ранние энтеральные инфузии являются действенным фактором восстановления и поддержания желудочно-кишечной моторики, что подтверждено методом электрогастроэнтерографии. При тяжелых сочетанных повреждениях груди они благодаря мобилизации естественных механизмов регуляции водного гомеостаза и уменьшения нагрузки на малый круг кровообращения позволяют добиться адекватной нормоволемической ретрандазации и стабилизации параметров гемодинамики, на 20% уменьшить объем парентеральных вливаний в остром и более чем на 40% – в раннем периоде травматической болезни, способствуют снижению вероятности развития постинфузионных осложнений.

Нам установлено, что их включение в программу комплексной инфузионно-трансфузионной терапии при сочетанной шокогенной травме груди обеспечивает статистически достоверное снижение частоты болюсных пневмоний (на 12,9%) и атрибутивной летальности – почти в 2 раза (на 12,7%). Абсолютными противопоказаниями для энтеральных инфузий являются неустраненная нарушенная целостность кишечной трубки (ранения, разрывы, перфорации, свищи в зоне и ниже уровня установки желудочного или интестинального зонда), продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение и острая кишечная непроходимость. К числу относительных противопоказаний для применения этого способа лечения относятся стойкие нарушения моторики кишечника с застоем желудочно-кишечного содержимого (токсическая и терминальная фазы разлитого перитонита, абдоминальный компартмент-синдром, острая кишечная недостаточность). Осложнений при использовании данного метода лечения не возникало.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ CNP-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН

Ю.И. Тюриков, В.А. Филиппенко, Т.Х. Сухов
Городская клиническая больница № 36,
Российская медицинская академия последипломного образования
Москва, РФ

Методики лечения ран с помощью отрицательного давления используют в различных разделах хирургии более 20 лет. Одна из современных методик, применяемых в хирургии, носит название, обозначаемое аббревиатурой CNP – controlled negative pressure, или управляемое отрицательное давление. Методика заключается в следующем: в зоне раневого дефекта или полости при использовании специальных методик создается регулируемое локальное разрежение или зона отрицательного давления в постоянном или переменном режиме. Отрицательное давление в первой фазе раневого процесса способствует механическому очищению раны от экссудата и некротических тканей, во второй и третьей фазе раневого процесса – усилению кровотока. Основные механизмы действия управляемого отрицательного давления на рану: активизация капиллярного кровотока; усиление обмена веществ в ране; активизация выработки биологически активных веществ; повышение концентрации факторов роста в тканях; активизация роста грануляционной ткани; активное удаление раневого отделяемого; эффективное снижение бактериальной обсемененности раны. Для обеспечения управляемого отрицательного давления используют специальное оборудование. Данное оборудование обеспечивает:

1. Постоянный заданный режим отрицательного давления от 10 до 200 мм рт.ст., такой режим использовать в фазе экссудации.
2. Переменный режим – постоянно изменяющееся в заданном режиме времени отрицательное давление в заданных значениях. Такой режим применяют для стимуляции репаративных процессов, в том числе для активизации роста грануляций.

Методика нашла широкое использование при: глубоких дефектах мягких тканей; послеоперационных нагноившихся ранах; ранах при применении имплантатов; кожных трансплантатах с проблемным приживлением; абсцессах, флегмонах; кишечных свищах; перитонитах; трофических язвах; лучевых язвах. Логика подсказывает включить в перечень показаний к CNP ожоговые раны, однако в комбустиологии данная методика до сих пор не нашла сколько-нибудь широкого применения. Это связано в первую очередь с особенностями ожоговой раны: плоскостной характер раневого дефекта, затрудняющий техническую реализацию преимуществ CNP; мозаичность ожоговой раны, т.е. различная глубина поражения и различные фазы течения раневого процесса на разных участках одной ожоговой раны; размеры ожоговой раны, делающие практически невозможной во многих случаях герметизацию системы, принимаем во внимание госпитализацию в ожоговые центры пациентов с площадью поражения, в основном превышающей 10% поверхности тела.

В то же время в каждом ожоговом центре есть группа больных, которым, безусловно, показано применение CNP. Это пациенты с контактными ожогами и локальными электроожогами. По нашим данным, больше с контактными ожогами составляет 8%, а с электроожогами – 2% от числа госпитализированных. Принимая во внимание необходимость хирургического лечения таких пациентов, становится понятным, что у 7–8% больных ожогового центра может быть использована технология CNP. Отличительными особенностями контактных и электроожогов являются: ограниченная площадь поражения; относительно четкие контуры раны; глубина поражения IIIБ–IV степени, т.е. тотальное поражение кожи, подкожной клетчатки, мышц, сухожильно-связочного аппарата; наличие «парабиотической зоны» по периферии зон тотального поражения, приводящей к формированию вторичных некрозов и гнойным осложнениям.

Ожоговые раны при контактных и электроожогах отличаются глубиной поражения, замедленным очищением, «вьялым» течением раневого процесса, и технология CNP является патогенетичной в комплексе лечебных мероприятий. В основе хирургического лечения контактных и электроожогов, как и любых других глубоких ожоговых поражений, лежит возможно более раннее выполнение хирургических некрэктомий с последующим активным хирургическим очищением ран и пластическим закрытием раневых дефектов тем или иным способом после очищения. Технологию CNP при такой тактике необходимо применять сразу после проведения первого этапа хирургического лечения и вплоть до этапа пластического закрытия. В таком случае обеспечивается адекватное дренирование раны и активизация репаративных процессов с сокращением сроков подготовки к пластическому закрытию, предотвращая при этом возникновение гнойных осложнений.

Наша технология CNP при лечении пациентов с глубокими контактными и электроожогами используется с 2012 г. Практика свидетельствует об эффективности применения технологии CNP при комплексном лечении глубоких контактных и электроожогов, а сама технология и соответствующее оборудование должны входить в перечень оснащения современного ожогового центра.

К ВОПРОСУ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА УРОВНЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРА

Ю.И. Тюриков
Городская клиническая больница №36
Москва, РФ

Модернизация здравоохранения, как любой инновационный процесс, оценивается обществом по реальным изменениям «на местах», которые и дают либо зеленый свет продолжению инноваций, либо последние в очередной раз переходят в разряд затухающих благих намерений. К индикаторам изменений относятся результативность и эффективность реформируемых структур, то есть реализация заданного (или наилучшего) результата с использованием наименьшего объема средств (или определенного бюджета объема средств). Позитивным примером реализации модернизационных проектов в практическом звене Московского здравоохранения является реформирование системы оказания специализированной помощи при термических поражениях, являющейся важной составной частью в структуре неотложной медицинской помощи.

Как известно, инновационные процессы должны сочетать изменения в трех направлениях: 1) модернизация структуры; 2) модернизация ресурсов (материальных, кадровых); 3) как результат – внедрение новых технологий (организационных, медицинских). По данному схеме проведены (и проводятся) инновационные изменения в городской системе комбустиологической помощи:

1. Архаичная структура двух Московских ожоговых отделений (120 коек) реорганизована в два ожоговых центра – ОЦ (90 коек) с современной структурой, включающей специализированные приемное отделение, отделение анестезиологии-реанимации, ожоговое отделение, оперблок и реабилитационную службу с адекватной схемой управления и штатным расписанием. За каждым ОЦ закреплена зона курации по городским административным округам, стандартизированные показания к госпитализации, согласовано взаимодействие при групповых и массовых поступлениях.
2. Практически завершено переоснащение ОЦ современным лечебно-диагностическим оборудованием. Штатные места комплектуются подготовленным в системе перманентного обучения квалифицированными кадрами, чему способствует являющаяся городской политикой в области адекватного уровня оплаты труда специалистов.
3. На фоне организационных и ресурсных изменений стал возможным и осуществлен переход к высокоэффективному современному технологичному интенсивной терапии, раннего хирургического лечения обожженных и ранней реабилитации.

В числе положительных инноваций – усовершенствование медико-экономических стандартов в части коррекции сроков лечения и требований к завершенности случая, относительная либерализация оплаты в системе ОМС завершенного случая при досрочном завершении стационарного лечения.

В результате инновационных изменений существенно интенсифицирован лечебный процесс. Так, средняя продолжительность лечения в ожоговых стационарах РФ составляет 23,0 сут, в Москве – 17,2; оборот койки по РФ – 11,8; в Москве – 21,5; занятость «ожоговой койки» по РФ – 253,8, в Москве – 344,9 сут в году. Причем фактическое сокращение коечного фонда ожоговых стационаров со 120 до 90 коек, значительный рост количества жителей мегаполиса (увеличение количества пострадавших), за счет значительного повышения эффективности деятельности ОЦ не только не оказали отрицательного влияния на доступность и качество специализированной помощи при ожогах, но отмечена их четкая положительная динамика.

Таким образом, в программах модернизации здравоохранения заложены позитивные механизмы реализации принятой концепции развития здравоохранения, что находит подтверждение в практическом звене.

К «болевым точкам» процесса модернизации в частности относятся:

1. Несоответствие тарифов ОМС реальной стоимости современного лечения ожоговых больных, что в условиях одноканального финансирования предопределяет стагнацию развития службы в силу ожидаемой «экономики ресурсов» (кадровых, материальных) для снижения затратной части лечебного процесса.
 2. Вынужденное «финансовое поощрение» системой ОМС перергуки коечного фонда, госпитализации амбулаторных случаев с целью повышения «оходной» части бюджета учреждения (нарушение прав пациента на достойные условия пребывания в учреждении здравоохранения, отсутствие резерва коечного фонда на случай групповых и массовых поступлений пострадавших и т.д.).
 3. Сохраняющаяся косность медико-экономических стандартов, не предусматривающих возможность использования альтернативных современных медицинских технологий (экспертиза выполнения и «качества» во имеющемся количественном перечне медицинских услуг).
 4. Невнятность и субъективность «новой системы» оплаты труда.
- Эти и ряд других вопросов требуют своего решения в процессе продолжения модернизации.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ПОЧЕК

Г.У. Убайдуллаев, О. Низомов, Д.Т. Олимов

Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
Джизак, Республика Узбекистан

Актуальность. Закрытые травмы почек занимают особое место, так как порой крайне трудно выявить характер повреждения органа и выбрать наиболее оптимальную тактику лечения. До сих пор основным методом диагностики при повреждениях мочеполового тракта остаются рентгеноконтрастные методы исследования. Однако при травмах почек, которые сопровождаются отсутствием ее функции, проведение ультразвунографии позволяет уточнить диагноз и выбрать наиболее целесообразную стратегию лечения.

Цель исследования: изучить эффективность применения ультразвунографии при обследовании больных с закрытыми травмами почек.

Материал и методы. За период с 2006 по 2011 гг. в Джизакский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи обратились 113 пациентов с закрытыми травмами мочеполовых органов, из них у 33 больных (29,3%) были травмы почек. Мужчин было 23 и женщин – 10. Средний возраст пациентов составил 34,6±6,8 года (от 6 до 67 лет). При этом из 33 больных бригадой скорой медицинской помощи доставлены 19 пациентов (57,5%), 11 больных (33,3%) обратились в приемное отделение самовольно и 3 пострадавших (9%) переведены из субфилиалов, расположенных в различных областях. Среди всех больных 3 поступили в тяжелом состоянии и были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии, где им проводили противошоковую и гемостатическую терапию. Всем пациентам при поступлении выполняли ультразвунографию органов мочеполового тракта (на аппарате «MINDRAY» с использованием конвексного датчика мощностью 3,5–7,5 мГц), тогда как внутривенную экскреторную урографию (ВЭУ) производили при визуализации повреждения почки. Учитывая, что закрытые травмы, как правило, бывают сочетанными и нередко имеются повреждения паренхиматозных органов, выполняли ультразвунографию брюшной полости. В зависимости от клинического течения, состояния гемодинамики, клинико-лабораторных данных, результатов ультразвунографии больные были распределены на три группы.

В первую группу включены 15 пациентов (45,4%), у которых, по данным ультразвунографии, не выявлено признаков разрыва паренхимы почки. Учитывая наличие эритроцитрии, состояние органа расценено как ушиб и проведена консервативная терапия.

Во вторую группу вошли 7 больных (21%). При ультразвунографии выявлено жидкостное образование (гематома), расположенное в паренхиме почки, но без ее распространения за пределы органа. По данным ВЭУ, функция поврежденной почки была сохранена, экстрavasации контрастного вещества за пределы чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) не наблюдалось. Учитывая, что разрыв почки был субкапсулярным, от оперативного вмешательства воздержались.

В третью группу включены 11 больных (27,2%), у которых, по данным ультразвунографии, обнаружено жидкостное образование (гематома) не только в паренхиме почки, но и за ее очертаниями (в пределах фасции Герота). По данным ВЭУ, функция почки достоверно не определялась, был выявлен затек контрастного вещества за пределы ЧЛС. Всем пациентам выполнено оперативное вмешательство: в 10 случаях произвели ушивание разрывов почек; в одном – произведена нефрэктомия из-за повреждения магистральных сосудов почки.

Заключение. Ультразвунография, являясь неинвазивным и малобюджетным методом, предоставляет возможность на ранних этапах выявить повреждения почек и установить показания к следующему шагу обследования больных – внутривенной экскреторной урографии. Данные комплексного исследования (ультразвунография и ВЭУ) при обследовании пациентов с закрытыми травмами почек позволяют определить наиболее целесообразную тактику лечения и избежать осложнений, связанных с повреждением органа.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С СОРБЦИОННОЙ ДЕТОКСИКАЦИЕЙ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

У.Д. Усмонов, У.У. Абдуллаев, М.Ф. Нишанов,
А.З. Отакушев, Д.М. Абобакиров

Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Республика Узбекистан

Цель. Оценка эффективности эндоскопических вмешательств с сорбционной детоксикацией на первом этапе лечения механической желтухи (МЖ) неопухолевого генеза.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 85 больных с МЖ неопухолевого генеза. Причиной МЖ явилось: острый калькулезный холецистит с холедохолитиазом – у 59 больных (69,5%); «постхолецистэктомический синдром» – у 14 (16,5%); стеноз большого дуоденального сосочка – у 12 (14,0%). В зависимости от способа лечения исследуемых больных разделили на две группы: контрольную группу составили 40 больных (47,0%), которым в 1–3 сут после поступления производили эндоскопические вмешательства с различными методами декомпрессии желчевыводящих путей; основную группу составили 45 больных (53,0%), которым наряду с эндоскопическими вмешательствами, применяли энтеросорбцию.

Результаты. У больных основной группы уже на 3–и сутки после эндоскопических вмешательств с предварительной декомпрессией желчевыводящих путей уровень общего билирубина снизился на 23,1%. В последующие дни уровень данного показателя снизился «плавно». Динамика показателей уровня индекса эндогенной интоксикации убедительно показали, что применения эндоскопических операций с ЭС значительно повысило эффективность на первом этапе комплексного лечения. Под влиянием проведенного комплексного этапного лечения уровень малонового диальдегида в плазме крови в основной группе на 3–и сут после предварительной декомпрессии желчевыводящих путей снизился на 21,6%. Уровень диеновых конъюгатов к этому сроку снизился на 23,8%. В результате проведенных эндоскопических операций в сочетании с ЭС уровень тяжести полиорганной недостаточности по шкале SOFA в основной группе уже в ранние сутки достоверно уменьшился на 41,3%. Следует отметить, что из проведенных эндоскопических операций на первом этапе лечения были эффективны у 36 больных (90,0%). У 4 больных (10,0%) пришлось проводить эти операции повторно. Под влиянием проведения сорбционной-эндоскопической терапии у 25 больных (55,6%) удалось выполнить второй этап лечебной тактики.

Вывод. Эндоскопические вмешательства с сорбционной детоксикацией на первом этапе комплексного лечения способствуют эффективной коррекции синдрома эндогенной интоксикации, нормализации уровня продуктов липопероксидации, снижению числа полиорганных дисфункций, а также более благоприятному течению раннего послеоперационного периода, что тем самым позволяет улучшить результаты лечения больных с МЖ неопухолевого генеза.

ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКИХ В ОСТРОМ И РАННЕМ ПЕРИОДАХ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИНОГО МОЗГА

В.Ю. Ульянов

Саратовский НИИ травматологии и ортопедии Минздрава России
Саратов, РФ

Опосредованная через нейтрофильные лейкоциты выработка, даже в небольших концентрациях IL_1_α , вызывает локальный воспалительный процесс в легких, приводящий к дефициту эпителиальной поверхности легочных альвеол за счет потери альвеолоцитов 1-го типа в результате процессов некроза и апоптоза, угнетению синтеза и инактивации сурфактанта, коллабированию альвеол с последующим нарушением газообмена, несовершенной реэпителизации альвеол альвеолоцитами 2-го типа. Локально продуцируемые хемокины на первой стадии синдрома системной воспалительной реакции под воздействием IL_6 и $TNF\alpha$ вызывают миграцию полиморфноядерных нейтрофильных лейкоцитов в легкие и угнетение пролиферации альвеолярных макрофагов. Это приводит к усилению экспрессии муцинового антигена 3EG5 и сурфактантного белка D (SP-D), определяемых в диагностически значимых концентрациях в биологических средах (В.Е. Богдатов и соавт., 2007; С.М. Белоцкий и соавт., 2008; Р.М. Фазлыева и соавт., 2010; С.В. Лямина и соавт., 2011; Г.А. Мухетдинова и соавт., 2012).

Цель исследования явилось изучение роли муцинового антигена 3EG5 и сурфактантного белка D (SP-D) в патогенезе бронхолегочных осложнений при травматических повреждениях шейного отдела позвоночника и спинного мозга.

Объект исследования – 60 больных обоего пола (средний возраст 26±9 лет) с травматическими повреждениями шейного отдела позвоночника и спинного мозга, находящихся на лечении в ФГБУ «СарНИИТО» Минздрава России. Ретроспективно все больные были разделены на две группы: 1-я группа – без бронхолегочных осложнений в посттравматическом периоде (30 человек); 2-я группа – с бронхолегочными осложнениями в посттравматическом периоде (30 человек). Все больные были сопоставимы по уровню поражения спинного мозга и степени выраженности неврологического дефицита (класс А и В по классификации ASIA). В контрольную группу входили 30 практически здоровых лиц обоего пола (средний возраст 28±2,3 года). Материалом служила сыворотка крови. Динамическое исследование содержания маркеров легочного повреждения осуществляли методом «сэндвич» твердофазного иммуноферментного анализа на 1–4-е, 7-е, 14-е, 21-е и 30-е сут с момента получения травмы.

В группе больных без бронхолегочных осложнений выявили достоверные изменения концентрации муцинового антигена 3EG5 во все сроки наблюдения и увеличение содержания сурфактантного белка D (SP-D) на 1–4-е сут после травмы ($p=0,000001$). У больных с бронхолегочными осложнениями обнаружили увеличение концентрации муцинового антигена 3EG5 на 14-е сут ($p=0,000001$), а также сурфактантного белка D в сроки с 1–4-х по 21-е сут с максимумом увеличения к 14-м сут ($p=0,000001$).

Полученные данные свидетельствуют о важной роли муцинового антигена 3EG5 и сурфактантного белка D (SP-D) в патогенезе бронхолегочных осложнений при травматических повреждениях шейного отдела позвоночника и спинного мозга и могут быть использованы в качестве предикторов тяжести данных осложнений.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

И.М. Устьянцева, О.И. Хохлова, В.В. Агаджанян,
О.В. Петухова, Ю.А. Желвакова

Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров
Ленинск-Кузнецкий, РФ

Цель исследования: выявление общих закономерностей и патогенетической значимости изменений соотношения первичных и вторичных медиаторов воспаления при формировании синдрома системного воспалительного ответа (SIRS) при политравме.

Обследованы 387 пациентов с политравмой отделения реанимации и интенсивной терапии. У 175 из них была выявлена микробиологически подтвержденная инфекция (пневмония, бронхит, остеомиелит, острый уретрит и т.д.). Инфицированными не были 212 пациентов (острый респираторный дистресс-синдром, диссеминированное внутрисосудистое свертывание, жировая эмболия и т.д.). У 87% больных отмечены два признака SIRS и более согласно критериям Согласительной конференции ACCP/SCCM (2003).

На 1-е, 3-и, 5-е, 7-е, 10-е, 15-е и 17-е сут после поступления в стационар в сыворотке венозной крови определяли содержание C-реактивного белка (CRP) на биохимическом анализаторе «HITACHI-912» с использованием реагентов *Tna-Quant CRP (Roche Diagnostic GmbH)*, липополисахаридсвязывающего протеина (ЛПСП) и цитокинов $TNF-\alpha$, $IL-2R$, $IL-6$, $IL-8$, $IL-10$ на иммунохемилюминесцентном анализаторе IMMULITE при помощи реактивов «DPC» (USA).

Полученные данные анализировали при помощи стандартных статистических программ *Statistica 5.5*. Постоянные переменные сравнивали с помощью *t*-критерия Стьюдента и *U*-теста Манна-Уитни. Различия считали достоверными при уровне значимости $p<0,05$.

При поступлении в стационар у всех больных при наличии инфекции (в отличие от ее отсутствия) отмечали повышенное содержание в сыворотке крови ЛПСП и $TNF-\alpha$ в 1,8 и 3 раза соответственно ($p<0,01$). Кроме того, у инфицированных пациентов наблюдали выраженное увеличение уровней $IL-2R$, $IL-6$, $IL-8$ и CRP в 5, 13, 18 и 5 раз соответственно ($p<0,05$). При этом генерализованное проявление воспалительной реакции у инфицированных больных характеризовалось в среднем пятидесятикратным увеличением $IL-8$ на 3-и сут наблюдения и не сопровождалось адекватным противовоспалительным ответом, о чем свидетельствовало отсутствие динамики $IL-10$.

Были установлены прямая корреляционная связь между увеличением концентрации медиаторов воспаления ($IL-6$, $IL-8$, $IL-10$) и частотой дыхания ($r=0,73$; $0,46$; $0,59$), CRP и частотой сердечных сокращений ($r=0,48$; $p<0,05$) и обратная корреляционная связь между медиаторами воспаления ($TNF-\alpha$, $IL-2R$, ЛПСП) и уровнем артериального давления ($r=-0,42$; $-0,63$; $-0,48$) и показателями функции внешнего дыхания (жизненной емкости легких и объемом форсированного выдоха, $r=-0,42$).

Таким образом, установленные взаимосвязи между медиаторами воспаления и клиническими показателями отражают патогенетическую значимость первичных и вторичных медиаторов воспаления в формировании системного воспалительного ответа при политравме. Гиперпродукция провоспалительных цитокинов находится в тесной зависимости от вентиляционных нарушениями и клиническими вариантами течения посттравматического периода у больных с политравмой.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДТП**М.Ш. Утешев, Э.Ю. Валиев****Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан**

По данным литературы, травматизм при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) повсеместно имеет тенденцию к росту, что относит его к проблемам социального значения. Число ДТП за год в среднем увеличивается на 15%, соответственно растет процент тяжелых травм и смертельных исходов.

За 2012 г. в травматологическом пункте РНЦЭМП оказана помощь 14 922 пациентам, из них 1 602 больных (10,7%) получили различные травмы в результате ДТП, из них самотекотом обратились 1 171 пациент (73%) и 431 больной (27%) доставлены с места ДТП по линии скорой медицинской помощи. При анализе контингента пострадавших отмечено, что внутриавтомобильная травма получена в 1 112 случаях, и 590 больных являлись пешеходами. В общем количестве пострадавших преобладали лица мужского пола – 946, женщины – 656. Из общего количества больных 861 пациент был госпитализирован в отделения травматологии и нейрохирургии и 741 больному оказана необходимая помощь и направлены на долечивание по месту жительства.

В зависимости от тяжести состояния и характера повреждения все больные условно разделены на пять групп.

Первую группу (126 человек) составили лица, которым требовались неотложные оперативные вмешательства.

Вторую группу (268 пациентов) составили лица, нуждавшиеся в проведении противошоковых и реанимационных мероприятий. Этим больным госпитализировали в реанимационное отделение центра.

В третью группу (171 больной) вошли лица со стабильной гемодинамикой, в том числе те, состояние которых удалось стабилизировать в условиях реанимационно-операционного блока приемного отделения. Пострадавшие этой группы были госпитализированы в отделения травматологии или нейрохирургии.

Четвертая группа (296 человек) состояла из больных, которым требовалось дообследование и динамическое наблюдение для установления точного клинического диагноза.

Пятую группу пациентов (741 человек) составили лица, нуждавшиеся в медицинской помощи без госпитализации.

Комплексная диагностика с применением современных технологий, с привлечением специалистов различного профиля и активная хирургическая тактика в отношении всех поврежденных в остром и раннем периодах травматической болезни позволили значительно улучшить качество оказываемой помощи и снизить процент нежелательных осложнений у данного контингента больных.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**А.Д. Фаязов, У.Р. Камбаров, Д.А. Рузимуратов, М.Ш. Шамулатов, А.Т. Сабитов
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан**

Ожоги среди детей являются одним из наиболее распространенных видов травматизма, занимая 2–3 места в общей структуре травм. Организм обожженных детского возраста с его незрелыми анатомо-функциональными структурами и особенностями иммунного ответа неадекватно реагирует на стресс, вызванный ожогом. Основными причинами неблагоприятного исхода у обожженных детей с глубокими ожогами являются гнойно-септические и другие осложнения ожоговой болезни, развивающиеся нередко раньше, чем удается восстановить утраченный кожный покров. Поэтому восстановление утраченного кожного покрова у детей с глубокими ожогами в возможно ранние сроки после травмы может предотвратить возникновение гнойно-септических осложнений и гибель пострадавших.

В отделении комбустиологии проведен анализ результатов лечения 82 пострадавших детского возраста с термическими ожогами I-II-IIIАВ-IV степени и площадью поражения 10–75% поверхности тела в возрасте от 1 года до 12 лет. 26 пациентам I группы производили на 10–13-е сут после термической травмы отсроченную поэтапную химическую некрэктомию с использованием 10 и 20% мазей салициловой кислоты. 35 обожженным II группы производили раннюю или раннюю отсроченную хирургическую некрэктомию. В последующем, после образования грануляционной ткани производили аутодермопластику с коэффициентом перфорации 1:4 и пересадку культивируемых аллофибробластов, фиксированных на подложке из поливинилхлорида. III группе пострадавших (21 больной) произведена ранняя и ранняя отсроченная хирургическая некрэктомию с одномоментным закрытием раневого дефекта синтетическими временными покрытиями Фолдермом, Воскопраном или Парапроном. В последующем участки глубоких ожоговых ран закрывали аутодермотрансплантатами.

Результаты анализа показали, что в I группе пострадавших детей удовлетворительное приживление аутодермотрансплантатов отмечено в 92% случаев. Сроки полного восстановления кожного покрова составили 33,4±3,3 сут. У 35 тяжелообожженных детей II группы с применением комбинированной аутодермопластики с трансплантацией культивируемых аллофибробластов полная эпителизация ячеек сетчатых аутодермотрансплантатов заканчивалась к 5–6 сут после операции. Сроки полного закрытия раневых поверхностей составили 30,7±2,6 сут. У 21 пациента III группы с применением временных раневых покрытий отмечено полное приживление трансплантатов. Срок полной эпителизации раневой поверхности составлял 29,8±3,1 сут.

Как показывают наши наблюдения у 15 больных (57,7%) I группы, где использовали методику химической некрэктомию, течение ожоговой болезни осложнилось пневмонией. Во II-группе с использованием активной хирургической тактики и пластическим закрытием раневых поверхностей путем аутодермопластики с трансплантацией культивируемых аллофибробластов частота пневмонии составляла 34,3% случаев. Этот показатель в III группе, где проводили ранние и ранние отсроченные некрэктомию с закрытием послеоперационных дефектов кожи временными раневыми покрытиями, равнялся 33,3%.

Таким образом, применение метода активной хирургической тактики лечения, использование трансплантации культивируемых аллофибробластов в комбинации с аутодермопластикой, временное закрытие раневых дефектов после некрэктомию раневыми покрытиями у обожженных детского возраста позволяет снизить частоту гнойно-септических осложнений ожоговой болезни.

ПРЕПАРАТ СУКЦИНАСОЛ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ**А.Д. Фаязов, Д.Ф. Ибрагимов****Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан**

Ожоговая травма является одним из самых распространенных травматических повреждений в мире, особенно затруднительно в лечении комбинированная и сочетанная травма. Улучшение результатов стало возможным вследствие прогресса в реаниматологии, внедрения новых хирургических методов и технологий, использования современных антибактериальных препаратов, нутритивной и метаболической поддержки. К значительному снижению показателей частоты тяжелых осложнений и летальности от глубоких и распространенных ожогов приводит и раннее хирургическое лечение, которое получило в последнее время значительное развитие в Узбекистане.

Одним из новых препаратов отечественного производства, предложенным для комплексного лечения тяжелообожженных больных, является Сукцинасол, созданный Научно-исследовательским институтом гематологии и переливания крови МЗ РУз.

Цель исследования. Оценить эффективность препарата Сукцинасол при комплексном лечении тяжелообожженных с комбинированными и сочетанными травмами.

Материал и методы исследования. В исследование включены 54 больных разделенных на две группы. Контрольная группа включала 26 тяжелообожженных больных с комбинированными и сочетанными травмами, получавших стандартную комплексную терапию; 2-я группа – 28 больных с комбинированными и сочетанными травмами, получавших стандартную комплексную терапию в сочетании с Сукцинасом.

Контроль терапии осуществлен с учетом клинического статуса больных, биохимических показателей крови, показателей эндогенной интоксикации.

Результаты. Больные получали Сукцинасол внутривенно, капельно в объеме 500–1000 мл в сут в течение 7 дней от начала периода токсемии.

Больные контрольной группы комплексно получали раствор Рингера внутривенно, капельно. Из биохимических показателей уровень АЛТ до лечения у них колебался в пределах 48,9±0,24 u/l, АСТ 52,2±0,35 u/l, после лечения АЛТ 34,4±0,04 u/l, АСТ 34,6±0,25 u/l, показатель эндогенной интоксикации молекулы средней массы (МСМ) установились в пределах 0,556±0,01 усл.ед., лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) – 4,6±0,35 Ед., после лечения – МСМ 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/l, АСТ – 52,3±0,42 u/l, после лечения – АЛТ 32,8±0,12 u/l, АСТ – 32,2±0,14 u/l, МСМ до лечения 0,412±0,01 усл.ед., ЛИИ – 3,06±0,18 Ед., после лечения – МСМ 0,346±0,05 усл.ед., ЛИИ – 2,18±1,6 Ед.

Выводы. Новый препарат Сукцинасол обладающий полифункциональными свойствами кровезаместителя продемонстрировал свою эффективность в комплексном лечении тяжелообожженных больных с комбинированными и сочетанными травмами, проявляя особенно дезинтоксикационную способность снижением печеночных ферментов и эндогенной интоксикации в 1,3 раза по сравнению с контролем.

Сукцинасол удовлетворительно переносится больными с ожоговой болезнью. Реакций, осложнений и побочных эффектов при использовании сукцинасола во время и после инфузии препарата не отмечено.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ И ОПЕРАТИВНОМ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ**О.П. Филиппов, М.А. Малыгина, В.В. Сластинин, О.М. Сахарова, И.Ю. Клюквин
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского****Москва, РФ**

За последние десятилетия демографическая ситуация в индустриально развитых странах существенно изменилась – увеличилось количество долгожителей, людей пожилого и старческого возраста. В нашей стране, согласно классификации ВОЗ, долгожителями считаются люди, перешагнувшие 90-летний рубеж. Таким образом, становится актуальной проблема лечения переломов у данной категории больных. А.Г. Miller *et al.* в своем исследовании в 2012 г. не выявили различий в пред- и послеоперационном периодах у людей старше 90 лет с переломами бедренной кости по сравнению с группой больных от 51 до 89 лет, но отметили значительное увеличение сердечно-сосудистых осложнений и частоты смертельных исходов у больных старшего возраста. В определении тактики лечения, согласно исследованиям F. Aubrun (2011), врач не должен руководствоваться только возрастом пациента.

Цель работы: сравнить летальность у больных долгожителей с переломами проксимального отдела бедренной кости при консервативном и оперативном методах лечения.

За период с 2008 по 2013 гг. в отделение неотложной травматологии опорно-двигательного аппарата НИИ СП им. Н.В. Склифосовского поступили 64 больных в возрасте от 90 до 104 лет: 41 больной с чрезвертельными переломами бедренной кости (средний возраст в данной категории больных составил 92,6%), 23 больных с переломами шейки бедренной кости (в этой категории средний возраст больных составил 93,7%).

Из 41 больного с чрезвертельными переломами прооперированы 28 (68,3%). Предоперационный койко-день у данной категории больных составил 9,1. При этом в группе больных, которым оперативное лечение не выполняли, летальность составила 23% (один случай ТЭЛА и 2 случая пневмонии). В группе больных, которым выполнен остеосинтез, летальность составила 7,1% (один случай ТЭЛА и один случай желудочно-кишечного кровотечения).

Из 23 больных с переломами шейки бедренной кости оперативное лечение проведено 17 (73,9%): 4 больным (23,5%) выполнен остеосинтез канюлированными винтами (предоперационный койко-день у этой категории больных составил 3,9); 13 больным (76,5%) выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава (предоперационный койко-день – 8,5). При этом в группе больных с переломами шейки бедренной кости, которым оперативное лечение не выполняли, летальность составила 33,3% (2 случая пневмонии). В группе больных, которым выполнен остеосинтез, летальность составила 25% (один случай пневмонии), а в группе больных после эндопротезирования – 7,7% (один случай ТЭЛА).

Решающим фактором в выборе тактики лечения служил не возраст больного, а тяжесть сопутствующих заболеваний и возможность их компенсации. Переломы проксимального отдела бедренной кости у долгожителей сами по себе являются показаниями к оперативному лечению, а отказ от операции – это, скорее, неизбежность, в случаях наличия тяжелой сопутствующей соматической и психической патологии, невозможности стабилизации состояния больного.

При переломах проксимального отдела бедра стремились к ранней активизации больных, что значительно улучшало функциональный исход и снижало послеоперационную летальность. В послеоперационном периоде перед активизацией больного выполняли УЗДГ сосудов нижних конечностей. К моменту выписки больные могли самостоятельно садиться (начинали со 2–3 сут после операции), вставать и ходить с опорой на ходунки или костыли (7–12 сут после операции).

Таким образом, операции, выполненные в максимально короткие сроки (после дообследования и стабилизации состояния пациента) у больных-долгожителей с переломами проксимального отдела бедренной кости, способствуют скорейшей активизации пациентов, что приводит к снижению летальности в стационаре в 2 раза.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ*А.М. Хаджибаев, Н.А. Ходжимухамедова,
Ф.А. Хаджибаев, Н.Ю. Саметдинов***Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан**

Вопросы современной диагностики и рациональной лечебной тактики при острой кишечной непроходимости (ОКН) являются одними из самых актуальных в неотложной абдоминальной хирургии.

В РНЦЭМП с 2001 по 2010 г. наблюдали 1479 больных с ОКН. Из них 1120 пациентов (75,7%) были с острой тонкокишечной непроходимостью, 359 (24,3%) – с острой толстокишечной непроходимостью. Всего прооперировано 1003 пациента (68%) с ОКН. Среди всех поступивших больных с тонкокишечной непроходимостью были оперированы 714 пациентов (63,75%), с толстокишечной непроходимостью – 289 (80,5%). У 151 больного произведена резекция тонкой кишки с наложением ЭЗА, у 112 – резекция различных отделов толстой кишки с наложением первичного анастомоза.

Обследование всех больных проводили по единой схеме с учетом сопутствующей патологии и срока госпитализации от начала появления признаков кишечной непроходимости. У подавляющего большинства больных выявлены существенные нарушения в системе гемостаза, определяющие тяжесть клинического течения заболевания. На основании инструментальных, клинико-лабораторных данных нами разработан лечебно-диагностический алгоритм, состоящий из шкалы диагностических признаков и шкалы SAPS. Учитывая лабораторно-диагностические возможности нашей клиники, для оценки степени тяжести физиологического состояния больных и прогнозирования тяжести течения заболевания во втором периоде исследований нами была внедрена интегральная шкала оценки тяжести физиологического состояния больных (SAPS) как наиболее доступная и не требующая особых условий и дополнительных материально-технических средств. Согласно данным шкалы, всех больных разделили на три категории тяжести: 1) легкая; 2) средняя и 3) тяжелая.

Для уточнения показаний к оперативному вмешательству нами была разработана математическая шкала диагностических признаков, основанная на клинических и инструментальных данных, наиболее характерных для ОТКН. С этой целью проведен анализ прогностических критериев. В зависимости от наличия достоверных прогностических критериев диагностики ОТКН выделены три группы показаний к оперативному вмешательству при ОТКН: абсолютные, сомнительные и отсутствуют. При наличии всех 5 критериев диагностики ОТКН ставятся абсолютные показания к экстренному оперативному лечению, при 3 и 4 критериях – показания к операции сомнительные, при этом необходимо динамическое наблюдение и исследования, в случаях менее 3 критериев – показания к операции отсутствуют, больным показано консервативное лечение.

Нами предложена новая методика наложения первичных межкишечных анастомозов на фоне перитонита и неподготовленности кишки с применением металлического кольца из титанового сплава. Каркасное кольцо диаметром от 2 до 4 см, сечением 0,6–0,8 мм можно фиксировать как в просвете, так и снаружи межкишечного анастомоза. Клиническому применению разработанного нами метода предшествовала серия экспериментов на животных с морфологическими исследованиями. По их результатам, само кольцо не подвергается каким-либо изменениям, при контакте с тканями не вызывает патологических изменений со стороны биоструктур.

Проведенные исследования показали, что возможно наложение первичного межкишечного анастомоза при ОКН с применением каркасного кольца, это усиливает механическую прочность, повышает герметичность, тем самым способствуя профилактике несостоятельности кишечного шва.

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ
ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЕКТОМИИ***А.М. Хаджибаев, У.Р. Арипов, Д.Н. Эргашев***Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан**

Частота осложнений после лапароскопической аппендектомии (ЛА) остается на уровне 4,8–10,9%.

Цель исследования: изучение основных причин развития послеоперационных осложнений в лечении острого аппендицита (ОА) с использованием эндовидеохирургического метода.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 545 больных с различными формами острого аппендицита, которым аппендектомия выполнена лапароскопическим путем. Мужчин – 205 (37,6%), женщин – 340 (62,4%). Распределение по формам ОА было следующее: 74 (13,6%) – с катаральным, 424 (77,8%) – с флегмонозным, 47 (8,6%) – с гангренозным аппендицитом.

Результаты и обсуждение. Методика ЛА стандартная из 3 портов (два – рабочих и один – для лапароскопа). Брыжейку червеобразного отростка (ЧО) во всех случаях обрабатывали с использованием монополярной коагуляции. При обработке культи основания ЧО использовали два основных способа: лигирование выкриповой нитью и с вариантом дополнительного клипирования титановыми клипсами – 251 (46%); обработка культи ЧО по методике клиники РНЦЭМП – у 294 больных (54%). 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.

Частота развития послеоперационных осложнений составила 4,8% (26 больных). Анализируя результаты осложнений ЛА, мы разделили их на три группы: интраоперационные осложнения (возникшие во время операции) – 10 (38,5%); ранние послеоперационные осложнения (до выписки из стационара) – 12 (46,2%); поздние (развившиеся у больных после выписки из клиники) – 4 (15,3%).

Из числа интраоперационных осложнений в одном случае (10%) отмечено кровотечение из аппендиклярной артерии. После дополнительной коагуляции удалось окончательно остановить кровотечение. В 9 случаях (90%) имело место вскрытие просвета аппендикса при мобилизации ЧО.

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

В отдаленном периоде после выписки пациентов из стационара в 4 случаях (15,3%) у больных после ЛА отмечено формирование небольшого инфильтрата в зоне послеоперационного рубца в области правой подвздошной области.

Пациентам с послеоперационными абсцессами брюшной полости выполнены их традиционное вскрытие и санация. В послеоперационном периоде проводили консервативную терапию с учетом полученного при бактериологическом посеве гнойного экссудата микроорганизма и его чувствительности к антибиотикам. Наиболее частым возбудителем являлась клебсиелла, чувствительная к антибиотикам цефалоспоринового ряда III поколения.

Во всех случаях с наличием у пациентов внутрибрюшных инфильтратов проводили комплексную консервативную терапию с физиотерапией, которая приводила к рассасыванию инфильтратов к 10–14-м сут лечения.

Анализ причин развития осложнений показал, что в 22 случаях из 26 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.

Вывод. Таким образом, лапароскопическая аппендектомия может быть произведена при любой форме воспаления ЧО, в случае его доступности к манипулированию, при условии строгого соблюдения показаний, противопоказаний и scrupulousного выполнения всех этапов операции. Критериями отказа от лапароскопической аппендектомии являются: наличие тифлита, выраженные деструктивные изменения в области основания отростка, невозможность адекватной санации брюшной полости вследствие распространенного аппендиклярного перитонита. Лапароскопическая аппендектомия отличается минимальным количеством интраоперационных и послеоперационных осложнений, быстрым восстановлением трудоспособности и хорошим косметическим эффектом.

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ
ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ***А.М. Хаджибаев, А.Б. Ешмуратов, И.В. Мельник, Н.Н. Миррахмедов***Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан**

Представлен 3-летний опыт лечения 264 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК), проанализированы частота кровотечений из язвенных дефектов желудка и 12-перстной кишки, дана оценка эффективности эндоскопических методов гемостаза.

Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются одной из основных проблем urgentной хирургии. Приоритетное значение в лечении больных с ЯГДК имеет эндоскопический гемостаз. Наиболее актуальными вопросами являются определение показаний к оперативному лечению и профилактика рецидивов кровотечения.

Цель: изучение эффективности методов эндоскопического гемостаза в лечении больных с ЯГДК в условиях стационара.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 264 больных с кровотечениями из острых и хронических язв желудка и 12-перстной кишки, пролеченных на базе РНЦЭМП Ташкента за 2009–2012 гг. Всем больным выполнили экстренную эзофагогастродуоденоскопию, позволившую визуализировать источник кровотечения и провести эндоскопический гемостаз. Применены следующие методы эндоскопического гемостаза: аргоноплазменная коагуляция (АПК), инфильтрационный метод гемостаза и их сочетание. Выявленные источники кровотечения: язва луковицы 12-перстной кишки – у 206 больных (78%), язва желудка – у 58 (22%). Для остановки ЯГДК и уменьшения риска его рецидива использовали следующие эндоскопические методики: АПК – у 101 (38%) пациентов, инъекционную (70% р-р этанола и 0,18% р-р адреналина) – у 85 (32%), комбинированные вмешательства: у 57 (22%) – инъекция 70% раствора этанола с АПК, а у 21 (8%) – инъекция 0,18% раствора адреналина с АПК.

Результаты. У 82 больного с признаками продолжающегося кровотечения первичный гемостаз был эффективен в 76 случаях (92,6%), 6 пациентов оперированы в экстренном порядке. Из 182 пациентов с угрозой кровотечения эндостаз оказался эффективным у 168 (92,3%). У 14 больных (7,7%) возник рецидив кровотечения, что потребовало выполнения повторного эндоскопического вмешательства с применением комбинации нескольких методик. При этом у 9 пациентов достигнут хороший лечебный эффект, 5 оперированы. Объем оперативного вмешательства при язвенных кровотечениях заключался в резекции желудка по Бильрот-1 – у 4 пациентов (1,5%), по Бильрот-2 – у 2 (0,7%), прошивание кровотокающих сосудов – у 5 (1,9%).

Заключение. Благодаря лечебной эндоскопии при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в 253 случаях (95,8%) достигнут окончательный эндоскопический гемостаз и удалось избежать хирургического вмешательства. Прогностическим признаком неэффективного гемостаза является локализация язвенного дефекта в области прохождения крупных кровеносных сосудов. Применение комбинированных методик эндоскопического гемостаза позволило достичь хороших результатов как при первичном эндоскопическом гемостазе, так и при развитии его рецидива.

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ***А.М. Хаджибаев, Р.О. Рахманов, С.А. Дехканов***Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан**

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты диагностики и лечения 870 больных с закрытой травмой груди (ЗТГ), находившихся на лечении в отделениях экстренной хирургии РНЦЭМП в период 2001–2012 гг. Все обследованные больные поступали в клинику со стабильной гемодинамикой, и в лечебно-диагностическом процессе была использована видеоторакоскопия (ВТС). Больные с нестабильной гемодинамикой в исследование не были включены. Мужчин было 749 (86,1%), женщин – 121 (13,9%). Возраст больных колебался от 17 до 83 лет.

Основными клиническими проявлениями ЗТГ были: боль в грудной клетке у 842 (96,8%), одышка – у 609 (70%) и общая слабость – у 782 (89,9%). У каждого 4-го пациента – 215 больных (24,7%) – кровохарканье, которое является признаком поражения легкого.

Основным методом диагностики ЗТГ у обследованных больных являлось рентгенологическое исследование с включением МСКТ грудной клетки. При обследовании у 630 больных (72,4%) были выявлены множественные переломы ребер. Гемоторакс определили у 92 больных (10,6%), явления пневмоторакса – у 177 (20,3%). У 601 (69,0%) установили наличие гемопневмоторакса, у 62 (7,1%) – пневмомедиастинума, у 516 (59,3%) – подкожной эмфиземы грудной клетки. У всех обследованных больных в ходе диагностики и хирургического лечения использовали ВТС.

Результаты и обсуждение. У 695 пациентов (79,9%) из 870 необходимые хирургические вмешательства нам удалось произвести торакоскопически, и операцию завершили дренированием плевральной полости. При этом хирургические вмешательства заключались в удалении фрагментов свернувшейся крови, коагуляции или ушивании ран легкого, остановки кровотечения и аспирации излившейся крови в плевральную полость. У 16 больных (1,8%) произведено ВТС-удаление костных отломков ребер.

У 129 больных (14,8%) в связи с технической невозможностью коррекции внутригрудных повреждений ВТС конверсировали либо в видеоассистированные вмешательства через мини-торакомный доступ (у 83 больных (64,3%), либо в традиционную широкую торакотомию (у 46 пациентов (35,7%). При этом у 22 больных производили ушивание разрывов легкого, у 9 – ликвидацию свернувшегося гемоторакса, у 6 – эти манипуляции сочетались с резекцией костных отломков ребер, у 4 – остановка массивного внутриплеврального кровотечения, у 3 – эхиноккоктомия из легкого, у 2 – ликвидация свернувшегося гемоторакса сочеталась с декортизацией легкого.

У данной категории больных, благодаря применению ВТС, нам удалось снизить число торакотомий до 5,3% (46 пациентов из 870), что привело к значительному уменьшению травматизма оперативных вмешательств и сокращению числа послеоперационных осложнений.

Выводы. Таким образом, применение ВТС у больных с ЗТГ позволяет проводить наиболее полноценную диагностику повреждений органов грудной полости, средостения и определяет лечебную тактику на ранних этапах. Лечебно-диагностический алгоритм с использованием ВТС приводит к снижению числа традиционных торакотомий, частоты развития послеоперационных осложнений и уменьшению сроков лечения и реабилитации.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

А.М. Хаджибаев, Б.И. Шукуров, А.Т. Хакимов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан

Видеолапароскопия применена у 208 больных сочетанной травмой в возрасте 33,7±14,4 года. Повреждения органов брюшной полости наиболее часто (в 163 случаях (78,4%) сочетались с ЧМТ. У 109 пострадавших (52,4%) выявлено повреждение более 2 областей (например, живот+грудь+череп или живот+грудь+череп+позвоночник). Только у 34 пострадавших (16,3%) отсутствовали нарушения сознания, во всех остальных случаях мы наблюдали оглушение (149), сонор (10) и кому (15). Более чем у половины пострадавших – 130 (62,5%) – в диагнозе фигурировал шок различной степени тяжести, из которых 20 пациентов (69,0%) мы не смогли вывести из критического состояния, и они погибли в первые 2 сут после поступления к клинику.

По нашим данным, частота ошибочных результатов УЗИ у больных с сочетанной травмой живота составляет 17,8%. Поэтому в 102 случаях (48,1%) диагностическая видеолапароскопия выполнена вопреки отрицательным результатам УЗИ у пострадавших, которые подвергались хирургическим вмешательствам по поводу сочетанных травм других анатомических зон под общим обезболиванием. У 28 больных (27,5%) такой тактический подход полностью оправдал себя, так как у них было выявлено наличие повреждения органов брюшной полости.

При экстренной видеолапароскопии в 131 случае (63,0%) подтверждено наличие патологического выпота в брюшной полости, в том числе с точным указанием его источника (поврежденного органа). Еще в 3 случаях (1,4%) выявлен геморрагический выпот в левом боковом канале и в полости малого таза, однако эндоскопической ревизией хирургу не удалось точно определить источник кровотечения, что послужило показанием к конверсии, во время которой повреждения внутренних органов не было обнаружено. Других случаев диагностической ошибки в группе больных, подвергнутых видеолапароскопии, мы не наблюдали. У 74 пострадавших (35,6%) диагностическая видеолапароскопия смогла с уверенностью исключить наличие внутрибрюшных осложнений сочетанной травмы.

Возможности для надежного эндоскопического гемостаза наиболее часто возникали при изолированных повреждениях печени, большого сальника, надрывах париетальной брюшины и разрывах кист яичника. Так, у 4 пациентов с надрывом большого сальника из 5 удалось эффективно произвести эндоскопическую электрокоагуляцию зоны повреждения. Такие же результаты получены у каждого 3-го (34,8%) пострадавшего с разрывами печени I–II степеней по классификации Moore (1986).

При повреждениях других органов брюшной полости лечебные возможности метода заметно ограничены. Сочетанное повреждение 2 и более органов брюшной полости, а также случаи, когда хирургу не удается точно определить источник гемоперитонеума и оценить характер внутрибрюшного кровотечения, мы считаем показанием к конверсии.

В сумме у 116 пострадавших с сочетанной травмой (55,8%) видеолапароскопическая техника смогла решить все лечебно-диагностические вопросы, связанные с травмой живота, без выполнения широкой лапаротомии.

Таким образом, видеолапароскопия позволяет быстро визуально оценить имеющиеся внутрибрюшные повреждения и определить рациональную хирургическую тактику, снизить частоту диагностических ошибок на 27,5%, практически у половины больных (55,8%) решить все лечебно-диагностические вопросы, связанные с травмой живота, без выполнения широкой лапаротомии.

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

Р.Г. Халипов, И.О. Кучеев, Ю.Б. Кашанский

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Переломы пяточных костей занимают особое место среди всех повреждений опорно-двигательной системы. Они составляют до 10% от всех переломов костей и до 60% среди травм костей стопы. При этом переломы пяток сопровождаются серьезными нарушениями функции опоры и ходьбы, трудно поддаются лечению, исход которого в 60–85% случаев остается неудовлетворительным, а в 2–10% является причиной инвалидности. Это все притом, что 70–90% пострадавших относятся к людям трудоспособного возраста.

Для лечения переломов пяточных костей предложено множество как консервативных, так и оперативных способов. Они обладают в большей или меньшей степени как достоинствами, так и недостатками. Их принципиальным отличием является вид репозиции переломов: открытая или закрытая. Методы, использующие первую, позволяют достаточно правильно восстановить анатомию пяточной кости, однако сопряжены с риском возникновения гнойно-некротических осложнений в раннем послеоперационном периоде и неблагоприятными последствиями в отдаленные сроки, обусловленными наличием, подчас, грубых рубцов. Способы, основанные на закрытой репозиции переломов, лишены вышеперечисленных недостатков, однако довольно часто не позволяют добиться удовлетворительного состояния и фиксации отломков.

С появлением чрескостного остеосинтеза представилась возможность достичь компромисса в этом вопросе. Однако предлагаемые конструкции аппаратов часто были громоздки или создавались самими авторами, что затрудняло или делало их широкое использование невозможным. В этой связи мы предложили способ лечения переломов пяточных костей с помощью чрескостного остеосинтеза аппаратом, состоящим из узлов общедоступного аппарата Илизарова. Вначале две перекрещивающиеся спицы вводятся в нижней трети голени под углом 45° к фронтальной и 15° к сагиттальной плоскостям, причем одна из них проходит через обе берцовые кости. Третья спица проводится под углом 15° к сагиттальной плоскости через бугор пяточной кости у места прикрепления ахиллова сухожилия. Спицы натягиваются и фиксируются в кольце, а также дуге аппарата Илизарова. Последние эксцентрично соединяются резьбовыми стержнями через консольные приставки. Дистракция и закручивание гаек на стержнях приводят к возникновению усилии, действующего непосредственно на пяточный бугор и опосредованно на другие осколки за счет лигментотаксиса.

С помощью этого способа осуществлено лечение переломов пяточных костей у 103 пострадавших, имевших многоосколочные внутрисуставные повреждения. Анализ показал, что степень репозиции зависит от времени ее проведения. Так, если операция предпринимается в период до 2 суток от момента травмы, то удовлетворительное стояние отломков и осколков удается достичь у 85% больных, до 7 суток – у 70%, а свыше этого срока – лишь у 7%. В поздний период у 93% пациентов возможно достичь только восстановления свода и длины стопы. Это связано с тем, что между отломками и осколками образуется рубцовая ткань, препятствующая их перемещению за счет лигментотаксиса. У всех больных наступило сращение переломов.

Таким образом, предложенный способ позволяет достаточно эффективно осуществить лечение наиболее тяжелых переломов пяточных костей, получить сопоставимые результаты с методами, использующими открытую репозицию отломков, но избежать негативных последствий, присущих им.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ИНФЕЗОЛ 100» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Э.А. Хакимов, Б.М. Шакиров, Х.Некбаев, Ж.Ш. Карабаев, М.С. Ашурава
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Самаркандский государственный медицинский институт
Самарканд, Республика Узбекистан

Ожог – один из наиболее тяжелых видов повреждений. С метаболической точки зрения он характеризуется выраженным катаболизмом, резкой интенсификацией метаболизма, очень большими потерями белка, потерей значительных количеств калия. Для восполнения потерь белка, нормализации ОЦК, стабилизации АД, уменьшения гемоконцентрации, поддержания процессов метаболизма и иммунобиологической защитной реакции, предотвращения распада мышечной ткани следует ввести цельный белок для быстрого замещения потерь с пораженной поверхности, а также гидролизированный белок или растворы кристаллических аминокислот.

При парентеральном питании в качестве донаторов пластического материала наиболее эффективны растворы аминокислот.

Основным требованием, предъявляемым к современным растворам аминокислот, является обязательное содержание 8 незаменимых аминокислот, 6 аминокислот, синтезируемых в организме из углеводов (аланин, глицин, серин, пролин, глутаминовая и аспарагиновая кислоты), 4 аминокислоты, которые синтезируются в организме в незначительном количестве (аргинин, гистидин, тирозин, цистеин).

Практически всем вышеописанным требованиям соответствует препарат «Инфезол 100» – это 10% инфузионный раствор аминокислот с углеводами и электролитами, с оптимальным составом, с высокой биологической активностью, выпускаемый компанией «Berlin-chemie».

В состав Инфезола 100 входят условно незаменимые аминокислоты, такие как аргинин, гистидин, глутамин.

В связи с вышесказанным целью исследования явилось изучение эффективности препарата «Инфезол 100» при лечении ожоговой болезни.

Материал и методы. В отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП Инфезол 100 назначили 347 больным с ожогами различной степени тяжести в возрасте от 6 мес до 73 лет, у которых общий белок в крови был 45,0–48,0–54,0–60,0 г/л. Прислуживались общим рекомендациям по дозировке аминокислот: взрослым – до 2,0 г/кг массы тела в сутки, детям – 1,0–2,5 г/кг массы тела в сутки (скорость введения – до 0,1 г/кг массы тела в час). Важно отметить, что доза аминокислот при парентеральном питании в 1-е сут не должна быть максимальной. Сначала необходимо убедиться в адекватной утилизации меньших доз, адекватной реакции пациента на предложенные инфузионные средства, и только затем возможно постепенное увеличение инфузии нутриентов до расчетной дозы.

Об эффективности Инфезола 100 судили по результатам показателей общего белка сыворотки крови, его фракций.

Инфезол 100 показал высокую эффективность. Содержание белка стабильно удерживалось на одном уровне в течение всего периода лечения, а у некоторых пациентов даже несколько увеличилось. Препарат все больные перенесли хорошо, побочных явлений и осложнений не отмечено.

Выводы. Инфезол 100 показал высокую активность в проведении ранней нутриционной поддержки в комплексной терапии ожоговой болезни, что позволило минимизировать катаболическую реакцию организма на шоковую термическую травму. Инфезол 100 поддерживает на уровне субнормальных значений показатели соматического и висцерального пулов белка, способствует благоприятному прогнозу заболевания, улучшению клинических и биохимических показателей крови и мочи, что в целом приводит к оптимизации качества лечения и сокращению сроков пребывания больного в условиях интенсивной терапии и реанимации.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ И ПОЛИТРАВМАХ

А.М. Хожибоев, О.В. Карабаев, С.С. Файзуев, Т.Т. Туйчиев

Ташкентский областной центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан

Жировая эмболия (ЖЭ) – это множественная окклюзия кровеносных сосудов капиллярами жира, в основе которой лежит гиперглобулинемия. ЖЭ при сочетанной и политравме встречается в 60–90% случаев. Однако синдром ЖЭ (СЖЭ), подразумевающий клиническую манифестацию, отмечается лишь в 5–10% наблюдений. Летальность при СЖЭ крайне высока – 47–67%.

В ТОЦЭМП за период 2009–2013 гг. находились на лечении 19 больных (100%) с СЖЭ в различных стадиях клинических проявлений. Все пациенты были с тяжелыми сочетанными черепно-мозговыми травмами (ЧМТ) и повреждениями опорно-двигательного аппарата (ОДА). СЖЭ наблюдалась при повреждениях от 3 до 5 сегментов костей (при односторонних повреждениях, СЖЭ нами не отмечен). Травмы сопровождались нарушениями сознания от умеренного оглушения до глубокой комы и травматическим шоком. Комплекс диагностических мероприятий и лечение больных проводили в отделении реанимации согласно стандартам оказания экстренной медицинской помощи. Клинические проявления СЖЭ, несмотря на профилактические мероприятия, развились у 12 пациентов (63,2%) на 2-е–3-и сут, у 7 (36,9%) – на 4 сут. Лабораторное подтверждение СЖЭ в виде наличия жира в моче получено у 15 больных (79%). У 4 пациентов, несмотря на явную клиническую картину лабораторного подтверждения, СЖЭ не было. Комплекс профилактических и лечебных мероприятий рассматриваемого синдрома включал: временную жесткую иммобилизацию конечностей, введение в/в 33% р-ра этилового спирта, препаратов Гапа-Мерц, Эссенциале форте, Зуфиллина в возрастных максимальных дозировках.

После выведения из шока больные были оперированы. У 7 пациентов (36,8%) операции на головном мозге и ОДА произведены последовательно, так как сдавление головного мозга внутричерепными гематомами носило жизнеугрожающий характер. Травматологические операции выполнены вторым этапом после относительной стабилизации состояния и коррекции витальных функций. У 8 больных (42,2%) операции произведены одновременно. До операции в связи с наличием травмы, не совместимой с жизнью, скончались 4 пациента (21%).

Необходимо отметить, что применение в/в 33% р-ра этилового спирта как естественного эмульгатора жира в диагностическом дооперационном периоде осложняло контроль за динамикой неврологического статуса у рассматриваемой категории больных. Нивелирование неврологической симптоматики у пациентов с уровнем сознания оглушение–сонор, может привести к неправильной оценке тяжести ЧМТ, послужить признаком мнимого нарастания объема внутричерепной гематомы и тем самым показанием к необоснованной трепанации черепа. Все в комплексе приведет к усугублению тяжести состояния больного.

Таким образом, мы не рекомендуем применение в/в 33% р-ра этилового спирта пациентам с сочетанными ЧМТ и травмами ОДА, находящимся в докоматозном сознании, до установления тяжести ЧМТ, определения показаний к нейрохирургическому вмешательству и определения тактики (последовательно или одновременно) хирургического лечения.

**ОСЛОЖНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ
КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ**
А.М. Хожибоев, О.В. Карабоев, А.М. Махмуров, Х.Д. Рабиев
Ташкентский областной центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель: изучить осложнения, возникшие при лечении переломов костей голени у больных с политравмой, и их профилактика.

В 2010–2011 гг. в отделении сочетанной травмы ТОЦЭМП на лечении находились 532 пациента (100%) с политравмой, из них с доминирующим повреждением костей голени – 212 (39,8%). У 68 больных (32%) переломы костей голени были сопутствующими повреждениями черепа и головного мозга. Среди пострадавших мужчин было 145 (68,3%), женщин – 67 (31,6%). У 32 больных (15%) верифицирован открытый перелом костей голени, который дает наибольший процент осложнений. В большинстве случаев остеосинтез осуществляли в 1–2-е сут. Экстремедуллярный остеосинтез пластинами и шурупами АО и ЦИТО выполнен у 78 больных (36,8%), интрамедуллярный остеосинтез – у 38 (17,9%), ВКДО на аппарате А.Г. Илизарова наложен в 76 случаях (35,8%), скелетное вытяжение – в 12 (5,6%), гипсовая повязка – в 8 (3,7%). У больных с сочетанной травмой при наличии противопоказаний к длительному оперативному вмешательству проводили остеосинтез однополюсным стержневым аппаратом в качестве промежуточного этапа.

Возникновение различных осложнений в процессе лечения пациентов с сочетанной травмой опорно-двигательного аппарата зависит от характера и вида травмы. Так, у оперированных нами больных осложнения наблюдались у 11 (5,1%), в том числе:

- 1) образование ложного сустава – у 5 (2,3%);
- 2) спицевой остеомиелит – у 3 (1,4%);
- 3) замедленная консолидация костных отломков – у 3 (1,2%).

Образование ложного сустава отмечалось после остеосинтеза пластинами при осколчатых и поперечных переломах, в основном при неправильном подборе фиксатора или при несоблюдении пациентами ортопедического режима. Поэтому максимально стабильный остеосинтез является неотъемлемой частью профилактики образования ложного сустава.

Спицевой остеомиелит во всех случаях наблюдался при остеосинтезе открытых переломов костей голени ВКДО. Для профилактики осложнений при лечении ВКДО мы наряду со стерилизацией аппарата применяем стерильные чехлы на аппарат, которые меняют минимум 1 раз в сутки во время перевязки. При оперативных вмешательствах в более поздние сроки (на 3-й–5-е сут) осложнения наблюдались гораздо реже. Это связано с улучшением состояния больных и их более детальной подготовкой к операции. Ранее и активное проведение остеосинтеза позволяет быстрее выводить больных из критического состояния и выполнять раннюю активизацию.

Вывод: изучение ошибок и осложнений при ведении больных с сочетанной травмой опорно-двигательного аппарата показало, что тактика лечения, обеспечивающая раннее восстановление всех повреждений, является, на наш взгляд, целесообразной.

НОВАЯ ЖИЗНЬ СТРАННОПРИИМНОГО ДОМА
М.Ш. Хубутия, С.А. Кабанова, Ю.С. Гольдфарб, Т.А. Капустина
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

История НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского неразрывно связана с судьбой архитектурного комплекса на Сухаревской площади, известного как Странноприимный дом. Он был сооружен на средства графа Н.П. Шереметева, в своем докладе императору Александру I так объяснившим мотивы своего благого деяния: «Руководствуясь непреложными обязанностями закона христианского и следуя побуждениям патриотического усердия, издавна положил я за неперменное учредить в Москве Странноприимный дом для содержания в оном на моем иждивении богадельни, состоящей из ста человек обоего пола и всякого звания неимущих и увечных, и больницы на пятьдесят человек для безнадёжного лечения в оной также всякого состояния бедных». В благотворительную деятельность учреждаемого Странноприимного дома, по завещанию супруги графа, бывшей крепостной актрисы П.И. Ковалевой-Жемчуговой, также входила ежегодная выдача приданого бедным невестам, а также денежная помощь обедневшим семействам и разорившимся ремесленникам, вклады в храмы и монастыри.

В Высочайшем указе Сенату пожертвование графа Н.П. Шереметева на Странноприимный дом было оценено в 2,5 миллиона рублей, но современники полагали, что оно далеко превосходило эту сумму, особенно принимая во внимание, что строительство самого комплекса длилось с 1792 по 1810 г., и основное здание, созданное по проекту Е. Назарова, подверглось значительной перестройке в связи с желанием заказчика придать ему мемориальное значение как памятнику скончавшейся графине П.И. Шереметевой. К работам был привлечен именитый архитектор Джакомо Кваренги. В результате Странноприимный дом приобрел вид подлинного Дворца Милосердия, каковым он и остался в истории российской благотворительности. Парадным стало убранство домового храма Живоначальной Троицы: его украсили исключительные по своей художественной ценности горельефы, скульптура Г.Т. Замараева, а придворный живописец Д. Скотти расписал купол и паруса. Основное здание института стало выдающимся памятником архитектуры эпохи классицизма и находится под охраной государства. В 1999–2005 гг. при поддержке правительства Москвы в здании был осуществлен большой объем реставрационно-восстановительных работ. В 2008 г. храм Живоначальной Троицы был освещен малым чином Святейшим Патриархом Алексием II, а в 2010 г. – большим чином Святейшим Патриархом Кириллом.

С момента своего основания и до настоящего времени Странноприимный дом не изменил своему назначению – служить местом, где оказывается квалифицированная и безвозмездная медицинская помощь любому, кто в ней нуждается. Врачи Шереметевской больницы внесли весомый вклад в развитие клинической медицины России. В начале 19-го века здесь базируется Московское отделение Медико-хирургической академии. Занятия со студентами проводят известные профессора Я.В. Кир, Б.К. Мюльгаузен, академик П.Н. Кильдюшевский. В 80-х гг. укрепляются связи больницы и с Московским Государственным Императорским университетом. С 1884 г. Шереметевская больница становится клинической базой университета. Ведущие ученые страны В.Д. Шервинский, С.С. Заяцкий, Н.Н. Савинов, С.Н. Доброхотов, С.Е. Березовский и другие не только внедряют передовые методы лечения больных, но и создают основательный научный фундамент. Неслучайно именно на базе Шереметевской больницы как наиболее передовой и авторитетного медицинского учреждения Москвы, в 1919 г. была организована первая в послереволюционной России станция скорой медицинской помощи, а в 1923 г. больница переименована в Институт неотложной медицинской помощи им. Н.В. Склифосовского (в 1928 г. слово «неотложная» заменено на «скорая» помощь). В 2013 г. это уникальное медицинское учреждение отмечает свой 90-летний юбилей.

**ЛЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ: ЭНДСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ, TIPS/ТИПС
И ДРУГИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ УСПЕХА**

Ю.В. Хоронько, А.Э. Саркисов, И.В. Шитиков

Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России
Ростов-на-Дону, РФ

Актуальность и цель. Пищеводно-желудочные кровотечения (ПЖК) у больных циррозом печени (ЦП) относятся к тяжелым жизнеугрожающим осложнениям портальной гипертензии (ПГ). Высокая летальность обусловлена не только трудностями достижения гемостаза, но и ограниченными возможностями применения портосистемных шунтирующих операций у пациентов с тяжелой фоновой патологией. Исключение составляет, пожалуй, лишь операция трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС), позволяющая не только создать эффективную портальную декомпрессию, но и обеспечить переносимость вмешательства при суб- и декомпенсированных стадиях печеночной недостаточности.

Цель исследования – оптимизировать алгоритм применения селективных вазоконстрикторов, эндоскопического лигирования (ЭЛ) и операции TIPS/ТИПС для улучшения результатов лечения.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 160 пациентов с ПЖК цирротического генеза. Общепринятые мероприятия, включавшие компрессию зондом *Blakemore*, гемостаз, плазмо- и кровезамещение, ингибиторы протонной помпы и селективные вазоконстрикторы для портальной декомпрессии дополнены у 46 больных ЭЛ пищеводных вариксов. В 2007–2013 гг. у 102 человек с острыми и состоявшимися в недавнем анамнезе ПЖК применена операция TIPS/ТИПС, дополненная в 58 случаях селективной эмболизацией левой желудочной вены (ЛЖВ), произведенной через созданный внутрипеченочный портосистемный канал.

Результаты и обсуждение. Лучшие результаты отмечены у пациентов, которым гемостаз осуществлен путем ЭЛ, а после стабилизации постгеморрагических нарушений выполнена операция TIPS/ТИПС, дополненная эмболизацией ЛЖВ. Послеоперационный период протекал гладко, что достигалось также комплексом мероприятий, направленных на профилактику осложнений, характерных для любого типа портосистемного шунтирования, и в первую очередь энцефалопатии.

Важно заметить, что наибольшей эффективностью из нехирургических процедур обладает применение селективных вазоконстрикторов, предпочтительно из группы терлипрессина, до 1000 мкг внутривенно болюсно через каждые 4–6 ч, позволяющее добиться медикаментозной портальной декомпрессии и обеспечить гемостаз и стабилизацию состояния пациента.

Заключение. Лечение ПЖК у больных ЦП должно включать комплекс последовательных мероприятий. На начальном этапе допустима компрессия зондом *Blakemore*, но не дольше 12 ч во избежание пролежней. Обязательным является применение селективных вазоконстрикторов, предпочтительно препаратов терлипрессина. ЭЛ вариксов является методом не только профилактики рецидивов геморрагий, но и способом надежного гемостаза на высоте кровотечения при условии опытных рук. Недостаток у этого метода один – сохранение ПГ, стоящей во главе патогенеза кровотечения. Он эффективно устраняется процедурой TIPS/ТИПС, применение которой является спасительным для большинства пациентов, пребывающих даже в тяжелых формах фонового заболевания.

**ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ
У БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ЖИВОТА**

*М.Ш. Хубутия, М.Л. Рогаль, П.А. Ярцев, А.А. Гуляев, М.А. Тлибекова,
О.А. Черныш, В.Д. Левитский*

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

Цель работы: травматизм – одна из актуальных проблем современной медицины, поскольку среди пострадавших отмечается высокая летальность и высокая степень инвалидизации. Так, согласно данным ВОЗ за 2004 г., смертность в результате травм занимает 10-е место среди ведущих причин смерти в мире, и возрастет к 2030 г. на 28%, переместившись на 5-е место. Целью нашего исследования было определение показаний и противопоказаний к использованию лапароскопии у пациентов с абдоминальной травмой, разработка техники выполнения лапароскопии и улучшение результатов лечения пострадавших с травмой живота.

Материал и методы. В данной работе представлен ретроспективный анализ результатов применения видеолaparоскопии у больных с закрытой травмой и колото-резаными ранениями живота за период с 2000 по 2011 г. 628 пациентов, вошедшие в исследование, были разделены на две группы: основную (348 пациентов), в диагностике и лечении у которых использовалась лапароскопия, и контрольную группу (280 больных), в лечебно-диагностический алгоритм которых входила лапаротомия. На предоперационном этапе выполнялись лабораторные исследования, ультразвуковое исследование, полипозиционная рентгенография, компьютерная томография.

Результаты. Использование лапароскопии у пострадавших с закрытой травмой и колото-резаными ранениями живота позволило избежать выполнения эксплоративной лапаротомии у 46% пациентов и выполнить эндохирургические лечебные манипуляции у 16,7% пациентов. Пропущенных ранений при ревизии органов брюшной полости в нашем исследовании не наблюдалось. Более благоприятное течение послеоперационного периода, менее выраженный болевой синдром, меньшая длительность пребывания в стационаре отмечена в основной группе больных.

Заключение. Применение лапароскопии в лечебно-диагностическом алгоритме у пострадавших с травмой живота позволяет избежать выполнения эксплоративной лапаротомии, улучшить результаты лечения и повысить качество жизни.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

М.Ш. Хубутия, Л.Ф. Твертунева, Ю.С. Тетерин, И.Ю. Авдеева

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

Одними из наиболее грозных осложнений у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, а также хирургические вмешательства на сердце и коронарные артерии являются эрозивно-язвенные гастродуоденальные кровотечения, летальность при которых достигает 80%.

Цель исследования: обоснование особенностей тактики лечения гастродуоденальных кровотечений у больных с кардиологической патологией с учетом необходимости проведения патогенетической терапии основного заболевания.

Материал: 43 пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями, осложненными развитием желудочно-кишечного кровотечения, среди которых 21 – с инфарктом миокарда, 16 – со стенокардией, 2 – с аневризмой грудного отдела аорты, 1 – с дилатационной кардиомиопатией, 2 – после операции трансплантации сердца, 1 – после операции протезирования митрального клапана. Из 21 больного инфарктом миокарда 4 – получали тромболитическую терапию, 10 – проводили коронарные вмешательства, 7 – получали только консервативную медикаментозную терапию. Комплекс медикаментозного лечения у всех пациентов с инфарктом миокарда включал введение гепарина и двухкомпонентную дезагрегантную терапию (плавикс, тромбоАСС). Из 16 пациентов со стенокардией 4 были оперированы, им произведена операция аортокоронарного шунтирования, остальные 12 получали консервативную терапию. Медикаментозная терапия у 4 оперированных больных в послеоперационном периоде включала гепарин и тромбоАСС; из неоперированных пациентов 4 принимали двухкомпонентную дезагрегантную терапию, 5 – тромбоАСС, 2 – гепарин и тромбоАСС. Двое больных после трансплантации сердца получали иммуносупрессивную терапию и преднизолон, 2 пациента после операции протезирования восходящего отдела аорты и 1 больной после операции протезирования митрального клапана принимали гепарин и тромбоАСС, 1 пациент с дилатационной кардиомиопатией – тромбоАСС. Сроки развития кровотечения у этих больных были различными – от 1 сут у пациентов с проведенным тромболитизмом до 22 сут на фоне приема консервативной терапии.

Методы. Всем больным выполняли экстренную эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), у 18 пациентов были применены методы эндоскопического гемостаза, включающие в 9 случаях инфльтрационный метод (инъекция 25% спирта и адреналина), в 9 – комбинационный метод (инъекционный метод в сочетании с аргоноплазменной коагуляцией и аппликацией клея).

Результаты. По данным экстренной ЭГДС, источником кровотечения у 6 пациентов явилась хроническая язва желудка или 12-перстной кишки, у 26 – множественные (от 2 до 5) острые язвы, у 8 – острые эрозии и язвы, у 3 – острые эрозии. Кровотечение типа F1a наблюдалось у 3 больных, F1b – у 6, F2a – у 9, F2b – у 4, F2c – у 21. Все случаи применения комбинированного эндоскопического гемостаза имели успех, из 9 случаев использования инфльтрационного метода в 3 отмечался рецидив кровотечения. Повторные эндоскопические вмешательства у этих пациентов обеспечили надежный гемостаз.

Терапия эрозивно-язвенных гастродуоденальных кровотечений основывалась на клинических данных, данных ЭГДС и результатах лабораторных исследований. При этом учитывались характер и острота основной патологии, угроза развития осложнений при полной отмене патогенетической терапии. Исходя из этого, патогенетическая терапия антикоагулянтами и антиагрегантами была полностью отменена только у пациентов с кровотечением типа F1a, F2a, F2e при высоком риске развития рецидива массивного кровотечения. Им были назначены гемостатическая, кровоостанавливающая терапия, а также внутривенное введение антисекреторных препаратов (контролок, нексиум) в дозировке 160 мг/сут; прием антацидных гелей и препаратов с цитопротекторным действием. Пациентам с кровотечением типа F1b после нормализации системы гемостаза с помощью гемостатических средств были временно отменены только антикоагулянты (гепарин), терапия антиагрегантами была продолжена под контролем лабораторных показателей системы гемостаза. Больным с кровотечением типа F2c после нормализации коагуляционной системы было продолжено патогенетическое лечение основного заболевания. Противоязвенную терапию этим группам пациентов осуществляли по приведенной выше схеме.

Из 43 больных с неотложной кардиологической патологией, осложненной развитием гастродуоденального кровотечения, умерли 7 в результате тяжелого течения основной патологии. Ни в одном случае причиной смерти не явилось продолжающееся гастродуоденальное кровотечение. Таким образом, летальность составила 16,2%.

Вывод: лечение пациентов с подобной сочетанной патологией требует дифференцированного подхода и зависит от характера и интенсивности кровотечения и угрозы развития его рецидива на фоне необходимости проведения патогенетической терапии основного заболевания.

10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ НИИ СП ИМ. Н.В. СКЛИФОВСКОГО ПО ПРИМЕНЕНИЮ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

М.Ш. Хубутия, Г.А. Газарян, И.В. Захаров, Д.А. Чеплык, П.Ю. Лопотовский, К.С. Григорян, Н.М. Бигбова, И.Н. Федотова, Г.В. Трубкина, А.П. Голиков

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

Цель. Расширение показаний к применению реперфузионной терапии (РТ) в остром периоде инфаркта миокарда с элевацией сегмента ST (ИМ с \uparrow ST) посредством пролонгирования сроков использования различных видов чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) при повышенном риске смерти.

Материал и методы. В исследование включены 2707 больных ИМ с \uparrow ST, поступивших в институт с 2002 по 2011 г. Из них 405 (15%) – переведены из других стационаров. Риск смерти оценивали по TIMI. Тромболитическая терапия (ТЛТ) была применена у 828 больных (30%), коронарография – у 1685 (62,5%), различные виды ЧКВ – у 1182 пациентов (44%), в том числе первичные, спасительные и после успешной ТЛТ у 367, 85 и 51 соответственно, а также отсроченные ЧКВ (через 24–72 ч от начала ИМ), при позднем поступлении или переводе больных с повышенным риском смерти – у 371, 134 и 174 соответственно. Сократимость левого желудочка (ЛЖ) оценивали в динамике методом эхокардиографии, стресс-тест или суточное мониторирование ЭКГ выполняли перед выпиской. В течение 5 лет у 534 больных с различными стратегиями лечения учитывали общую и сердечно-сосудистую летальность (ССЛ).

Результаты. У большей части больных с первичным передним ИМ с вовлечением правого желудочка (ПЖ) и повторным поражением исходный риск смерти был высоким, у больных с первичным нижним ИМ – низким. В среднем он составил 8,2%. Независимо от вида ЧКВ и сроков их применения ангиографический успех сопровождался успешной эволюцией ЭКГ-изменений, улучшением сократительной функции ЛЖ и разрешением острой сердечной недостаточности. У больных с передним ИМ частота развития аневризм ЛЖ при первичных ЧКВ и вмешательствах после успешной ТЛТ не превышала 20%, при спасительных – достигала 30%. В случаях с отсроченными ЧКВ частота развития аневризм зависела от предшествующего им локального дискинеза верхушки. Госпитальная летальность у больных с различными видами ЧКВ составила 1,2%, общая летальность за 5 лет – 9,5%, в том числе ССЛ – 3,5%.

У больных без ЧКВ отмечены высокая частота постинфарктной стенокардии, нарушение ритма и проводимости, ухудшение сократительной функции ЛЖ. Частота развития аневризм ЛЖ при переднем ИМ составила в среднем 30% с учетом эффективности ТЛТ – 39% и 27% соответственно, без РТ – 25%. Госпитальная летальность у больных с безуспешной и успешной ТЛТ составила 22% и 3% соответственно и без РТ – 12%. Общая ССЛ за 5 лет после выписки у пациентов с ТЛТ составляла 27% и 19% соответственно. Различия в зависимости от эффективности ТЛТ стирались. Эти показатели у больных без РТ достигли 39% и 33% соответственно. Госпитальная летальность была прямо пропорциональна исходному риску смерти и зависела от локализации поражения перенесенного ранее ИМ. Эта закономерность прослеживалась и с учетом отдаленной летальности. В течение 10 лет количество больных, получивших РТ, увеличилось с 29 до 83%, различных видов ЧКВ – до 62%. Увеличение количества реперфузий привело к сокращению госпитальной летальности с 12,6 до 4,9%.

Заключение. Приведенные данные свидетельствуют о целесообразности расширения показаний к применению РТ в остром периоде ИМ с \uparrow ST посредством пролонгирования сроков выполнения ЧКВ у больных с повышенным риском смерти. Передний ИМ, нижний с вовлечением ПЖ и повторный являются легко разделяемыми предикторами высокого риска смерти и указывают на приоритетность больных к РТ, в том числе, не ограничиваемых первыми 12–24 ч. В условиях отсутствия регионарных сетей РТ применение отсроченных видов ЧКВ при позднем поступлении или переводе больных с повышенным риском смерти из других учреждений позволяет обеспечить эффективность лечения ИМ с \uparrow ST.

РАЗВИТИЕ РЕАНИМАЦИОННОГО КОЕЧНОГО ФОНДА НИИ СП ИМ. Н.В. СКЛИФОВСКОГО И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

М.Ш. Хубутия, Н.А. Карасев, Б.Л. Курилин, И.И. Быстров

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

В последнее время уделяется все более возрастающее внимание роли отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) на качественные показатели стационарной помощи.

Целью настоящего исследования явились изучение показателей развития коечного фонда ОРИТ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского и их влияние на результаты лечебной деятельности.

Проведен анализ данных НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за 21 год (1991–2012 гг.), представленные формами № 7 и годовыми отчетами медицинской статистики.

В 1991 г. клиника института располагала 975 клиническими койками. Реанимационный коечный фонд включал всего 33 койки и состоял из двух отделений: общей реанимации (18 коек) и токсикологической реанимации (15 коек). Показатель реанимационной обеспеченности был равен 3,4%.

При этом в отделения общей реанимации поступали пациенты всех профилей – хирургического, нейрохирургического, травматологического, ожогового, кардиологического и т.д. В 1991 г. на реанимационных койках всего были пролечены 5680 пациентов (30% от всех госпитализированных).

За период с 1991 по 2012 гг. реанимационный коечный фонд увеличился до 126 коек при практически неизменном госпитальном коечном фонде. Количество профильных реанимационных отделений увеличилось до 13. В реанимационные отделения были переведены 4799 пациентов, что в 9 раз превысило число переведенных в 1991 г. Общее количество реанимационных госпитализаций в 2012 г. составило 10 751, что почти в 2 раза больше, чем в 1991 г.

При увеличении среднего реанимационного койко-дня с 1,4 до 3,5 создались условия для более полноценного проведения комплекса реанимационных мероприятий, профилактики и лечения основной и сопутствующей патологии и осложнений. Широко начали применять современные методы иммобилизации, хирургической детоксикации, адекватную трансфузионную терапию, профилактику и лечение легочной, сердечной недостаточности, септических состояний и т.д. Одновременно расширение возможностей использования реанимационного пособия позволило разгрузить клинические койки от тяжелого контингента больных, что в свою очередь создало условия для более полноценной диагностики и лечения на клинической базе, а также сократить сроки лечения в стационаре.

Многолетний анализ показал, что с развитием реанимационного коечного фонда и повышением показателей реанимационной обеспеченности (в 2012 г. он составил 14,5%) одновременно возрастал показатель уровня реанимационных госпитализаций – 45,7% в 2011 г.

С ростом этих показателей в изучаемом периоде снизилась общая реанимационная летальность (с 18 до 8,3%) и госпитальная летальность (с 7 до 4%).

Таким образом, анализ многолетних показателей развития реанимационного коечного фонда НИИ СП им. Н.В. Склифосовского свидетельствует, что его расширение позволило улучшить все основные показатели клинической деятельности.

ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ СЕПСИСА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

М.Ш. Хубутия, С.В. Журавель, Т.В. Чернышова, Н.К. Кузнецова, А.О. Чугунов, М.С. Ноерузбеков, В.А. Гуляев, В.В. Киселев

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

Тяжесть исходного статуса реципиента, продолжительность и травматичность самой операции по трансплантации печени, иммуносупрессивная терапия становятся объективными предпосылками для развития различных осложнений. Развитие сепсиса может быть связано с первичным инфицированием, активацией ранее перенесенной инфекции либо присоединением вторичной инфекции вследствие нефункционирующего или плохо функционирующего трансплантата, несостоятельности желчотопроводящего анастомоза, артериального тромбоза. Диагностика сепсиса бывает затруднена. Лихорадка, гипотензия, необходимость применения высоких доз вазопрессоров для поддержания артериального давления указывают на наличие септического процесса. Адекватная антибиотикотерапия способна предотвратить генерализацию инфекции и развитие полиорганной недостаточности.

Цель исследования: анализ частоты бактериальных осложнений, эффективности антибактериальной терапии и других методов лечения.

Проанализированы 90 пациентов после трансплантации печени, у которых в раннем послеоперационном периоде были выявлены различные инфекционные осложнения. У всех больных определяли клинический и биохимический анализы крови, исследовали удаляемые дренажи, катетеры на бактериальную флору, выполняли рентгенограмму грудной клетки, УЗИ брюшной полости, бронхоскопию при клинических показаниях.

При культуральном исследовании микрофлоры наиболее часто выявляли *Pseudomonas aeruginosa*, *S. aureus* (MRSA), *Staph coag.* (-), *Acinetobacter spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter*. Значительные сложности в лечении больных представляли метциллин-резистентные штаммы *S. aureus* (MRSA) и резистентные штаммы *Pseudomonas aeruginosa*.

Вторичная внутрибрюшная инфекция, вследствие нефункционирующего или плохо функционирующего трансплантата, являлась наиболее частым источником сепсиса. Всем пациентам назначали профилактическую антибактериальную терапию и проводили дезэскалационную терапию после получения чувствительности выявленной микрофлоры.

Заместительную очечную терапию применяли во всех случаях при развитии тяжелого сепсиса. Летальность в течение 30 сут послеоперационного периода у обследованных пациентов составила 19,6%.

Заключение. Комплексная терапия с назначением режима антибиотиков по результатам микробиологического исследования позволяет эффективно бороться с бактериальной инфекцией после трансплантации печени.

**ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ТОКСИКОЛОГИИ**
М.Ш. Хубутия, И.Я.Таджиев, С.А. Кабанова, Ю.С. Гольдфарб
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

В истории развития современной клинической токсикологии выделяют два периода, первый из которых характеризовался применением методов симптоматической терапии при оказании медицинской помощи (МП) при острых химических отравлениях (ОХО) врачами общей практики, второй – формированием специализированной токсикологической службы (СТС) в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского в 1963 г. Через 9 лет она была преобразована в республиканский центр, а общее число отделений лечения ОХО в Российской Федерации было доведено до тринадцати.

К началу следующего этапа была значительно укреплен материально-техническая база СТС, накоплен опыт в организации и лечении ОХО, что стало основанием к расширению службы в стране. Приказом МЗ СССР от 06.05.1980 № 475 «Об улучшении стационарной специализированной медицинской помощи при острых отравлениях» в союзных республиках и в крупных городах были организованы отделения для больных с ОХО. Кроме лечебно-профилактических функций, на них возлагались учет и консультативная помощь медицинским учреждениям на прикреплённой территории, а также организационно-методическое руководство ими.

Приказ № 475 сыграл важную роль в стратегии развития СТС. Всего за период действия приказа № 475 в стране были созданы 44 центра лечения ОХО в 41 регионе, где были возвращены 1 235 токсикологических коек.

В связи с произошедшими в 1990-х гг. системными изменениями в государственном устройстве страны и финансировании здравоохранения потребовалось коренное переустройство СТС на всех уровнях. По сути, продолжавшая функционировать в штатном режиме СТС нуждалась в узаконивании, но только 08.01.2002 был издан приказ Минздрава России № 9 «О мерах по совершенствованию организации токсикологической помощи населению Российской Федерации», решивший многие скопившиеся к тому времени проблемы. Фактически он был создан по образцу и подобию приказа № 475, естественно с учетом современных реалий, и имел такое же большое организационное и регулирующее значение.

С принятием Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и изменившимся порядком финансирования здравоохранения и уровнем законодательных гарантий на МП потребовалась новая нормативно-правовая корректировка деятельности СТС. В изданном приказе Минздрава России от 15.11.2012 №925н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями» были установлены новые правила организации СТС, в частности регламентация оказания МП при ОХО в соответствии со стандартами. Принципиальным же было то, что, как и 30 лет назад, приказом № 925н закреплялась структура, штатное расписание и оснащение отделений ОХО, целевые задачи, как подтверждение того, что сложившаяся система СТС при ОХО является успешно функционирующей, хотя и недостаточной в плане охвата для половины населения страны. Об этом же свидетельствовало и продолжение курса на дальнейшее развитие СТС путем организации сети информационно-консультативных центров в малонаселенных регионах, где организации стандартных центров (отделений) нерентабельна. При всей очевидной адаптивности данного приказа под Федеральный закон № 323-ФЗ, в целом, он был созвучным приказу № 9, отличался преемственностью и логическим продолжением формирования нормативно-правовой базы развития СТС.

Всего с начала организации СТС в стране без учета региональных было издано свыше тридцати нормативно-правовых актов, результативность и значимость которых можно весьма позитивно оценить по сформировавшейся уникальной и авторитетной отечественной школе клинической токсикологии с ее богатым организационно-методическим и лечебно-диагностическим опытом, ценным научным и кадровым потенциалом.

**ЧЕТЫРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА
В НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО**

М.Ш. Хубутия, В.В. Соколов, И.А. Козлов, А.В. Редкобородый, В.Х. Тимербаев, М.В. Чумаков, И.В. Поплавский, П.Н. Маринин, Е.И. Бойчевская, В.В. Барчуков, М.В. Пархоменко, И.Е. Галанкина, Е.Г. Новикова
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Введение. Одним из приоритетных направлений развития современной медицины в России является внедрение высокотехнологических методов лечения в повседневную практику. Трансплантация сердца (ТС) является единственным эффективным высокотехнологичным методом лечения терминальной стадии сердечной недостаточности, который успешно применяется в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2009 г.

Материал и методы. Из 153 пациентов, страдающих терминальной стадией сердечной недостаточности, направленных в НИИ СП поликлиниками и стационарами по программе ТС с сентября 2009 г. по июль 2013 г., 34 пациентам была выполнена ортотопическая ТС. Тяжесть состояния по *UNOS* была оценена, как 2 у 74% пациентов, 1В – у 16% и 1А – у 10%. Доноры находились либо непосредственно в НИИ СП, либо в других стационарах Москвы. Для имплантации донорского сердца использовали предсердную методику (7 первых наблюдений и еще одно более позднее у пациента, перенесшего ранее АКШ) или бикавальную методику. У части пациентов ТС была дополнена аннулопластической трикуспидального клапана.

Результаты. Учитывая летальные и не летальные осложнения, наиболее тяжелым является госпитальный период. Так, госпитальная летальность составила 11,4%, у половины реципиентов отмечена изолированная или бивентрикулярная сердечная недостаточность, требующая пролонгированного введения инотропных препаратов либо введения левосимендана, 10 реципиентов (32%) имели клеточное отторжение *IV-III* степени по градации *ISHLT*, 8 реципиентов (26%) имели обострение имеющихся хронических заболеваний, значительно повлиявших на течение послеоперационного периода. Выживаемость к концу первого года составила 86%, причиной смерти реципиентов стали инфекционные осложнения, в одном из этих случаев вследствие несоблюдения рекомендаций. Максимальный срок наблюдения после ТС – 4 года. Болезнь коронарных артерий развилась у двух реципиентов в конце первого года после ТС, выполнено успешное стентирование.

Выводы. НИИ СП вышел на методический уровень, позволяющий проводить операции такого рода в соответствии с мировой практикой. Отличительной особенностью является возможность получения аллогraftа в стенах учреждения, что ведет к снижению риска, связанного с удалением донора. Имевшие место в первый месяц осложнения приходятся на формирование СПОН, а в первые полгода на инфекционные, что соответствует мировой практике. Для улучшения отдаленных результатов необходимо формирование в амбулаторном звене структуры, отвечающей за наблюдение реципиентов со специалистами, знакомыми со специфическими осложнениями и отвечающими за их профилактику и своевременное направление реципиента в специализированный стационар.

**СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ
МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ
ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЛЕГКИХ**

М.Ш. Хубутия, М.М. Абакумов, Э.И. Переакова, Е.А. Тарабрин, С.В. Головинский, П.Н. Маринин, Е.В. Морозюк, А.А. Романов, О.А. Курилова, М.А. Годков, В.П. Никулина
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Актуальность. В настоящее время трансплантация легких (ТЛ) неразрывно связана с применением экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО). Однако, обеспечивая, с одной стороны улучшение гемодинамики и оксигенации, с другой стороны ЭКМО повышает риск развития воспалительной реакции и инфекции.

Цель исследования: изучение влияния ЭКМО на развитие воспалительной реакции и выявление факторов риска неблагоприятного исхода в раннем периоде после ТЛ.

Материал и методы. В исследование включены 11 пациентов с двусторонней ТЛ. Из них было 7 женщин и 4 мужчин, средний возраст составил $34,3 \pm 7,25$ года (от 20 до 55), длительность заболевания $11,27 \pm 6,89$ г. (от 2 до 27). Лечение больных проводили в условиях единой лечебно-диагностической тактики. Больные ретроспективно были разделены на 2 группы. В 1-ю группу включены 7 реципиентов; у 6 из них интраоперационно использованы системы центрального вено-артериального (В-А) ЭКМО и в одном случае периферическое (бедренные сосуды) через 14 часов после ТЛ. У одной пациентки этой группы в связи с сохраняющейся недостаточностью оксигенирующей функции легких через 2 суток выполнена замена В-А ЭКМО на вено-венозное (В-В). Продолжительность ЭКМО составила от 6 ч до 14 сут. Во 2-ю группу включены 4 реципиента, которым интраоперационно ЭКМО не подключали, в одном наблюдении на 19-е сутки выполнено периферическое В-В подключение в связи с развитием дыхательной недостаточности на фоне несостоятельности бронхиального анастомоза и двусторонней пневмонии.

Оценка тяжести состояния больных проводилась по шкалам *APACHE-II*, *SAPS-II*, *SOFA* до операции, при поступлении в реанимационное отделение (0 сутки), в 1-е, 3-и, 7-е и 10-е сутки после ТЛ. В эти же сроки всем больным проводилась оценка выраженности баллов *CCBP* по критериям *ACCP/SCCM*, исследовались параметры формулы крови, ЛПИИ (лейкоцитарный индекс интоксикации), *S*-реактивный белок (*CRP*). Исследование прокальцитонина проводилось у 5 реципиентов.

Результаты. Мы не нашли достоверных отличий между группами перед операцией, а также в 0-е, 1-е, 3-и, 7-е, и 10-е сутки после ТЛ по уровню ЛПИИ, *CRP*, баллам *CCBP* при оценке степени тяжести по шкалам *APACHE-II*, *SAPS-II*, *SOFA*. Не получено достоверных отличий между группами и в дозах катехоламинов и вазопрессорных препаратов, развитии гнойно-септических осложнений. Достоверная разница отмечена только относительно количества лейкоцитов к 7-м суткам после ТЛ, и то не в группе больных, которым интраоперационно использовалось ЭКМО. Также не получено достоверных отличий между группами при анализе сроков нахождения выживших больных в отделении интенсивной терапии ($p=0,055$), длительности ИВ Л ($p=0,35$), длительности стационарного лечения ($p=0,45$). Сравнение показателей лабораторных данных, тяжести состояния по шкале *APACHE-II* в исследуемые сроки у выживших и умерших пациентов также не выявило достоверных различий. Достоверными предикторами развития неблагоприятного исхода у пациентов после трансплантации легких являлись: тяжесть состояния по шкале *SAPS-II* ($OR=1,06$) и тяжесть органной дисфункции по шкале *SOFA* ($OR=1,41$) при поступлении в реанимационное отделение, тяжесть состояния по шкале *SAPS-II* в 1-е сутки после ТЛ ($OR=1,36$). Длительность проведения ЭКМО ($OR=0,99$), развитие почечной недостаточности ($OR=1,00$).

Заключение. Интраоперационное подключение ЭКМО у больных с ТЛ не оказывает существенного влияния на сроки нахождения выживших больных в отделении интенсивной терапии, длительность искусственной вентиляции легких, длительность стационарного лечения, а также на частоту развития воспалительной реакции и гнойно-септических осложнений.

**АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ РЕАНИМАЦИОННОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ
МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРОВ г. МОСКВЫ, ОКАЗЫВАЮЩИХ
ЭКСТРЕННУЮ НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩЬ, НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЧЕБНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

М.Ш. Хубутия, Н.А. Карасев, Б.Л. Курилин, Е.В. Кислухина, В.А. Молодов
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

В настоящее время обеспеченность многопрофильных больниц реанимационными койками остается в силу разных причин неравномерной, а существующие официальные формы отчетности не позволяют адекватно определить эффективность их работы и значение для оценки качества лечебной деятельности.

В соответствии с Приказом МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» п.12 число коек для реанимации и интенсивной терапии должно составлять не менее 5% от коечного фонда медицинских организаций, имеющих более 400 коек. Проведен анализ развития реанимационного коечного фонда в 34 многопрофильных больницах г. Москвы, оказывающих неотложную медицинскую помощь, за период с 1997 по 2012 гг. с применением статистических методов и математической обработки. На основании анализа полученных данных выявлено:

- за 15 лет средняя реанимационная обеспеченность по 34 стационарам достоверно увеличилась в абсолютном приросте на 40,8% (с 2,39 до 4,04%), а процент реанимационных госпитализаций по 34 стационарам за 15 лет повысился более выраженно в абсолютном приросте на 60,8% (с 7,65 до 19,50%) при темпе прироста 6,66. В 2011 г. этот показатель в различных больницах варьировал от 4,54 до 46%;

- наличие достоверной зависимости при проведении корреляционного анализа при повышении уровня реанимационной обеспеченности и реанимационной госпитализации со снижением госпитальной и реанимационной летальности;

- реанимационный коечный фонд 34 стационаров ДЗ г. Москвы, оказывающих экстренную медицинскую помощь, развивался более интенсивно и оказал достоверное влияние на улучшение медико-статистических показателей реанимационных отделений и стационара в целом;

- общее количество реанимационных коек недостаточно для обслуживания сложившегося потока пациентов. С учетом необходимости планирования сезонных пиковых нагрузок и при массовых поступлениях, а также Приказа МЗ РФ № 919н от 15 ноября 2012 г. необходимо расширение реанимационного коечного фонда на 300 коек для достижения средней реанимационной обеспеченности в многопрофильных больницах, оказывающих экстренную медицинскую помощь, 5%;

- повышение реанимационной обеспеченности позволит улучшить качество оказания экстренной медицинской помощи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Ш. Хубутия, М.Л. Розаль, П.А. Иванов, Д.А. Благовестов, А.В. Гришин, А.Н. Лотов, С.А. Бугаев, С.Н. Новосел, З.М. Озова, И.П. Елифанова, К.Т. Азаханова, Н.Б. Иоселиани, Е.В. Степан, Ф.Р. Алмакаев, Д.А. Омелянович

**НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского,
Российская медицинская академия последипломного образования
Москва, РФ**

Цель исследования: оценка результатов различных подходов к тактике лечения пострадавших с травмой поджелудочной железы (ПЖ).

Материал и методы: За последние 20 лет в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского находились на лечении 347 пострадавших с травмой поджелудочной железы (ПЖ). Из исследования исключены 42 пострадавших, которые умерли в течение 2 суток после травмы от тяжести сопутствующих повреждений. Все больные оперированы. Характер операции зависел от степени повреждения ПЖ. Выполняли ушивание ран ПЖ (40), гемостаз и дренирование зоны повреждения (185), дистальную резекцию (28), тампонирование раны (12), видеолaparоскопию (14), лапаротомию без дренирования салниковой сумки (16), панкреатоэнтероанастомоз (3), пункционные и дренирующие вмешательства под УЗ-наведением (54). После операции осуществляли комплексное лечение посттравматического панкреатита.

Результаты. В начале 90-х годов значительно увеличилось число пострадавших с повреждением ПЖ. С 1991 по 1995 г. наблюдали 77 пациентов; умерли 16 (20,8%), гнойные осложнения развились у 39 (50,7%). Высокая летальность и частота развития гнойных осложнений в этой группе побудили к поиску путей их снижения. Данные аутопсии 22 умерших с травмой ПЖ подтвердили, что травматический панкреатит является закономерным результатом травмы ПЖ. Каждый пострадавший с травмой ПЖ стал нами рассматриваться как больной с травматическим панкреатитом. В связи с этим в комплекс обязательных лечебных мероприятий была введена терапия, направленная на подавление внешнесекреторной функции ПЖ, которая проводилась не по мере появления признаков травматического панкреатита, а по факту обнаружения ее повреждения. Данный подход принес свои положительные результаты и в период 1996–2000 гг. летальность снизилась до 13,2%, а частота гнойных осложнений – до 36,8%.

Анализ зависимости результатов лечения от характера хирургических вмешательств показал, что среди пострадавших, которым проведено только дренирование зоны повреждения ПЖ, осложнения имели место у 34,2% пострадавших, летальность у 10,7%, а ушивание раны ПЖ приводило к росту осложнений и летальности до 51,6% и 15,2% соответственно. При дистальной резекции ПЖ осложнения развились у 39,1% пострадавших, а летальность составила 14,3%. При тампонировании зоны повреждения и отсутствии дренажа гнойные осложнения и летальность достигли максимума и составили 77,8% и 44,4% соответственно. Данные результаты заставили нас отказаться от ушивания ран ПЖ или тампонирования ее разрывов, а также от ушивания культи ПЖ при ее дистальной резекции. В период 2001–2006 гг. при травме ПЖ летальность составила 17,3%, а частота гнойных осложнений – 42,5%. Анализ роста летальности показал, что у 5 больных с неясным диагнозом и подозрением на повреждение органов брюшной полости произведена диагностическая видеолaparоскопия. При этом во всех наблюдениях салниковую сумку не осматривали, и вмешательство было ограничено только дренированием брюшной полости. Вследствии у всех 5 пациентов развились тяжелые гнойные осложнения травматического панкреатита, которые потребовали множественных повторных операций, и в результате 4 пострадавших из 5 умерли.

Анализ результатов лечения в зависимости от сроков начала антисекреторной терапии показал, что при лечении, начатом в 1-е сутки после травмы ПЖ, гнойные осложнения наблюдались в 13,3% случаев, а летальность составила 5,1%. При антисекреторной терапии, начатой на 2-е–3-и сутки, наблюдалось 3-кратное увеличение числа осложнений – до 39,5%, и 4-кратное увеличение летальности – до 21,1%. При запаздывании с началом лечения на 4–5 сут и более его результаты уже практически не отличались от результатов лечения больных, не получающих медикаментозного лечения, и характеризовались наибольшей частотой осложнений и смертельных исходов – до 80% и 24% соответственно.

Ретроспективный анализ результатов лечения (в зависимости от соблюдения принципов хирургической обработки и сроков начала антисекреторной терапии), показал, что у 158 пациентов с полным соблюдением указанных принципов лечения осложнения возникли у 24 (15,2%), умерли 12 (7,6%). У 86 больных с запаздыванием в сроках начала антисекреторной терапии на 3–4 сут (или при нарушениях принципов хирургической обработки) осложнения были у 46 (53,5%), умерли 15 (17,4%). У 48 пациентов с отступлением от вышеперечисленных принципов осложнения развились у 41 (85,4%), умерли 18 (37,5%).

Заключение. Таким образом, за последние 20 лет хирургическая тактика у пострадавших с травмой ПЖ претерпела значительные изменения в сторону ограничения операций на ПЖ с обязательным дренированием салниковой сумки. Данная тактика в сочетании со своевременной патогенетической специализированной терапией острого панкреатита позволила снизить летальность при повреждении ПЖ до 7,6%, а частоту гнойных осложнений – до 15,1%.

К ВОПРОСУ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДТП

С.Н. Хунафин, М.С. Кунафин, Ф.Д. Тимербулатов, М.Ш. Чанышев
**Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ,
Станция скорой медицинской помощи**

Уфа, Республика Башкортостан, РФ

Современный дорожно-транспортный травматизм характеризуется двумя чертами – нарастанием тяжести травм (до 20,8%) и сочетанных (до 63,5%) повреждений, а также отдалением от крупных городских медицинских центров, когда дорожно-транспортные происшествия (ДТП) «выходят» за пределы крупных городов, что осложняет своевременное оказание квалифицированной медицинской помощи.

Цель настоящей работы: изучить организацию оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной и множественной травмой при ДТП, выявить основные проблемы и предложить пути ее совершенствования.

Для проведения исследования использовали информационно-аналитическую систему оценки оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП. Основным источником сведений о вызовах скорой медицинской помощи (СМП) к пострадавшим в ДТП является карта вызова СМП (форма 110 у), которая заполняется выездными врачами и фельдшерами. Материалом исследования были карты вызовов СМП 1401 пострадавшего за 2012 г.

В настоящее время догоспитальную медицинскую помощь пострадавшим в ДТП оказывают врачи, обладающие неодинаковыми знаниями и квалификацией по реаниматологии, травматологии и нейрохирургии. Кроме того, для оказания догоспитальной медицинской помощи таким больным выезжают и фельдшерские бригады. При анализе оказания догоспитальной медицинской помощи ССМП Уфы установлено, что в 71,2% случаев были отправлены специализированные и в 28,8% – линейные бригады. Из специализированных бригад в 85,1% случаев выезжали реанимационные, в 12,2% – кардиологические и в 2,7% – неврологические бригады. На ДТП в основном прибывают реанимационные бригады и только в случае отсутствия замены другой специализированной – линейные бригады. Анализ тяжести пострадавших показал, что в 32,5% случаев была сочетанная травма, в 5,2% – множественная травма, в 4,1% были трупы до приезда бригады и в остальных (58,2%) были пострадавшие с изолированной травмой. К месту ДТП бригады доезжали в течение 10–11 мин. Всем тяжелым пострадавшим с сочетанной и множественной травмой догоспитальную медицинскую помощь оказывали реанимационные бригады. При крупных ДТП всегда выезжали реанимационная и линейная бригады и далее в зависимости от обстановки и другие бригады СМП. В ходе анализа оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим, особенно с сочетанной и множественной травмой, выявлены следующие ошибки: диагностические (трудности диагностики нейрохирургической, травматологической патологии), недостаточный объем восполнения ОЦК и соблюдение принципов иммобилизации. Отчасти уменьшение объема оказания медицинской помощи пострадавшим связано с принципом минимального оказания помощи на догоспитальном этапе и быстрой транспортировки в стационар.

СКРЕПЛЯЮЩАЯ СВЯЗЬ ВРЕМЕН: УСТАНОВКА ПАМЯТНОГО КРЕСТА НА МЕСТЕ ЦЕРКВИ СВ. КСЕНИИ МИЛАССКОЙ НА ТЕРРИТОРИИ АНСАМБЛЯ БЫВШЕГО СТРАННОПРИИМНОГО ДОМА

М.Ш. Хубутия, С.А. Кабанова, Т.А. Капустина

**НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ**

Здание Странноприимного дома на Сухаревской площади давно стало одним из символов Московского здравоохранения. С 1923 г. в нем располагается Институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского.

Участок земли, занимаемый Странноприимным домом, ранее назывался «Черкасскими огородами» и с начала XVII в. принадлежал князьям Черкасским. В 1649 г. здесь была построена деревянная церковь в память преподобной Ксении Миласской, святой VI века. Как повествует ее житие, дочь римского сенатора Евсевия тайно ушла из дому, чтобы избежать навязанного ей брака. Она сменила имя на Ксению, поселилась в кесарийском городе Миласса, где построила храм во имя св. Стефана и основала женский монастырь. Она посвятила себя уходу за больными, раздаче милостыни и утешению скорбящих. Память преподобной Ксении отмечается 24 января (6 февраля).

После «моровой язвы» 1654 г. в Москве церковь пришла в запустение и разрушилась. В 1684 г. на ее месте был возведен новый деревянный храм с богадельней во имя Преподобной Ксении. В 1743 г. он был заменен деревянным Троицким храмом с богадельней и приделами Архистратига Михаила и Преподобной Ксении, по традиции называвшаяся Ксениевским. В год начала строительства дочь князя А.М. Черкасского Варвара Алексеевна выходит замуж за графа Петра Борисовича Шереметева. В ее приданое вошли и «Черкасские огороды». В 1751 г. у молодых родился сын – Николай Петрович Шереметев, основатель Странноприимного дома. 28 июня 1792 г., в день его рождения, на «огородах» состоялась закладка здания «каменной гошпитали с богадельней». Строительство вел по чертежам зодчего Е. Назарова. После смерти супруги Н.П. Шереметева, бывшей крепостной актрисы П.И. Ковалевой-Жемчуговой, проект был переработан архитектором Дж. Кваренги. Дом превратился в подлинный Храм милосердия – архитектура и внутреннее убранство домового Троицкого храма и парадных интерьеров подчеркнули его мемориальное значение.

В 1800 г. ветхая Ксениевская церковь упраздняется. Ее наиболее ценное имущество и иконы были переданы в новый храм Живоначальной Троицы. По канонам Православной церкви «непопираемое» место, где стоял алтарь храма, было отмечено деревянным крестом. В 1869 г. на этом месте установили небольшую белокаменную часовню-памятник. После октября 1917 г. она была снесена, и первоначальное место нахождения Ксениевской церкви утрачено.

В 2010 г., в преддверии 200-летнего юбилея Странноприимного дома, по решению руководства НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, по архивным документам было определено и документально зафиксировано место, где стояла церковь св. Ксении, и там установлен памятный знак в виде креста, покрытого сусальным золотом, помещенный на постаменте из карельского гранита с изображением первоначального вида часовни. Памятный знак выполнен академиком Зурабом Церетели и передан им в дар институту. При проведении земляных работ на месте возведения креста был обнаружен фрагмент белокаменного фундамента церкви св. Ксении. Он занял достойное место в экспозиции музея института. 13 июня 2010 г. Святейший патриарх Кирилл освятил вновь открытый памятный знак. Таким образом, был сделан еще один шаг по пути восстановления исторического облика территории ансамбля Странноприимного дома, сохранения и развития его духовной жизни.

АСПЕКТЫ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННО-ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ОПЬЯНЕНИИ

С.Н. Хунафин, Т.Р. Гизатуллин, Р.М. Зинатуллин, В.Л. Юлдашев

**Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ
Уфа, Республика Башкортостан, РФ**

Цель: разработка способа определения объема дезинтоксикационно-инфузионной терапии для больных в состоянии алкогольного опьянения с учетом физиологических особенностей, степени алкогольного опьянения, массы тела, уровня содержания алкоголя в крови, патологических потерь и физиологических потребностей в течение суток, связанных с алкогольным опьянением.

Материал и методы: 50 больных в состоянии алкогольного опьянения и интоксикации. Способ позволяет адекватно проводить дезинтоксикационно-инфузионное лечение больных при злоупотреблении алкоголем.

Результаты: Основной проблемой при поступлении больных в состоянии алкогольного опьянения является определение объема и качественного состава инфузионных сред. У таких больных развивается синдром «взаимного отягощения» – имеют место факторы риска по развитию энцефалопатии спонгиозного генеза в результате алкогольной интоксикации и соматической патологии. Отсужение критики к состоянию в алкогольном опьянении приводит к развитию различных осложнений, особенно при употреблении суррогатов. При осуществлении предложенного способа определяются степень алкогольного опьянения, массу тела, физиологические потребности организма и патологические потери в течение суток.

Объем дезинтоксикационно-инфузионной терапии вычисляют по формуле: $V = K_a \times MT + \Phi П + ПП$, где: V – объем дезинтоксикационно-инфузионной терапии, в мл; K_a – коэффициент степени алкогольного опьянения: 0,25 – при легкой степени, 0,5 – при средней степени, 0,75 – при тяжелой степени, 1,0 – при алкогольной коме; MT – масса тела больного в граммах; $\Phi П$ – физиологические потребности организма в течение суток, в мл; $ПП$ – патологические потери в течение суток, в мл. Использование способа позволяет адекватно проводить терапию у больных с различной степенью алкогольного опьянения, минимизировать расстройство гемостаза, микроциркуляции, купировать экссессии, абстинентные симптомы, проводить профилактику энцефалопатий сложного генеза, алкогольного психоза.

На способ получен патент РФ на изобретение № 2452374 от 10.06.2012 г.

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ ГИПОТЕРМИИ И ГИПЕРТЕРМИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИЙ ПОД НАРКОЗОМ

С.Н. Хунафин, Т.Р. Гизатуллин, Р.М. Зинатуллин, М.С. Кунафин, К.Р. Хатмуллина

**Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ
Уфа, Республика Башкортостан, РФ**

Цель: профилактика периперационных гипо- и гипертермии, а также послеоперационных осложнений, связанных с последствиями гипотермии и гипертермии.

Материал и методы: 15 пациентов с термической травмой в период 2010–2013 гг. Способ применяли в процессе операционного лечения под наркозом у больных с термической травмой.

Результаты. Вопросы терморегуляции у хирургических больных, осложнения, связанные с периперационными колебаниями температуры, причины и лечение послеоперационных гипо- и гипертермии остаются актуальными. Температура тела должна обязательно контролироваться при продолжительности общей анестезии более 30 мин. Все препараты, используемые для общей анестезии, обеспечивают существенное снижение центральной температуры тела, четко связанное с дозой, что в свою очередь приводит к запуску механизмов защиты от переохлаждения – артериовенозного шунтирования, вазоконстрикции и дрожи. Обусловленное использованием анестетиков нарушение нормальных механизмов терморегуляции, приводящее к перераспределению тепла между центральными и периферическими отделами тела, является главной причиной гипотермии у большинства пациентов. Среди осложнений гипотермии: замедленный выход из наркоза, патологические изменения миокарда за счет активации симпатической нервной системы, нагноение операционной раны, отрицательный азотный баланс, медленное заживление послеоперационной раны, увеличение сроков госпитализации, дрожь и послеоперационный дискомфорт.

Главной причиной развития гипотермии у большинства пациентов при проведении общей анестезии является внутреннее перераспределение тепла между центральными и периферическими отделами тела, что обычно приводит к снижению центральной температуры на 0,5–1,5°C в течение первых 30 мин от начала общей анестезии. При выполнении термографии отмечалось снижение температуры тела больного под наркозом до 4°C, особенно дистальных отделов конечностей. Нарушение температуры тела происходит при длительности общей анестезии и продолжительности операции более 1 ч, поддержание нормотермии необходимо при длительной общей анестезии, особенно при больших операциях, а также у детей и лиц пожилого возраста, когда риск гипотермии реален.

Нами предложен способ профилактики периперационной гипотермии, включающий создание теплоизоляционного слоя вокруг тела пациента на операционном столе до ввода в наркоз с использованием комплекта, изготовленного из двухстороннего нетканого металлизированного материала. Его свойства позволяют сохранять нормотермию при непродолжительных операциях, а при длительных – сохранить температуру тела со снижением не более чем на 1°C.

На способ получен патент РФ на изобретение № 2463931 от 20.10.2012 г.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАН

С.Н. Хунафин, Т.Р. Гизатуллин, Р.М. Зинатуллин, М.С. Кунафин

Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ

Уфа, Республика Башкортостан, РФ

Цель исследования: разработка способа выбора оптимального местного антисептического средства с учетом микрофлоры в различные периоды ожоговой болезни у пострадавших с термической травмой.

Материал и методы: данным способом производили выбор местных антисептических средств для 60 больных с термическими ожогами после их лабораторной оценки многократно в различные периоды ожоговой болезни в ГКБ № 18 Уфы. Способ выбора местных антисептических средств у ожоговых больных, включающий определение чувствительности микроорганизмов к ним путем воздействия антимикробного препарата на раневую микрофлору на питательной среде с агаром, инкубацию смеси при 37°C в течение 24 ч и оценку чувствительности по отсутствию роста бактерий, отличающийся тем, что определение чувствительности микроорганизмов проводят последовательно в каждый период ожоговой болезни, после чего производят замену антисептика на наиболее эффективный.

Результаты: при использовании предлагаемого способа можно оценить действие местного антисептического средства лабораторно до широкого применения, исключить неэффективное местное антисептическое средство в конкретный период течения раневого процесса ожоговой болезни. Правильный выбор наиболее адекватного местного антисептического средства, предназначенного для замедления роста микроорганизмов, инфицирующих ожоговую и гранулирующую рану, позволяет ограничить или отказаться от эмпирического подбора антисептического средства, тем самым уменьшить проявления местных и общих осложнений, особенно в период проведения оперативных вмешательств у ожоговых больных во все периоды ожоговой болезни. Отсутствует необходимость использования в лабораторной диагностике дополнительного инструментария и проведения манипуляций.

На способ получен патент РФ на изобретение № 2451294 от 20.05.2012 г.

ДЕЗОМОРФИНОВАЯ НАРКОМАНИЯ. АСПЕКТЫ ДЕЗИНТОКСИКАЦИИ

С.Н. Хунафин, Т.Р. Гизатуллин, Р.М. Зинатуллин, В.Л. Юлдашев

Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ

Уфа, Республика Башкортостан, РФ

Цель исследования: является разработка способа дезинтоксикационно-инфузионного лечения больных при употреблении дезоморфина, обеспечивающего повышение эффективности и сокращение срока терапии.

Материал и методы: 35 больных с дезоморфиновой наркоманией. Способ позволяет адекватно проводить дезинтоксикационно-инфузионное лечение больных при употреблении дезоморфина.

Результаты. На сегодняшний день скуден набор алгоритмов лечения и методов проведения дезинтоксикационно-инфузионной терапии при дезоморфиновой наркомании. Известны способ лечения абстинентного синдрома при различных формах наркоманий, включающие терапию набором лекарственных средств, витаминов, в том числе инфузионные средства, препараты, регулирующие метаболические процессы, ангиопротекторы, транквилизаторы и анальгетики. Но вопросы дезинтоксикации при дезоморфиновой наркомании остаются актуальными для клиницистов.

Предложенный нами способ дезинтоксикационно-инфузионной терапии больным в состоянии наркотического опьянения включает введение инфузионного препарата и препаратов, улучшающих соматическое состояние, отличается тем, что медикаментозную терапию начинают при поступлении больного, при этом сначала определяют объем терапии, для чего устанавливают степень выраженности наркотизации, а именно наличие синдрома измененной реактивности к наркотическому веществу, синдрома психической зависимости (обсессивного влечения), синдрома физической зависимости (компульсивного влечения) и абстинентного синдрома, массу тела и физиологические потребности организма в течение суток, после чего вычисляют объем дезинтоксикационно-инфузионной терапии по формуле: $V = K_p \times (K_c \times MT) + \Phi П$, где: V – объем инфузионной терапии, в мл; K_p – коэффициент степени выраженности наркотизации; 1,0 – при измененной реактивности к наркотическому веществу; 1,5 – при наличии психической зависимости (обсессивного влечения); 2,0 – при наличии физической зависимости (компульсивного влечения); 2,5 – при абстинентном синдроме; K_c – коэффициент соматической отягощенности при употреблении психоактивных веществ /или дезоморфина, равный 0,2; MT – масса тела больного в граммах; $\Phi П$ – физиологические потребности организма в течение суток, в мл; препараты вводят при соотношении растворов электролитов/глюкозы/коллоидов 3:3:1, дополнительно проводят психофармакотерапию, курс лечения составляет 5–7 сут – при измененной реактивности к наркотическому веществу; 10–14 сут – при наличии психической зависимости; 15–21 сут – при наличии физической зависимости; 22–30 сут – при абстинентном синдроме, причем рассчитанный по формуле объем дезинтоксикационно-инфузионной терапии делят на три части и вводят больному через равные промежутки времени в течение суток, а при компенсации физиологической потребности больным самостоятельно объем вводимых парентерально растворов сокращают соответственно. На способ дезинтоксикационно-инфузионной терапии больным в состоянии наркотического опьянения при употреблении дезоморфина получен патент РФ на изобретение № 2463956 от 20.10.2012 г.

ПРИМЕНЕНИЕ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ НА ОСНОВЕ ХИТОЗАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАН РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

С.Н. Хунафин, Т.Р. Гизатуллин, Р.М. Зинатуллин, М.С. Кунафин, К.Р. Хатмуллина

Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ

Уфа, Республика Башкортостан, РФ

Цель: комплексное применение пленочных покрытий на основе хитозана в лечении ожоговых ран.

Материал и методы. 50 больных с термической травмой, находившихся на лечении в период 2003 – 2010 гг. Пленочные покрытия на основе хитозана применялись при лечении поверхностных ожогов II-IIIА степени у 23 больных, при защите донорских ран и аутодермотрансплантата, соответственно, у 14 и 13 больных.

Результаты: предложен и внедрен в практику способ лечения поверхностных ожогов с использованием пленки на основе хитозана с добавлением антибиотиков аминогликозидового ряда (гентамицин, амикацин) в концентрации 0,5–2,0 мас.% и антисептиков (коллоидное серебро, йод) в концентрации 0,5 мас.%. Использование предложенного покрытия для ожоговых ран подтвердило свою эффективность в процессе лечения. Критерии оценки были следующие: адгезивная способность и фиксация на поверхности раны, ускорение эпителизации, сорбция раневого экссудата, отсутствие необходимости этапных перевязок (патент РФ № 37463). Также предложен и внедрен в клинику способ лечения донорских ран, включающий в себя нанесение поликомпозиционной пленки, содержащей полисахарид, антибиотик аминогликозидного ряда с дополнением поливинилового спирта и местного анестетика. Наложение сплошных и сетчатых пленок на основе хитозана производится по решению лечащего врача после забора аутодермотрансплантата на поверхность донорских ран. Использование сплошных и сетчатых раневых покрытий позволило создать условия для заживления донорских ран, предупредить инфицирование, уменьшить боль за счет барьерной функции, содержания анестетика (лидокаина 2,0 мас.%) и антибиотика (гентамицин 2,0 мас.%). Сорбционная способность использованного раневого покрытия обеспечила уменьшение серозно-геморрагического отделяемого, что не требовало дополнительных обработок и перевязок донорских ран.

На способ получен патент РФ на изобретение № 2430154 от 10.11.2010 г.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОЖОГАМИ, СОЧЕТАННОЙ И КОМБИНИРОВАННОЙ ТРАВМОЙ

*С.Н. Хунафин, Т.Р. Газатуллин, Р.М. Зинатуллин,
М.С. Кунафин, К.Р. Хатмуллина*

**Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ
Уфа, Республика Башкортостан, РФ**

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с термическими ожогами путем использования новых методов хирургического лечения и снижения уровня ожоговой аутоинтоксикации.

Материал и методы: 120 пациентов с термическими ожогами, пролеченных в 2000–2010 гг. Больным проводили волнообразную и контурную некротомию, остеонекротомию, некрэктомию с использованием новых способов. В группе сравнения лечение осуществляли традиционно.

Результаты. Нами предложены и внедрены в практику: способ волнообразной и контурной некротомии (патент РФ № 2342909), включающий выполнение продольных и поперечных волнообразных разрезов кожи и подкожной жировой клетчатки с пересечением региональных надфасциальных лимфатических сосудов. 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 был в пределах 27–140 ЕД; при локальных глубоких ожогах некрэктомию проводили контурными разрезами с рассечением подкожно-жировой клетчатки и пересечением надфасциальных лимфатических сосудов по периферии ожога на расстоянии 0,5–1 см от края здорового участка кожи. Возможно сочетание волнообразных и контурных разрезов (патент РФ № 2342909); способ некротомии при глубоких и пограничных ожогах, дополненный наложением по внутреннему краю некротомных разрезов утягивающих швов (патент РФ № 2410036); способ волнообразной открытой фасциотомии при синдроме длительного сдавления в сочетании с ожогами с рассечением кожи, подкожно-жировой клетчатки и фасции при синдроме длительного сдавления (патент РФ № 2350283). Для выполнения предложенных разрезов, дозирования глубины проводимого разреза некротизированной кожи, подкожно-жировой клетчатки, уменьшения степени травматизации нижележащих тканей нами предложен инструмент для проведения некротомии при ожогах (патент РФ № 2402291). Также разработан способ остеонекротомии на плоских поверхностях костей, включающий наложение остеотомических борозд при поражении костей (патент РФ № 2209606 от 10.08.2003).

Выводы: способы волнообразной и контурной некротомии уменьшают сроки подготовки ран к некрэктомии; инструмент для некрэктомии облегчает выполнение оперативного пособия. Остеонекротомию на плоских и трубчатых костях сокращает сроки подготовки к остеонекрэктомии.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*Е.А. Цеймах, П.Н. Булдаков, В.А. Бомбизо, А.А. Макин, В.М. Каркавин, С.А. Кундуус,
А.В. Удовиченко*

**Алтайский государственный медицинский университет,
Городская больница № 1
Барнаул, РФ**

Важным патогенетическим звеном в развитии деструктивного панкреатита является активация каскадно-комплексных протеолитических систем плазмы крови (гемокоагуляции, фибринолиза, калликреин-кининовой, комплемента), реакция клеток крови (хемотаксис, фагоцитоз), местная пролиферативная реакция тканей. Это инициирует нарушения микроциркуляции, обусловленные изменением свертывающей и фибринолитической систем, развитием синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, скоплением протеиназ в результате распада лизосом нейтрофильных гранулоцитов и макрофагов, содержащих в высоких концентрациях различные протеолитические ферменты, вызывающие лизис белков тканей макроорганизма. Реакциями, противоположными альтерации и протеолизу, являются репарация и синтез белка. Макроорганизм предотвращает генерализацию инфекции созданием фибринового барьера, блокадой микроциркуляции в очаге воспаления. Мононуклеары принимают самое активное участие в процессах фибриногенеза.

В период с 2008 по 2012 гг. в хирургических отделениях Городской больницы № 1 г. Барнаула на лечение находились 612 больных панкреонекрозом. У 335 пациентов (54,7%) был стерильный панкреонекроз, у 277 (45,3%) – инфицированный. У больных наблюдали различные осложнения, а у части пациентов их было два и более: у 49 (8,0%) – парапанкреатический инфильтрат, у 135 (22,1%) – флегмона забрюшинной клетчатки, у 325 (53,1%) – перитонит (в том числе у 214 (34,9%) – ферментативный, а у 110 (17,9%) – гнойный), у 74 (12,0%) – абсцесс сальниковой сумки, у 97 (15,8%) – механическая желтуха, у 201 (32,8%) – печеночно-почечная недостаточность, у 55 (8,9%) – респираторный дистресс-синдром, у 171 (27,9%) – реактивный плеврит.

Важнейшим компонентом инфузионной терапии панкреонекроза являлось деблокирование микроциркуляции в очаге поражения и в паренхиматозных органах, что способствует улучшению доступа в очаг деструкции антибиотиков и ингибиторов протеолиза с созданием условий для отграничения и ликвидации воспаления, профилактике развития полиорганной недостаточности. С этой целью мы применяли криоплазменную терапию. В ее состав входят криосупернатантная (лишенная факторов свертывания) или свежемороженая плазма, гепарин и ингибиторы протеиназ (контрикал, фордокс).

С целью повышения эффективности патогенетического лечения мы вводили в забрюшинную клетчатку ингибиторы протеиназ, использовали проточный диализ раствором, в который добавляли 5% эпислон-аминокапроновую кислоту, контрикал в дозировке 100 000 АЕ в течение 5–7 суток. При наличии низкой коагулянтной активности макрофагов в очаге воспаления для повышения процессов фибринообразования вводили экстракорпорально стимулированные моноциты. Выбор ингибиторов и активаторов коагулянтной и протеолитической активности фагоцитов зависел от установленного их действия в предварительных лабораторных исследованиях (прогнозируемая эффективность).

Практически всем пациентам (547, 89,4%) проводили диагностическую видеолaparоскопию с ревизией органов брюшной полости, а 65 больным (10,5%) с клиникой распространенного перитонита была выполнена лапаротомия по экстренным показаниям. Более половины пациентов (312, 51,0%) оперированы с помощью малоинвазивных методов: лапароскопия с дренированием брюшной полости и перитонеальным диализом, блокада круглой связки печени, дренирование полости малого сальника, видеолaparоскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха, видеолaparоскопическая холедохолитотомия с дренированием холедоха, видеолaparоскопическая абдоминализация поджелудочной железы с дренированием сальниковой сумки, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

При инфицированном панкреонекрозе с формированием парапанкреатических очагов деструкции проводили абдоминализацию поджелудочной железы. При вовлечении в воспалительный процесс забрюшинной клетчатки последнюю адекватно дренировали через отдельный люмботомный разрез. При необходимости проводили двухстороннюю люмботомию. Операция заканчивалась широким дренированием забрюшинной клетчатки дренажными трубками. В процессе дальнейшего лечения таким больным по показаниям выполняли этапные санационные релапаротомии, на которых производили некрэксектрактомии, вскрытие и дренирование гнойных очагов забрюшинной клетчатки.

Внедрение в практику разработанных методов лечения панкреонекроза позволило улучшить исходы заболевания и снизить летальность до 16,0%.

Таким образом, применение комплексной терапии с использованием криоплазменной комплекса, лейкофереза, препаратов, корригирующих коагулянтную и протеолитическую активность фагоцитов в крови и в очаге воспаления, а локально – ингибиторы протеолиза – позволило снизить летальность и улучшить исходы заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ КРИСУПЕРНАТАНТНОЙ ФРАКЦИИ ПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

*Е.А. Цеймах, С.А. Кундуус, В.А. Бомбизо, П.Н. Булдаков,
А.В. Удовиченко, О.И. Смирнова, А.А. Макин*

**Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ,
Городская больница № 1
Барнаул, РФ**

Вопросы лечения больных с распространенным перитонитом остаются и сегодня во многом нерешенными. Свидетельством этому является высокий уровень летальности больных и частоты тромботических и тромбоземблических осложнений при данной нозологии. В ранее выполненных работах нашей клиники была показана эффективность лечения больных с распространенным перитонитом при включении в комплексную терапию свежемороженой плазмы (СЗП) и гепарина.

Высокая эффективность этой методики связывается с восстановлением антитромботического потенциала крови больных – восполнением всех физиологических антикоагулянтов и компонентов плазминовой и калликреин-кининовой системы крови. Однако недостатком заместительной терапии СЗП является чрезмерное повышение содержания в плазме септических факторов свертывания, что ведет к повышению вязкости крови, усилению агрегации тромбоцитов и блокаде микроциркуляции в органах. Поэтому введение факторов свертывания при трансфузиях СЗП необходимо проводить под обязательным прикрытием гепарина. В то же время гепаринотерапия может приводить к «рикошетным» тромбозам, вызывать тромбоцитопению и усиление агрегации тромбоцитов, инициировать развитие коагулопатий с возникновением сильных кровотечений.

Первые испытания криосупернатантной фракции плазмы (КСНП) в терапии острых и подострых ДВС-синдромов и ее состав изучены В.А. Елькомовым в Алтайском краевом гематологическом центре. Этими исследованиями установлено, что супернатантная фракция плазмы представляет собой препарат с полным набором физиологических антикоагулянтов и компонентов фибринолитической системы.

В нашей клинике проведено сравнительное изучение результатов комплексного лечения распространенного перитонита у 88 больных с применением КСНП и СЗП у 104 больных.

Пациенты основной группы получали в составе комплексной терапии трансфузии КСНП, пациенты группы сравнения – СЗП по ранее описанным методикам. Клинико-лабораторный эффект проводимой терапии оценивали через 8–10 суток после начала комплексного лечения. Положительный клинический эффект отмечен у подавляющего большинства больных обеих групп. Анализ показателем гемостаза у больных с распространенным перитонитом после применения криоплазменной терапии показал улучшение коагуляционного, антикоагуляционного и фибринолитического звеньев системы гемостаза.

Трансфузии КСНП при этом позволяли быстрее ликвидировать гиперфибриногеномию, восстановить антитромботическую и фибринолитическую активность крови.

Летальность в основной группе была ниже, чем в группе сравнения в 2,4 раза. Наиболее частой причиной смертельных исходов в обеих группах больных явился сепсис с полиорганной недостаточностью.

В основной группе не наблюдались тромботические и тромбоземблические осложнения, в то время как в группе сравнения у 4 пациентов обнаружен тромбоз в системе нижней полой вены с тромбоземблией легочных артерий, а у 3 больных причиной смерти стал инфаркт миокарда.

Использование криосупернатантной фракции плазмы в комплексном лечении больных с распространенным перитонитом позволяет улучшить некоторые лабораторные показатели гемостаза, снизить риск развития тромбозов, уменьшить летальность и улучшить исходы заболевания.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

Л.А. Цукурова, А.Н. Федорченко, А.А. Усачев, Л.В. Тимченко

**Краевая клиническая больница № 1 С.В. Очаповского,
Региональный сосудистый центр
Краснодар, РФ**

Цель. Оценка реперфузионной терапии больным с острой сосудистой патологией в Краевой клинической больнице Краснодарского края.

Методы. За период работы Регионального сосудистого центра в Краснодаре с 1 января 2011 г. пролечены 2569 больных с ОНМК с ишемическим инсультом – 1258 человек, больных с геморрагическим инсультом – 382, больных с транзиторными ишемическими атаками – 782, выполнены 2040 исследований брахиоцефальных артерий (ТКДГ, ЭКДГ, ТС), выполнены 312 селективных ангиографии брахиоцефальных артерий в круглосуточном режиме. Это позволило пролечить высокотехнологичными методами 147 больных с цереброваскулярной патологией.

Результаты. Пациентам, доставленным в период терапевтического окна (413 больных) с целью реперфузии, были проведены 62 (15% и 4,9% всех больных с ишемическим инсультом соответственно) процедуры системной тромболитической терапии, селективный тромболитизм 33 пациентам (8% и 2,6% соответственно), механическая тромбэмболизация – 4 больным (0,96 и 0,3%), экстренная баллонная ангиопластика с установкой стента при выявлении критического стеноза в первые 6 ч развития клиники 7 пациентам (1,7 и 0,5%), экстренная каротидная эндартерэктомия – в первые 4 ч развития клинических симптомов – один больной (0,24%). Летальность в группе системной тромболитической терапии составила 6,4%, а в группе эндосваккулярного реперфузионного лечения – 6,0%. Всем пациентам со значимым поражением брахиоцефальных артерий по результатам триплексного и дуплексного сканирования проводили церебральную ангиографию, по результатам которой на 3-й нед от начала заболевания 69 больным (5,5%) произведена баллонная ангиопластика с установкой стента, 28 пациентам (2,2%) – плановая каротидная эндартерэктомия. 382 пациентам с геморрагическим инсультом и с субарahnoidalным кровоизлиянием, доставленным по линии скорой помощи или санитарной авиации из ЛПУ Краснодарского края, проводили церебральную ангиографию. При выявлении аневризм и АВМ, а также наличия возможности эндосваккулярного лечения произведена эмболизация аневризм 40 больным (10,5%) и эндосваккулярная окклюзия артериовенозной аневризмы 11 больным (2,9%). Открытым доступом клипирование аневризм и удаление внутримозговых гематом проведено 110 больным (28,8%).

Выводы. Хирургическое и рентгенэндосваккулярное лечение показано больным с острой цереброваскулярной патологией со значимыми поражениями исследуемых сосудов, подтвержденных церебральной ангиографией. В этой связи хирургическое лечение следует проводить круглосуточно в специализированных лечебных учреждениях.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ТЕХНОГЕННЫХ КАТАСТРОФ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

М.Ш. Чанышев, С.Н. Хунафин, Ф.Д. Тимербулатов, Р.Р. Юсупов, Р.Ф. Нуртдинова

Республиканский центр медицины катастроф, МЗ РБ, Башкирский государственный медицинский университет, МЗ РФ Уфа, Республика Башкортостан, РФ

Республика Башкортостан (РБ) является крупным промышленно развитым регионом Российской Федерации, где сосредоточены ведущие комплексы нефтехимической, химической, машиностроительной отраслей с развитой инфраструктурой, дорожной и транспортной сетью, где довольно высок риск возникновения крупных техногенных катастроф.

На территории РБ в последние годы наметилась тенденция к увеличению количества чрезвычайных ситуаций (ЧС): 109 – в 2010 г., 194 – в 2011 г., 198 – в 2013 г. Все они являются локальными с количеством пострадавших, не превышающим 10–20 человек. От 92 до 99% от общего числа составляют техногенные ЧС, большей частью связанные с дорожно-транспортными происшествиями – ДТП (65%).

Ситуация на автомобильных дорогах республики остается напряженной, что связано с несоответствием темпов развития дорожно-транспортной системы и автомобилизации уровню правосознания и подготовки участников дорожного движения. На сегодняшний день медицинское обеспечение автомобильных трасс возложено в основном на службы скорой медицинской помощи (СМП). Количество бригад СМП определяется из расчета 1 бригада на 10 000 населения обслуживаемой территории. При этом не учитываются количество проезжающих автомобилей и число ДТП. Зачастую в районах республики и этот показатель не соблюдается. А в Уфе на 1 030 000 населения приходится 83 бригады СМП. Срок прибытия бригады скорой помощи к месту ЧС (фаза изоляции) по РБ составил в среднем 15 мин. Однако имеют место факты прибытия бригад СМП в районах на место ДТП до 1 ч, что связано с большими расстояниями и недостаточным количеством бригад.

В этой связи большое значение приобретает возможность оперативно связаться с органами управления служб медицины катастроф (СМК), что бывает затруднительно, особенно в гористой местности. Штатные средства связи, которыми оснащены бригады СМП, не всегда способны выполнить эту задачу. Это под силу спутниковым средствам связи, и оснащение бригад, действующих в подобной местности, данными средствами связи положительно сказалось бы на оперативности принятия решения заинтересованными ведомствами.

С 2012 г. в РБ организованы 9 территориальных отделов Минздрава РБ, отвечающих за оказание медицинской помощи населению республики. Подобное деление как территориальные центры медицины катастроф позволит в случае возникновения ЧС привлекать медицинские силы без оглядки на муниципальное деление за исключением Уфы, где станция СМП и многие ЛПУ остались в ведении управления здравоохранения Уфы, что не позволяет их использовать за пределами города.

Острой проблемой остается «кадровый голод». Отсутствие медицинских специалистов, особенно на селе, не позволяет в том числе развернуть достаточное количество бригад СМП в районах РБ.

Вопросы создания штатных бригад СМК в РБ требуют больших финансовых затрат. Это потребовало бы освободить бригады СМП от не свойственной для них деятельности, такой как выезды на случаи угрозы ЧС, массовые мероприятия, учения, не говоря уже о самих случаях ЧС, где неподготовленным сотрудникам СМП грозит реальная опасность, так как из средств защиты они имеют лишь форменное обмундирование и в редких случаях противогаз.

Решение данных проблем возможно в случае приведения СМК территорий в соответствие с постановлением Правительства РФ от 28 февраля 1996 г. № 195 «Вопросы Всероссийской службы медицины катастроф» (в ред. постановлений Правительства РФ от 13.08.1997 № 1006, от 05.04.1999 № 374, от 26.07.2004 № 380, от 12.08.2011 № 660).

ФЕНОМЕН «NO-REFLOW» ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ВЫСОКОГО РИСКА КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ПУТИ ЕГО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ

С.А. Чернов, В.В. Кучеров, Н.В. Соколянский, В.А. Чернецов, С.Ю. Епифанов, Д.В. Малахов

Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко Москва, РФ

Цель. Изучить причины развития феномена «no-reflow», методы лечения и профилактики. Дать сравнительный анализ применения тромболитических препаратов и блокаторов гликопротеиновых 2b/3a рецепторов тромбоцитов при остром коронарном синдроме (ОКС).

Материал и методы. За период с 2005 по 2012 гг. в отделении реанимации и интенсивной терапии для больных с ОКС наблюдали 22 пациента с осложненным течением ангиопластики и стентирования, имеющих критерии развития реперфузионного повреждения миокарда и феномена «no-reflow». Из них 18 перенесли осложненный трансмуральный инфаркт миокарда (ИМ), остальные 4 пациента имели прогрессирующую стенокардию напряжения. Средний возраст составил 58±4,8 года, все мужчины. Всем больным в первые 48 ч от момента поступления проводили селективную коронарографию с последующей первичной чрезкожной баллонной ангиопластикой и стентированием коронарных артерий.

Результаты. При проведении ангиопластики высокого риска все больные получали адекватные дозы антикоагулянтов и дезагрегантов, однако в ходе проведения инвазивного вмешательства в указанной группе развились осложнения в виде фрагментации атеросклеротической бляшки, разрывание тромботических масс с миграцией их в дистальное русло и нарушением антероградного коронарного кровотока. Имели место также осложненные окклюзирующие диссекции, потребовавшие повторной ангиопластики и стентирования, в ходе которых отмечалось нарушение микроциркуляции в дистальном русле. Для улучшения перфузии миокарда, размытия нарастающего тромбоза внутрикоронарно всем больным вводили гепарин в дозе 15 000–20 000 ед., однако только у 5 пациентов (22,7%) удалось добиться положительного результата. Отсутствие эффекта от гепарина давало основание для введения тромболитических препаратов (стрептокиназа 250 000 ед. внутрикоронарно и 1 250 000 системно в течение одного часа, тканевого активатора плазминогена – актилизе в дозе 10 мг болюсно и 40 мг системно в течение одного часа). Положительный эффект от введения тромболитических препаратов достигнут у 6 больных (27,2%). Наилучшие результаты получены у 9 больных (40,9%), которым осуществляли аспирацию тромботических масс устройством *Diver*, введение внутрикоронарно гепарина, затем блокаторов гликопротеиновых 2b/3a рецепторов тромбоцитов (реопро, интегрилин, монофрам). Абциксимаб (реопро) 250 мкг/кг вводили в болюсной инъекции за 10–60 мин до начала коронарографии с последующей внутривенной инфузией со скоростью 0,125 мкг/кг/мин в течение 12 ч. Эпitifибатид (интегрилин) вводили болюсно 180 мкг/кг, а затем в виде непрерывной инфузии по 2 мкг/кг/мин на протяжении 24–48 ч. Монофрам вводили в виде болюсной инъекции в дозе 0,25 мг/кг массы тела. Требуемую дозу разводили на 10–20 мл 0,9% раствора натрия хлорида и вводили внутривенно в течение 3–5 мин до проведения ангиопластики или в ходе операции.

Несмотря на проводимую лекарственную терапию, при развитии окклюзирующих диссекций и «неуправляемого» тромбоза в стентах 2 больных (9,0%) умерли от рецидивирующей ИМ, приведшего к прогрессирующей сердечной недостаточности.

Заключение. Положительные результаты лечения у 9 пациентов (40,9%) при развитии феномена «no-reflow» показали преимущество препаратов из группы гликопротеиновых 2b/3a рецепторов тромбоцитов в лечении данного осложнения. Важным фактором профилактики является рутинное использование тромбоспирирующих катетеров.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА АОРТЫ

Н.Р. Черная, Г.Е. Белозеров, Л.С. Коков, Н.Л. Баяндин, Р.Ш. Муслимов

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

Травматический разрыв аорты – вторая наиболее распространенная причина смерти при закрытой травме груди (ЗТГ). Последние данные аутопсии показали, что 80% летальных исходов при травме аорты приходится на догоспитальный период. Учитывая частоту и тот факт, что большее количество смертей происходит до диагностического этапа, разрыв аорты при ЗТГ является большой проблемой общественного здравоохранения. Травматический разрыв аорты встречается при быстром торможении (на 1-м месте стоит автомобильная и мотоциклетная травма (86%), на 2-м – падение с высоты (9%)). В связи с характерным механизмом образования (при резком торможении тела) данный вид повреждения аорты получил название «децелерационный синдром».

Открытое хирургическое вмешательство у пациентов с тяжелой ЗТГ (часто с сочетанной травмой) связано с высокой смертностью и осложнениями. В настоящее время эндоваскулярное протезирование аорты превращается в первичное лечение больных с травмой аорты.

Диагностика. Общий признак травматических разрывов аорты – непредсказуемость и неблагоприятный исход, поэтому большое значение имеют ранняя диагностика и полноценное лечение. У больных со стабильной гемодинамикой возможно использование различных диагностических методов исследования. Первым диагностическим тестом выбора является рентгенография грудной клетки, при которой у 93% может быть заподозрен разрыв аорты. Наибольшее значение при диагностике дают исследование аорты с помощью чреспищеводной ЭхоКГ, контрастной КТ и МРТ. Компьютерная 3D-реконструкция аорты может служить основой для хирургических и эндоваскулярных вмешательств.

Материал и методы. За период с 2006 по 2012 г. 4 больным с травмой аорты было выполнено эндоваскулярное протезирование нисходящего отдела грудной аорты. Трое больных были с тяжелой сочетанной травмой (2 – автотравма, 1 – падение с высоты), один пациент обратился за медицинской помощью через 2 года после автотравмы. Всем больным при поступлении для верификации диагноза было выполнено КТ с контрастным усилением. По данным КТ разрыв аорты локализовался ниже левой подключичной артерии. Размеры протеза рассчитывались также по данным МСКТ с шагом от 1 до 3 мм. В разные сроки (от 1 до 2 лет) у пострадавшим произведено эндопротезирование грудного отдела аорты с хорошим результатом. Отдаленные результаты прослежены у 2 больных (5 лет и полгода).

Заключение. Несмотря на достижения в технике хирургических вмешательств, смертность при неотложных открытых восстановительных операциях на аорте, по данным литературы, превышает 15%, что связано с тяжестью сопутствующих травматических повреждений, степени дооперационного шока и использования вспомогательного кровообращения. Эндоваскулярное протезирование аорты является менее травматичным методом лечения пострадавших с травмой аорты, при этом методе нет необходимости в торакотомии, пережатии аорты. Эндоваскулярное протезирование позволяет восстановить целостность стенки аорты практически у всех пациентов, что делает установку стент-графта методом выбора в лечении пациентов с травматическим повреждением аорты.

ХАРАКТЕРИСТИКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕТЕЙ

А.В. Чернозубенко

Областная детская больница Ростов-на-Дону, РФ

Целью перевода больных с политравмой на специализированный этап медицинской помощи является повышение качества лечения и снижение уровня летальности (А.В. Шаталин, В.В. Агаджанян, С.А. Кравцов, 2011). В настоящее время при проведении межгоспитальной транспортировки данной категории пострадавших особый интерес представляет оценка тяжести травмы (В.И. Малярчук, Н.В. Лебедев, М.М. Абакумов, 2000).

Цель исследования: анализ вида травматических повреждений у детей.

Материал и методы. Исследование основано на ретроспективном и проспективном анализе результатов в группе 186 пострадавших реанимационного профиля, эвакуированных с квалифицированного на специализированный этап медицинской помощи.

Средний возраст детей составил 9 лет ± 4,6 года. Число детей мужского пола было значительно больше числа детей женского – 61,8% (115 от 186) и 38,2% (71) соответственно.

В представленной группе пострадавших определение вида травм осуществлялось согласно классификации В.А. Соколова (1990), где все виды сочетанных травм разделены на семь групп по ведущему повреждению.

Результаты. В указанной категории пострадавших доля детей с сочетанной травмой составила 82,8% (154 от 186), изолированной – 17,2% (32 от 186).

Изолированная травма была представлена: черепно-мозговой травмой в 78,1% (25 от 32) случаев; травмой живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза – 9,4% (3 от 32); травмой нижних конечностей – 9,4% (3 от 32); травмой грудной клетки – 3,1% (1 от 32).

По ведущему повреждению пациенты с сочетанной черепно-мозговой травмой и сочетанной травмой 2 и более полостей значительно преобладали – 35,1% (54 от 154) и 33,8% (52) соответственно. Пострадавшие с сочетанной травмой без ведущего повреждения составили 18,8% (29), сочетанной травмой живота и органов брюшинного пространства – 5,2% (8), сочетанной травмой груди – 4,5% (7), сочетанной травмой опорно-двигательного аппарата – 1,9% (3), сочетанной травмой спинного мозга – 0,7% (1).

Таким образом, у пострадавших в подавляющем большинстве ведущих повреждением отмечены сочетанная ЧМТ и травма 2 и более полостей.

ТРЕХФАЗНАЯ СЦИНТИГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ИШЕМИИ ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
О.А. Чернышева, Н.Е. Кудряшова, И.П. Михайлов, Е.В. Мизунова, О.Г. Синякова
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

В неотложной ангиохирургии у больных с ишемией на фоне атеросклеротического поражения магистральных артерий конечностей оценка состояния микроциркуляторного русла и степени ишемии тканей остается актуальной проблемой. Свойством остеотропных фосфатных комплексов, к которым относится ^{99m}Tc-пирфотех, является их аккумуляция в зонах ишемии и некроза миокарда и скелетных мышц, что и было использовано для определения семиотики ишемии.

Цель. Определить возможности трехфазной сцинтиграфии с ^{99m}Tc-пирфотехом в оценке степени ишемии нижних конечностей с расчетом показателей, характеризующих различные степени острой ишемии, при сопоставлении их с клиническими проявлениями.

Материал исследования. Обследованы 60 больных (средний возраст 66,9±14,5 года) с тромбозом подвздошно-бедренного и подколенного сегментов артериального русла и клиническими признаками острой ишемии нижних конечностей I–IIIА степени по классификации И.И. Затавахиной и 10 пациентов (20 нижних конечностей), не имеющих заболеваний магистральных артерий.

Метод исследования. Трехфазную сцинтиграфию проводили с 500 МБк ^{99m}Tc-пирфотеха (эффективная доза облучения 2,85 мЗв) в три этапа: фаза магистрального кровотока (МК) 60 кадров (1 кадр/сек); тканевая (ТФ) (через 15 мин) и костная (КФ) (через 2–3 ч) фазы 300 кадр. Были выделены два показателя, вычисляемые для мышц голени каждой конечности в отдельности: индекс выведения (ИВ) радиофармпрепаратов (РФП) из мышечной ткани, рассчитываемый как отношение накопления в мышце в ТФ и КФ, и индекс соотношения (ИС) накопления РФП в мышце и накопления в кости голени в КФ. Кроме ИВ и ИС учитывались два визуальных признака – очаг некроза и зона отсутствия кровоснабжения тканей.

Результаты исследования. Наиболее демонстративные сцинтиграфические признаки ишемии были получены при оценке кровоснабжения мышц голени: задержка РФП в определенном сегменте конечности в КФ, увеличивающаяся при ишемии, очаги гиперфиксации РФП с нарастанием включения индикатора в КФ при асептическом некрозе, а также зоны отсутствия кровоснабжения при критической ишемии конечности. Эти признаки в совокупности с индексами ИВ и ИС позволили выделить степени ишемии, коррелирующие с клинической классификацией.

Таблица

Степени ишемии нижних конечностей по данным сцинтиграфии с ^{99m}Tc-пирфотехом

Степень ишемии	ИВ	ИС	Зоны отсутствия кровоснабжения	Очаги асептического некроза
I–IIА	1,54 ± 0,17	0,68 ± 0,04	нет	нет
IB	1,36 ± 0,18	0,88 ± 0,06	в тканевой фазе	нет
IIB	0,93 ± 0,27	0,93 ± 0,14 (или не определяется)	в тканевой фазе	есть
IIIA	0,82 ± 0,18	0,93 ± 0,04 (или не определяется)	в тканевой и костной фазах	есть

Выводы. Трехфазная сцинтиграфия конечностей позволяет объективно оценить состояние микроциркуляторного русла, определить степень ишемии конечности, что может быть использовано для уточнения диагноза в сомнительных ситуациях, выбора адекватного лечения и оценки его эффективности.

ОТБОР ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМНОЙ ОСТРОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭКСТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО МИКРОАРТЕРИАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА

П.В. Чечулов, И.А. Вознюк, В.В. Сорока, Е.А. Вараксина, С.С. Айдяев
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Актуальность: одной из основных причин развития ишемического инсульта является атеросклеротическое поражение сосудов дуги аорты, в первую очередь внутренней сонной артерии (ВСА).

Цель: изучение степени и динамики неврологических проявлений у больных с острой окклюзией ВСА на основании анализа морфологического состояния ткани мозга и параметров церебральной гемодинамики для уточнения показаний к хирургической реваскуляризации мозга в ранние сроки от момента начала инсульта.

Материал и методы. Операция экстра-интракраниального микроанастомоза выполнена 15 пациентам с острой симптомной окклюзией ВСА. Средний возраст больных – 58 лет (47–71). Изолированная окклюзия ВСА имела у 73% пациентов, сочетание окклюзии и стеноза ВСА на противоположной стороне – у 6%, двусторонняя окклюзия – у 21%. Степень и локализация поражения головного мозга оценивали по данным СКТ и МРТ, которые были выполнены в 1-е сут от момента поступления в стационар. При СКТ определяли величину плотности в соответствии со шкалой Хэнстеда, при МРТ – степень интенсивности сигнала в режиме DWI с реконструкцией величины очага и расчетом его объема. Неврологический дефицит оценен согласно шкалам *NIHSS*, *Rankin*. Церебральная ангиография выполнена 10 пациентам. У 4 больных проведена перфузионная СКТ на 4–6-е сут от момента поступления. Контрольная группа – 8 человек сопоставимого возраста с симптомной изолированной окклюзией ВСА, выявленной на МРТ и подтвержденной данными ангиографии. Состояние перфузионного мозгового резерва исследовали методом транскраниальной доплерографии. Величину индекса перфузионного мозгового резерва определяли отношением изменения скорости кровотока в средней мозговой артерии к изменению pCO_2 в крови в покое и при гиперкапнической пробе.

Анализ данных проведен при помощи пакета программ *IBMSPPSS-20*.

Результаты. В группе контроля показатель перфузионного мозгового резерва составил 1,81±0,2, а в группе пациентов с симптомными острыми окклюзиями ВСА – 1,69±0,14. Различия в показателях перфузионного мозгового резерва между двумя группами обследуемых статистически не значимы ($p=0,36$).

У ходе оценки неврологических нарушений в группе пациентов с симптомными окклюзиями ВСА у 13,3% ($n=2$) не выявлено положительной динамики, при этом микроартериальный анастомоз оставался функционирующим. У 86,7% больных ($n=13$) отмечена положительная динамика в виде регресса неврологического дефицита, уменьшения показателей *NIHSS* с 7,4 балла (1–17) при поступлении до 5,9 балла (1–13) при выписке. У всех прооперированных пациентов объем поражения мозговой ткани составил в среднем 56,3 см³ (12,9–88,7) и достоверно не отличался от группы контроля. Больные с меньшим объемом ишемического очага имели наиболее выраженную положительную динамику неврологических нарушений. В группе контроля положительную динамику показателей шкалы *NIHSS* мы отметили лишь у одного из 8 пациентов (12,5%) ($p=0,035$). Двое из 8 больных (25%) погибли во время госпитализации от нарастающего отека мозга.

Выводы. На основании имеющихся результатов стоит предположить, что сочетание минимального объема ишемического очага и низкого перфузионного резерва головного мозга определяет клинические и гемодинамические показания к выполнению экстра-интракраниального микроартериального анастомоза пациентам с острой симптомной окклюзией ВСА в 1-е сут от начала ишемического инсульта. Метод СКТ-перфузии позволяет наиболее точно определить локализацию поражения, а также точнее рассчитать процент бассейна средней мозговой артерии, нуждающегося в хирургической реваскуляризации.

КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА БЕЗОПАСНА И ОПРАВДАНА

П.В. Чечулов, И.А. Вознюк, В.В. Сорока, Е.А. Вараксина, С.С. Айдяев, А.В. Зенин

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Оптимальное время для выполнения каротидной эндартерэктомии (КЭЭ) у больных с острым ишемическим инсультом остается предметом многочисленных дискуссий. Ряд авторов указывают на то, что польза от КЭЭ в первые 2 нед гораздо выше, чем риски периоперационных осложнений.

Цель: выявить различия в безопасности и эффективности ранней (1–14-е сут) и отсроченной (более 14 сут) КЭЭ, выполняемой в остром периоде ишемического инсульта.

Материал и методы. Были прооперированы 64 пациента с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу и стенозом внутренней сонной артерии более 70% в сроки от 1 до 24 сут от начала заболевания. Медиана возраста – 64,7 года (48–80). Преобладали мужчины – 81,3% ($n=52$). Больные были разделены на две группы по срокам проведения оперативного лечения. В первой группе ($n=35$) КЭЭ выполняли с 1-х по 14-е сут, во второй ($n=29$) – позднее 14 сут. Периоперационные осложнения и летальность проанализированы в сроки до 30 сут.

Результаты. Среднее время от начала ишемического инсульта до операции КЭЭ в первой группе составило 4,5±2,8 сут, во второй – 17,6±6,3 сут ($p=0,001$). В первой группе медиана критериев *NIHSS* и *mRS* (модифицированная шкала Ранкин) при поступлении в стационар составила 5 (0–22) и 3,0 (0–5) соответственно, что достоверно не различалось с показателями второй группы: 6,5 (3–14) и 3,5 (1–5) ($p=0,06$; $p=0,118$). К моменту выписки критерии *NIHSS* и *mRS* были достоверно меньше в первой группе: 3,0 (0–7) и 2,0 (0–3) по сравнению со второй группой пациентов: 5,5 (2–11) и 3,0 (1–4) ($p=0,001$; $p=0,031$). Неврологическое ухудшение в раннем послеоперационном периоде было зафиксировано у 2,8% больных ($n=1$) первой группы в отличие от 6,9% ($n=2$) второй группы, а 30-дневная летальность составила 3,4% ($n=1$). Данный пациент принадлежал ко второй группе. Длительность госпитализации была ощутимо выше во второй группе: 24±6,3 сут по сравнению с 15±4,3 сут в первой группе ($p=0,001$).

Резюме: КЭЭ, выполненная в первые дни после ишемического инсульта, не сопровождается увеличением частоты периоперационных осложнений, количества летальных исходов и удлинением сроков госпитализации по сравнению с отсроченным хирургическим лечением.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В РОССИИ В ДОРЕВОЛЮЦИОННЫЙ ПЕРИОД

И.М. Чиж, И.В. Карпенко

Первый Московский государственный медицинский университет
Москва, РФ

Первые попытки организации оказания неотложной помощи неразрывно связаны с идеей христианской благотворительности. На Руси начиная с XV в. (а возможно и ранее) существовали богадельни. Как правило, они были организованы при монастырях. Туда доставляли пострадавших, немощных и обмороченных. Богадельни преимущественно служили для призрения пострадавших, но здесь же монахами оказывалась и первая помощь.

В XVII в. боярин Федор Ртищев – один из приближенных царя Алексея Михайловича – на свои средства организовал несколько больниц, куда доставляли изувеченных и обмороченных. Транспортировка пострадавших возлагалась на специально выделенных для этих целей дворовых людей. Последние ездили по Москве, собирали пострадавших и нуждающихся в первой помощи и доставляли их в больницы Ртищева. Считается, что это были прообразы карет скорой помощи.

В дальнейшем данных о существовании подобных заведений в период до начала XIX в. не найдено.

В 1804 г. по инициативе московского градоначальника графа Ф.В. Растворина в городе была создана Пожарная команда, которая совместно с полицией занималась доставкой пострадавших в существовавшие при полицейских участках приемные покои.

В Санкт-Петербурге идея организации экстренной помощи принадлежала доктору медицины Г.Л. Фон Атенгоферу, который в 1818 г. ходатайствовал перед городскими властями об учреждении в городе «заведения для спасения обмирающих скоропостижных или подвергнувших свою жизнь опасности». Эта идея поддержки не получила.

Дальнейшие попытки организации скорой помощи связаны с именем доктора Ф.П. Газа, по инициативе которого в 1844 г. в Москве была открыта «полицейская больница для бесприютных». Больница состояла из амбулатории и стационара на 150 коек. Известно, что за 9 лет работы больница приняла около 30 000 человек.

Известна также инициатива С.П. Боткина по организации в Санкт-Петербурге работы «думских врачей» по оказанию помощи на дому беднейшим слоям населения.

Днем рождения скорой помощи в России может считаться 1898 г., когда в Москве при Суворовском и Сретенском полицейских участках были созданы первые станции скорой помощи. До 1902 г. были организованы еще 4 станции при Лефортовском, Якиманском, Пречистенском и Таганском полицейских участках. На станции дежурила бригада в составе врача, фельдшера и санитаря. Работа станции была ограничена пределами данного полицейского участка. Каждая станция имела санитарную карету, которая была оснащена укладкой с медикаментами, инструментарием, перевязочным материалом.

В 1899 г. были организованы 5 станций первой помощи в Санкт-Петербурге. Станции существовали при пожарных командах. На каждой станции дежурили два пароконных экипажа и 2 санитаря, задачей которых являлись оказание первой помощи пострадавшим на улицах и площадях и доставка их при необходимости в ближайшую больницу.

В 1908 г. в Москве было учреждено добровольное общество скорой медицинской помощи. По инициативе общества в 1912 г. была создана первая самостоятельная станция скорой помощи, которая не была связана ни с полицией, ни с пожарной частью. В этом же году для станции был куплен автомобиль на средства, собранные на пожертвования для этой цели.

До революции станции скорой помощи были открыты еще в нескольких городах (Киев, Рига, Одесса).

В годы Первой мировой войны деятельность станций скорой помощи практически прекратилась.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

А.С. Чувашов, О.Н. Миллер, И.А. Большакова, С.П. Савченко
Станция скорой медицинской помощи, Новосибирский государственный медицинский университет
Новосибирск, РФ

По данным структуры скорой медицинской помощи Новосибирска, на долю вызовов у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) приходится 22,3% от общего количества обслуживаемых кардиобригадами. Эта цифра из года в год сохраняет свою высокую позицию, при этом, к сожалению, имеет тенденцию к постоянной элевации. Подобная ситуация, несомненно, указывает на актуальность проблемы и поиск ее решения в целом. На этапе скорой помощи одним из наиболее важных проблем является фактор времени. Купирование пароксизма ФП занимает большой промежуток времени вследствие низкого процента эффективности медикаментозной кардиоверсии у постели больного и необходимости его дальнейшей госпитализации. Целью ретроспективного когортного исследования явилось изучение распространенности пароксизмальной формы ФП в Новосибирске, а также анализ различных подходов к оказанию экстренной помощи, результатом которого будет оптимизация тактики ведения данной категории пациентов на догоспитальном этапе (ДЭ).

В исследовании включены пациенты с пароксизмальной ФП (длительность эпизода < 7 сут), обратившиеся по Держинской и Ленинской подстанциям скорой помощи Новосибирска с 01.01.2013 по 01.04.2013 г. (всего в исследование будет включено 995 пациентов). На данный момент проанализированы 108 карт вызовов по поводу пароксизма ФП, из них 70,4% женщин (средний возраст 73,9±2,7 года), и 29,6% мужчин (64,75±5,2 года). Выявлено, что чаще всего с пароксизмальной формой ФП обращаются женщины в возрасте 70–80 лет ($n=11$) – 14,47%, средний возраст которых составил (74,2±1,8 года). Основной причиной ФП в 43,5% случаев являлась гипертоническая болезнь (ГБ), в 24% – клапанные пороки сердца, 16,6% – токсическая кардиомиопатия, 12,9% – заболевания щитовидной железы, 3% – прочие. У мужчин преобладали кардиомиопатии (62,5%), у женщин – ГБ (77,63%). Из сопутствующих заболеваний у мужчин – ХОБЛ (56,25%), у женщин – заболевания щитовидной железы (52,6%). Выявлена корреляционная зависимость между манифестацией пароксизма ФП и эффективностью медикаментозной кардиоверсии, т.е. чем меньше времени прошло с момента ФП, тем быстрее купируется нарушение сердечного ритма ($p<0,05$). С целью восстановления синусового ритма чаще всего использовали Амиодарон (46,3%) из расчета 5 мг/кг массы тела пациента. У 43,3% пациентов также применялся амиодарон, но без расчета на массу в дозе 300 мг, 7,4% – вводили Новокаиномид и 3% – ничего не вводили. Отмечено, что у 32 пациентов, применивших на ДЭ нагрузочную дозу Пропафенона – 450–600 мг (стратегия «таблетка в кармане»), ритм на ДЭ восстанавливался чаще (25%), чем у пациентов, получавших базисную антиаритмическую терапию (15,7%). Не было получено существенного различия струйного и капельного введения Амиодарона, т.е. восстановление синусового ритма происходит с одинаковой частотой (47,8% и 52,2% соответственно). Восстановлен синусовый ритм на ДЭ у 24 пациентов (22,2%), время восстановления после введения Амиодарона составило от 40 до 60 мин (50,4 ± 2,5 мин). Таким образом, различные подходы к купированию ФП на ДЭ требуют более тщательного анализа, конечной точкой которого будет оптимизация и разработка качественного алгоритма оказания экстренной помощи этой категории пациентов.

ПРОКАЛЬЦИТОНИН – РАННИЙ ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

А.К. Шабанов, М.Ш. Хубутия, Г.В. Булава, М.В. Андросова, Д.А. Косолапов, А.А. Сергеев, Е.В. Кислухина
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Течение посттравматического периода у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой часто осложняется нозокомиальной пневмонией (НП), что приводит к высокой летальности и увеличению сроков и стоимости лечения пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Остается неясным, в какие сроки после травмы повышение уровня прокальцитонина (ПКТ) может быть связано с развитием НП с учетом тяжести травмы и продолжительности искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Целью исследования стало выявление связи между динамикой уровня ПКТ и развитием НП и сепсиса у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в зависимости от тяжести травмы и продолжительности ИВЛ. Проведен ретро- и проспективный анализ историй болезни 271 пострадавшего с тяжелой сочетанной травмой, находившихся на лечении в отделении реанимации НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского в 2008–2012 гг. Проведен анализ уровня ПКТ при поступлении и его динамики с учетом тяжести травмы и присоединившимися инфекционными осложнениями. Было выявлено, что тяжелая сочетанная травма сопровождается повышением уровня ПКТ в сыворотке крови. Выявлена связь между тяжестью травмы, летальностью, развитием инфекционных легочных осложнений, сепсисом и средним уровнем ПКТ. Чем тяжелее травма, тем выше уровень ПКТ в сыворотке крови. В группе пострадавших без НП максимальный уровень ПКТ отмечен в первые 12 ч и составил 1,91±0,51 нг/мл. В дальнейшем отмечено его плавное снижение и нормализация к 3–5-м сут. В группе пострадавших с пневмонией, но без сепсиса уже в первые 6 ч средний уровень ПКТ составил 1,71±0,64 нг/мл, в дальнейшем уровень ПКТ продолжал повышаться и максимальный его уровень зарегистрирован в первые 48 ч и составил 3,93±1,26 нг/мл. В дальнейшем отмечено его снижение и нормализация к 6-м сут в случае благоприятного течения. Совершенно другую картину наблюдали в группе пострадавших, у которых на фоне тяжелой НП произошла генерализация процесса и развился тяжелый сепсис. Уже в первые 6 ч средний уровень ПКТ составил 6,98±1,3 нг/мл, в дальнейшем уровень ПКТ продолжал повышаться и в первые 48 ч составил 12,7±7,8 нг/мл. При статистической обработке с использованием ROC-кривой выявлено, что прогностический эффект ПКТ при риске развития НП больше всего в интервале 12–24 ч, поскольку площадь под ROC-кривой составила 0,753, что является по экспертной оценке «хорошим показателем». Точка отсечения (*cut-off*) составила 1,79 нг/мл, при этом чувствительность и специфичность составили по 69,7%.

Таким образом, авторы приходят к выводу, что у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой уровень ПКТ выше 1,79 нг/мл, уже в первые 12 ч, может служить ранним предиктором развития НП с риском дальнейшей генерализации инфекционного процесса.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КРАЙНЕ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ ПРИ ОСТРОМ ТЯЖЕЛОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Е.А. Чукина, В.А. Щеткин, А.В. Гришин
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Москва, РФ

Актуальность проблемы лечения больных с тяжелым острым панкреатитом обусловлена высокой летальностью (20–40%), связанной с гнойными осложнениями панкреонекроза. Предшественником значительной части этих осложнений является панкреатогенный инфильтрат.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности электромагнитного излучения крайне высокой частоты (КВЧ-терапии) у больных с тяжелым острым панкреатитом.

Материал и методы. Клиническим материалом послужили 65 наблюдений больных с тяжелым острым панкреатитом в возрасте от 21 до 69 лет. Наличие панкреатогенного инфильтрата диагностировано по клиническим данным, данным ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ). Все пациенты получали стандартное лечение, которое предусматривало проведение базовой консервативной терапии, специфической противопанкреатической, антибактериальной терапии и иммунокоррекции. По показаниям проводили мини-инвазивные или традиционные хирургические вмешательства. У 31 больного общепринятая тактика лечения была дополнена КВЧ-терапией. Эти пациенты составили основную группу. Контрольную группу составили 44 больных, лечившихся без использования КВЧ-терапии. Больные обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести и распространенности патологического процесса.

Процедуры КВЧ-терапии проводили, как правило, с 5–9-х сут от начала заболевания с помощью аппаратов «Явь-1» и «КВЧ-НД» (Россия). Плотность потока мощности – 10 мВт/см², длина волны – 7,1 мм и 5,6 мм. У каждого пациента использовали только одну длину волны (7,1 мм или 5,6 мм) весь курс физиолечения. Воздействовали локально стабильно на область проекции панкреатогенного инфильтрата или на эпигастральную область. Экспозиция воздействия – от 30 до 60 мин. Курс лечения – 6–15 процедур.

Результаты. В результате проводимого лечения в основной группе больных чаще наблюдали неосложненное течение заболевания с резорбцией инфильтрата (47%) по сравнению с больными контрольной группы (31,8%). С учетом недостаточного числа наблюдений о достоверности различий в группах говорить нельзя ($p>0,05$), однако тенденцию к улучшению результатов лечения за счет увеличения доли больных с неосложненной резорбцией инфильтрата при использовании КВЧ-терапии все же следует отметить.

Применение КВЧ-терапии не влияло на частоту развития асептических деструктивных осложнений, которые одинаково часто наблюдали как среди больных основной группы (38%), так и среди контрольной группы (36,4%).

Сравнение количества гнойно-деструктивных осложнений в двух группах показало статистически значимое снижение частоты их развития при использовании КВЧ-терапии. В основной группе гнойно-деструктивные осложнения наблюдали у 14% больных, тогда как в контрольной группе эти осложнения имели место у 31,8% больных ($p<0,05$).

Таким образом, использование КВЧ-терапии у больных с острым деструктивным панкреатитом в ранние сроки развития панкреатогенного инфильтрата, не снижая частоты развития асептических осложнений панкреонекроза, позволяет улучшить результаты лечения за счет увеличения доли пациентов с неосложненной резорбцией инфильтрата и уменьшить частоту развития гнойно-деструктивных осложнений на 17,8%.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ С ВЕДУЩИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ТАЗА

С.А. Шабатин, В.Е. Розанов, А.И. Болотников, А.В. Бондаренко, И.В. Хайкин
Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко МО РФ,
Клиническая больница № 123 ФМБА России,
1586-й Военный клинический госпиталь МО РФ

Краснознаменск, Одинцово, Подольск, МО, РФ

Анализ аспектов хирургической тактики при сочетанной травме (СТ) с ведущим повреждением таза (СТТ) основан на лечении 208 пострадавших, что составило 11,6% в структуре всех оперированных пациентов с СТ.

Тяжесть повреждений таза варьировала от 19,9±1,3 до 34,1±2,6 балла по ISS, внетазовых – составила в среднем 11,7±1,6 балла по ISS.

По поводу повреждений таза были выполнены 245 операций, внетазовых – 176. Хирургическая тактика при СТТ основана на следующих положениях:

1) первоочередной задачей считали остановку внутритазового кровотечения. В случаях, когда источником кровотечения было спонгиозное вещество свода таза, надежность гемостаза обеспечивали комплексным применением хирургических способов: осуществляли экстренную стабилизацию тазового кольца аппаратом внешней фиксации, выполненную сразу же после лапаротомии и экстравазальной окклюзии подвздошных артерий. В случаях одновременного кровотечения из спонгиозного вещества свода таза и поврежденных ветвей внутренней подвздошной артерии (запирательных, ягодичных) дополнительно осуществляли перевязку ветвей глубокой артерии бедра. При локализации источника кровотечения в спонгиозном веществе свода таза и крестцовых сосудистых сплетений дополнительно выполняли прямую тампонаду из мышечной тканью или, что еще предпочтительнее, с использованием пластики «ТахоКомб»;

2) коррекцию повреждений таза с нарушением стабильности в передних и задних отделах осуществляли по экстренным показаниям аппаратом внешней фиксации;

3) операциями выбора считали: при повреждении внебрюшинных отделов мочевого пузыря – ушивание его стенки с формированием эпицистостомы; при повреждении уретры – формирование эпицистостомы с ретроградным проведением уретрального катетера с наложением первичного отсроченного шва; при повреждении внебрюшинного отдела прямой кишки – наложение петлевой сигмостомы с ушиванием стенки кишки промежуточным доступом. Хирургическим вмешательствам на тазовых органах предшествовала стабилизация тазового кольца аппаратом внешней фиксации;

4) коррекцию внетазовых повреждений основывали на активной хирургической тактике, заключающейся наряду с устранением причин кровотечения из внутренних органов и перитонита в выполнении первичного раннего черескостного остеосинтеза длинных трубчатых костей, а также в ранней стабилизации реберного каркаса грудной клетки аппаратом внешней фиксации. Декомпрессию головного мозга при гипертензионно-дислокационном синдроме осуществляли симультанно, а остальные вмешательства – последовательно в ходе одного наркоза со стабилизацией таза аппаратом внешней фиксации.

Полагаем, что применение представленных основных принципов лечения СТТ является адекватным для такой патологии, поскольку позволило снизить частоту развития осложнений с 43,1 до 30,3%, а летальность – с 36,1 до 25,0% по сравнению с традиционной тактикой ($p<0,01$).

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ С ВЕДУЩИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ КОНЕЧНОСТЕЙ

С.А. Шабатин, В.Е. Розанов, А.И. Болотников, А.В. Бондаренко, И.В. Хайкин
Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко МО РФ,
Клиническая больница № 123 ФМБА России,
1586-й Военный клинический госпиталь МО РФ

Краснознаменск, Одиново, Подольск, МО, РФ

Анализ аспектов хирургической тактики при сочетанной травме (СТ) с ведущим повреждением конечностей (СТК) основан на лечении 517 пострадавших, что составило 28,8% в структуре всех оперированных с СТ. Тяжесть повреждений конечностей варьировала от 19,0±1,1 до 27,2±2,3 балла по ISS, других областей составляла в среднем 12,8±1,9 балла по ISS.

При СТК хирургическая тактика строилась на основании следующих положений:

- 1) применение внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза у пострадавших в остром периоде СТ.
 - 2) разделение всех видов остеосинтеза на первичный экстренный, срочный и отсроченный, а способы выполнения – на одностатный, синхронный и поэтапный. Синхронно и поэтапно остеосинтез выполняли как двумя бригадами, работающими одновременно, так и одной, осуществляющей остеосинтез сразу двух сегментов. Остеосинтез, производимый двумя хирургическими бригадами, выполняли при переломах разных конечностей и сегментов, удаленных друг от друга (обеих голей, предплечий, плечевых костей, разносторонних переломов бедра и голени, плеча и предплечья), а также бедра обеих конечностей. Синхронно и поэтапно остеосинтез осуществляли чаще при открытых переломах.
 - 3) при переломах длинных костей с повреждением магистральных сосудов конечности лечение проводили с соблюдением избирательного подхода в соответствии с основополагающими принципами ангиохирургии. В зависимости от продолжительности и степени тяжести ишемических расстройств выполняли: резекцию или пластику сосуда с укрытием трансплантата в мышечном футляре или с окутыванием его пластиной «ТахоКомб»; перевязку сосуда, при которой по возможности восстанавливали кровоток по поврежденной одноименной магистральной вене; первичную ампутацию конечности; наложение временного сосудистого шунта с последующим восстановлением кровотока после стабилизации жизненно важных функций при отсутствии условий для полноценной восстановительной операции.
 - 4) при сочетании переломов длинных костей с травмой черепа независимо от тяжести последней осуществляли ранний (в 1-е сут после травмы) компрессионно-дистракционный остеосинтез.
 - 5) по экстренным показаниям симульганно с декомпрессивной трепанацией черепа по поводу гипертензионно-дислокационного синдрома головного мозга выполняли операции, связанные с размождением и отрывами конечностей, множественными открытыми переломами с обширным повреждением мягких тканей и магистральных сосудов с продолжающимся кровотечением, а последствием в ходе одного наркоза – по поводу открытых многооскольчатых переломов плеча, предплечья, бедра и голени с обширным повреждением мягких тканей, травматической отслойкой кожно-апоневротического лоскута.
 - 6) при сочетании повреждений конечностей, груди и живота наиболее эффективным методом фиксации отломков длинных костей являлся первичный ранний внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез, выполненный в один этап с операциями на внутренних органах.
 - 7) при сочетании переломов длинных костей и таза операции выбора считали ранний первичный внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез, проведенный симульганно (если это верхние конечности) или последовательно в ходе одного наркоза (если это нижние конечности) со стабилизацией таза аппаратом внешней фиксации.
- Полагаем, что представленные основные принципы лечения СТК являются адекватными для такого вида повреждений, так как позволили снизить частоту развития осложнений с 30,3 до 21,7%, а летальность – с 17,9 до 9,5% по сравнению с традиционной тактикой ($p < 0,01$).

СТАНДАРТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ И КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОМ ОЖОГОВОМ ШОКЕ

Б.М. Шакиров, Ю.М. Ахмедов, Э.А. Хакимов
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Самаркандский государственный медицинский институт
Самарканд, Республика Узбекистан

Обширные глубокие ожоги вызывают нарушение функций всех органов и систем, что проявляется клинко-физиологическими симптомами, изменениями клинко-лабораторных, биохимических и иммунологических показателей, морфологическими нарушениями и другими реакциями.

Тяжелая и крайне тяжелая степени ожогового шока и актуальность интенсивной инфузионной терапии не вызывают сомнения в связи с сохранением высокой степени летальности на госпитальном этапе лечения.

Целью исследования являются изучение и внедрение принципов экстренной протившоковой терапии у обожженных с критическими и сверхкритическими ожогами и их комплексное лечение.

Материал и методы исследования. Нами проведен анализ результатов лечения у 162 обожженных в период ожогового шока. Среди этих больных у 55 были критические ожоги (40–50% поверхности тела) и сверхкритические – у 49 обожженных (более 50%).

Результаты исследований и их обсуждение. Лечение обожженных начинается на догоспитальном этапе с введения обезболивающих средств, глюкокортикоидных гормонов, проведения протившоковой инфузионной терапии (рефортан, стабизол), оксигенотерапии и др.

После госпитализации больного в ожоговую реанимацию, исходя из особенностей течения ожогового шока, строилась тактика инфузионно-трансфузионной терапии. При определении количества вводимых жидкостей мы составляли индивидуальную схему жидкостной терапии для каждого пациента с учетом возраста, площади и глубины поражения кожного покрова, а также функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы и функции внешнего дыхания.

Для этой цели использовали разработанные в филиале РНЦЭМП стандарты инфузионной терапии в зависимости от тяжести ожогового шока и массы тела пострадавшего: при тяжелом шоке – от 4400 до 7200 мл в 1-е сут. от 3600 до 5700 мл на 2-е сут и крайне тяжелом – от 4750 до 7600 мл. Две трети суточного объема жидкости вводят в первые 8 ч, 1/3 – в течение оставшихся 16 ч. При поражении более 50% площади тела расчетная величина не должна превышать потребности для 50%.

Объем инфузии на 2-е сут составляет от 2/3 объема 1-х сут (при II степени шока), но как в 1-е сутки при III степени шока.

При нормотонии инфузию начинаем с раствора Рингера или изотонического раствора хлорида натрия. При гипотонии начинаем с коллоидных растворов (стабизол), после стабилизации используем кристаллоиды.

Белковые растворы (лучше свежемороженную плазму) вводим через 8–12 ч после начала инфузионной терапии. Растворы альбумина (инфезол-40) применяем после уменьшения проницаемости сосудистой стенки и прекращения нарастания отека в зоне ожога. Всего за 11 лет среди обожженных в 87,4% случаев установлен диагноз ожогового шока. У 60 больных с глубокими ожогами (50–85% поверхности тела), которым была начата протившоковая терапия на догоспитальном этапе, течение и исходы ожогового шока были благоприятными. До внедрения данных принципов летальность составляла 28,8%, а после их внедрения умерли 17,8% пострадавших с обширными глубокими ожогами (75–85% поверхности тела).

Заключение. Таким образом, внедрение принципов экстренной протившоковой терапии у обожженных на догоспитальном этапе и комплексное лечение в ожоговой реанимации облегчают течение шока и снижают летальность у больных с критическими и сверхкритическими ожогами.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ ПРИ ПИОПНЕВМОТОРАКСЕ

Я.Н. Шойхет, В.А. Куртуков, С.Ю. Капитулин, В.К. Седов
Алтайский государственный медицинский университет,
Городская больница № 5
Барнаул, РФ

Проведен анализ эффективности бронхоблокации у 110 больных с воспалительными процессами легких, осложненными пиопневмотораксом, находившихся на лечении в отделении гнойной торакальной хирургии Городской больницы № 5 Барнаула. У 43 больных (39,1%) основной группы наряду с традиционными методами применяли клапанную бронхоблокацию. Причинами пиопневмоторакса в обеих группах больных в 88,2% случаев была острая деструкция легочной ткани, в 7,3% – перенесенная операция, в 4,5% – травма. У 96,4% больных было одностороннее поражение, в том числе в 63,3% – правого легкого, в 32,7% – левого легкого. Наличие двухсторонних легочно-плевральных фистул отмечено в 3,7% наблюдений. У всех больных проводили комплексное лечение, включающее: антибиотикотерапию с учетом чувствительности к ним микрофлоры, выделенных из мокроты, содержимого трахеобронхиального дерева и плевральной экссудата; плевральные пункции, дренирование плевральной полости; коррекцию волевических нарушений, нормализацию кислотно-щелочного состояния; дезинтоксикационную терапию; коррекцию сердечно-сосудистой системы; противовоспалительные средства и общеукрепляющую терапию. В момент поступления у больных основной группы чаще, чем в группе сравнения, на 58,2% отмечено неполное коллабирование легкого и на 24,0% – наличие остаточной полости.

В комплексное лечение больных основной группы входила методика клапанной бронхоблокации. Установку клапанного бронхооблокатора «Медланг» проводили под местной анестезией на бронхоскопе. Из 43 больных на уровне верхнедолевого бронха установлены 2 клапана, на уровне среднедолевого бронха – 5, в промежуточном бронхе – 3, в бронхе S6 – 3, на уровне нижнедолевых бронхов – 15, в культе главного бронха – 1.

Повторные бронхоблокации пациентам потребовались в 34,9% случаях. Это осуществлялось при сохранявшемся сбросе воздуха по плевральному дренажу (86,6%), смещении клапана при кашле (6,7%), миграции клапана в плевральную полость (6,7%). Сохраняющийся сброс воздуха был связан с наличием либо дополнительных бронхоплевральных фистул в соседних сегментах/долях или недостаточным наружным диаметром клапана.

Для обнаружения бронхоплевральных фистул использовали два метода поиска. При первом из них применяли окклюзию фистелы бронхов зондом типа Фоггера. При втором методе через дренаж в плевральную полость вводили раствор 1% перекиси водорода с красителем. Удаление клапана проводили на 21,14±3,11 сут после его постановки. Основанием для удаления обтуратора служило отсутствие сброса воздуха по плевральному дренажу на протяжении 4–5 сут, рентгенологическое расправление легкого. У больных основной группы почти в двое больше наблюдали полное расправление легкого, чем в группе сравнения, и более чем в 2 раза происходило уменьшение инфильтрации легочной ткани.

Вывод. Применение клапанной бронхоблокации в комплексном лечении пиопневмоторакса приводит к улучшению результатов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОСТРОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЕ

А.З. Шалунов, В.В. Крылов, Т.Г. Робустова
¹ НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
² Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова
Москва, РФ

Введение. Повышенный травматизм населения в современных условиях требует поиска новых оптимальных способов и технологий восстановления лицевого черепа при острой сочетанной черепно-лицевой травме (СЧЛТ). Сочетание повреждений челюстей и черепно-мозговой травмы (ЧМТ) создает условия, отличные от наблюдаемых в специализированных челюстно-лицевых стационарах. Существующие методы хирургического лечения для фиксации костей лица используют неповрежденные кости черепа. Имобилизация челюстей выполняют в основном назубными методами шинирования. Первые несоместимы при наличии ЧМТ или возможных операций, вторые сопровождаются ущербом для тканей зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта.

Цель исследования: оптимизация лечения переломов нижней челюсти при острой СЧЛТ.

Материал и методы. В период 2006–2012 гг. мы наблюдали 696 пострадавших с СЧЛТ. Средний возраст – 35,2±14 года. Мужчин было 565, женщин – 131. Сроки поступления от момента травмы – от нескольких часов до нескольких суток. Причинами травмы были в основном ДТП – 41,6%, падение с высоты – 27,5% и др. Оценку тяжести ЧМТ (по Greenberg) осуществляли по показателям уровня бодрствования шкалы комы Глазго (ШКГ), а также по классификации Л.Б. Лихтермана и Т.А. Доброхотовой (1994). При поступлении пострадавших ЧМТ легкой степени тяжести (14–15 баллов) была у 371 больного (53,3%), средней тяжести (9–13 баллов) – у 258 (37,1%), тяжелой степени (5–8 баллов) – у 50 (7,2%), критическая (3–4 баллов) – у 17 (2,4%). ЧЛТ сочеталась с повреждениями других анатомических сегментов тела у 245 пострадавших (35,2%).

Переломы нижней челюсти выявлены у 83 пациентов (11,9%). У 24 больных переломами были закрытыми, у 59 – открытыми. Из них изолированные – у 33, в структуре множественных и панфациальных переломов черепа – у 50 человек.

Лечение. Ключом к состоянию жевательного аппарата, физиологической окклюзии зубов рассматривали состояние нижней челюсти, кроме того, использовали ее как биологическую шину, опорный ориентир при реконструкции средней зоны лицевого черепа. Предпочтение отдавали ранним срокам остеосинтеза нижней челюсти, однако приоритетными считали состояние жизненно важных функций организма, восстановление гомеостаза. Операции выполняли при ШКГ ≥ 9 баллов, при 8 баллах – откладывали. В своей работе мы исключили непрямоугольный ортопедический метод иммобилизации челюстей – назубное шинирование. У 21 пострадавшего применяли предложенный нами прямоугольный ортопедо-хирургический метод максилло-мандибулярной иммобилизации (ММИ) с использованием кортикальных фиксирующих винтов (КФВ). Метод малоинвазивный, простой, занимал мало времени – около 20 мин, был выполнен в условиях реанимационного отделения. У 40 больных производили открытый анатомо-функциональный остеосинтез нижней челюсти – дублировали анатомические контрофторы накостными фиксирующими пластинами в сочетании с ММИ. У 22 больных использовали разработанный и предложенный нами метод двухплоскостного остеосинтеза (ДПО) нижней челюсти. Расположенные в двух взаимоперпендикулярных плоскостях фиксирующие пластины обеспечивали жесткую иммобилизацию. Отсутствие межчелюстной фиксации позволяло обеспечивать гигиену и контроль за состоянием полости рта и ротоглотки.

Заключение. Лечение переломов нижней челюсти при СЧЛТ требует оптимизации хирургических методов с учетом тяжести ЧМТ и состояния пострадавших. Применение технологии ММИ с применением кортикальных фиксирующих винтов является малоинвазивным, лишено патологического воздействия на зубы, пародонт, окклюзию зубов и слизистую оболочку полости рта. Метод ДПО нижней челюсти обеспечивает достаточную жесткость фиксации фрагментов. Через сутки после операции возможны функциональная активация (артикуляция, речь, прием пищи) и реабилитация жевательного аппарата.

НАДЛОБКОВАЯ ЦИСТОСТОМИЯ ПРИ ВНЕБРЮШИННЫХ ТРАВМАХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Г.Ш. Шанава, И.В. Сорока, Л.А. Эспиналь

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе

Санкт-Петербург, РФ

Дренирование мочевого пузыря при внебрюшинных повреждениях осуществляется уретральным катетером, установленным через мочеиспускательный канал, или традиционной цистостомией, выполняемой путем хирургического разреза в надлобковой области.

Целью исследования является определение технической возможности выполнения троакарной надлобковой цистостомии при внебрюшинных повреждениях мочевого пузыря.

Материалы и методы. За период с 2011 по 2013 г. 5 пострадавшим с внебрюшинными повреждениями мочевого пузыря выполняли установку троакарной цистостомии. Для создания внутрипузырной емкости, достаточной для безопасного проведения троакарной цистостомии, 2 пострадавшим через уретральный катетер туго наполняли мочевой пузырь раствором фурациллина. А 3 пациентам в мочевой пузырь устанавливали катетер типа Фолея, баллон которого мог наполняться 300 мл раствора антисептика.

Установку троакарной цистостомии всем пациентам выполняли под контролем УЗИ. Для проведения надлобковой цистостомии применяли троакар, предложенный коллективом авторов НИИ СП им. И.И. Джanelидзе (патент № 2408311 от 10.01.11), позволяющий устанавливать в полость мочевого пузыря катетеры типа Фолея.

Результат. При введении через уретральный катетер 300 – 400 мл раствора фурациллина 2 пациентам не удалось достичь необходимого объема мочевого пузыря, достаточного для безопасного проведения троакарной цистостомии. При УЗИ у обоих больных отмечался сброс раствора фурациллина в момент наполнения мочевого пузыря через разрыв в паравезикальные ткани. В результате обоим пациентам пришлось выполнить традиционную секционную надлобковую цистостомию с ревизией мочевого пузыря.

Катетеры типа Фолея были установлены 3 больным в мочевой пузырь через уретру. Баллоны были заполнены раствором фурациллина объемом до 300 мл. Наполненные баллоны растягивали стенки мочевого пузыря, которые смещали переходную складку брюшины, что позволило безопасно и внебрюшинно провести троакарную цистостомию (приоритетная справка 2012144858/20(072170) от 22.10.2012). Под контролем УЗИ троакаром вначале прокалывалась передняя брюшина стенка живота и мочевого пузыря, а затем заполненный баллон. При этом баллон опорожнялся, а троакар оказывался внутри полости мочевого пузыря. Через тубус троакара в мочевой пузырь устанавливался катетер Фолея, который фиксировался раздутием баллона. Катетер с разорванным баллоном удалялся из мочеиспускательного канала.

Вывод. Установка троакарной цистостомии при внебрюшинных разрывах мочевого пузыря осуществима при применении катетеров типа Фолея, баллоны которых при наполнении позволяют создать объем не менее 300 мл.

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО РАССЛОЕНИЯ АОРТЫ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Ф.А. Шарифуллин, Р.Ш. Муслимов, О.А. Забавская,

В.В. Соколов, А.В. Редкобородый

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

Москва, РФ

Расслоение аорты является одним из самых неотложных состояний, которое связано с высокой летальностью. Быстрый и правильный диагноз у такой тяжелой категории больных – один из важных факторов, определяющих лечебную тактику, что в свою очередь может положительно влиять на их прогноз. Определенное место в диагностике этой патологии принадлежит мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), обладающей высоким пространственным и временным разрешением, которая является одним из наиболее информативных и точных методов диагностики острого расслоения аорты и его осложнений.

В период с января по декабрь 2012 г. в отделении компьютерной и магнитно-резонансной томографии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского были выполнены 160 экстренных КТ-исследований аорты у больных с подозрением на расслоение аорты. Исследования проводили на 160-срезовом компьютерном томографе последнего поколения; протокол исследования включал в себя нативное сканирование с последующей КТ-ортографией с болюсным контрастным усилением. Зона исследования включала все отделы аорты, а также проксимальные отделы ее магистральных ветвей. Все исследования были верифицированы данными клинико-аппаратных и лабораторных методов исследования, операций и в случае летального исхода – аутопсии.

Из 160 обследованных больных у 55 было подтверждено острое расслоение аорты (не более 2 нед от начала заболевания), и у 2 – интрамуральная гематома грудной аорты. Среди пациентов преобладали мужчины (70%). Средний возраст больных составлял 56 лет (от 25 до 83 лет). I тип расслоения (по М. DeBakey) был выявлен у 31 пациента (56%), II тип – у 5 (9,5%), III тип – у 19 (34,5%). Геморрагическое содержание в полости перикарда и плевры была обнаружено у 8 больных. Проксимальная надрыв интимы (фенестрация) была выявлена у 44 пациентов: в восходящей аорте – в 21 случае, в дуге аорты – в 6, в нисходящей аорте – в 14. Надрыв интимы в брюшной аорте с ретроградным расслоением грудного отдела было отмечено у 3 обследованных. Распространение расслоения на крупные ветви аорты было зафиксировано у 40 больных, при этом резкие стенозы и окклюзии (тромбозы) расслоенных артерий были выявлены в 18 случаях. В 3 наблюдениях были получены ложноположительные результаты, 2 из них были связаны с наличием выраженных двигательных и дыхательных артефактов, один – с неправильной интерпретацией пристеночного тромбоза. Точность метода в выявлении расслоения грудной аорты составил 98,1%, чувствительность – 100%, специфичность – 97%.

МСКТ-аортография, выполняемая в экстренном порядке у пациентов с острым аортальным синдромом, является информативным методом диагностики различных поражений аорты, магистральных артерий, позволяя классифицировать тип расслоения и определять сопутствующие осложнения.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, ВОЗНИКШЕГО ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

С.Г. Шаповальянц, С.А. Будзинский, Е.Д. Федоров, А.Г. Мильников, А.Ю. Котиева

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница № 31

Москва, РФ

Одним из самых грозных и часто встречающихся осложнений эндоскопических ретроградных транспиллярных вмешательств является развитие острого постманипуляционного панкреатита (ОПМП). В последние годы стентирование главного панкреатического протока (ГПП) нашло широкое применение в качестве профилактики развития ОПМП. В то же время выполнение панкреатического стентирования в качестве лечения развившегося осложнения остается дискуссионным и не до конца решенным в хирургических кругах вопросом.

Цель исследования: ретроспективно оценить результаты эндоскопического ретроградного стентирования ГПП в лечении ОПМП.

Материал и методы: с 01.01.2009 по 01.07.2013 в клинике госпитальной хирургии № 2 были выполнены 2192 ретроградных эндоскопических вмешательства. В 61 случае у пациентов с высоким риском развития ОПМП было выполнено профилактическое панкреатическое стентирование. При этом острый панкреатит (ОП) не развился ни в одном из наблюдений. В то же время среди остальных больных ОПМП развилось в 26 случаях (1,33%), когда оснований для профилактического стентирования ГПП во время вмешательства, по нашему мнению, не было. В этой группе женщин было 24 (92,3%), а мужчин 2 (7,7%). Средний возраст составлял 57,9±14,8 года. Показанием к первичным эндоскопическим вмешательствам во всех наблюдениях стала механическая желтуха, причиной которой явились папиллостеноз (14), холедохолитиаз (9), интрамуральное образование БДС (2) и рестеноз после ранее выполненной ЭПСТ (1).

Острый панкреатит развился после изолированной ЭПСТ в 13 случаях (50%), после ЭПСТ с последующей литоэкстракцией – в 8 (30,8%), после ЭПСТ с дополнительной ВТ – в 3 (11,5%), а также после баллонной папиллодилатации с литоэкстракцией и неудачной попытки ЭРХПГ – по одному наблюдению (3,9%).

Результаты. Выполнить стентирование ГПП планировали в 21 наблюдении. Технически это оказалось возможным в 19 случаях (90,5%), что привело к выздоровлению пациентов. Панкреатические стенты были удалены через 5–12 сут после их установки. Осложнений панкреатического стентирования выявлено не было. При этом средний срок госпитализации составил 11,8±3,7 койко-дня.

В остальных 7 наблюдениях (26,9%), (в том числе в 2 случаях у больных с неудачной попыткой стентирования ГПП), пациентам проводили консервативную терапию. Летальность в этой группе больных составила 28,6% (2 из 7), а средний срок госпитализации – 23,8 ± 7,5 койко-дня.

Заключение. По нашим данным, эндоскопическое стентирование ГПП у пациентов с ОПМП технически выполнимо в 90,5% случаев. При этом панкреатическое стентирование является эффективным компонентом лечения – во всех наблюдениях после успешного выполнения стентирования ГПП пациенты выздоровели. Осложнений и смертельных исходов не было. В то же время в группе больных, которым панкреатическое стентирование выполнено не было либо не удалось, летальность составила 28,6%, а срок госпитализации был выше в 2 раза.

ВЛИЯНИЕ СУБСТРАТНЫХ АНТИГИПОКСАНТОВ НА КЛЕТОЧНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ

Б.Н. Шах, В.М. Теплов, А.Г. Карнышев, Д.Б. Смирнов

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе

Санкт-Петербург, РФ

В клинической практике из субстратных антигипоксантов наиболее часто используются мафусол и реамберин. Их действие реализуется через процессы внутриклеточного аэробного окисления с образованием макроэргических соединений в цикле ди- и трикарбоновых кислот. Целью нашего исследования было выяснение влияния субстратных антигипоксантов на потребление кислорода и буферные свойства крови.

В исследование были включены 30 больных и пострадавших в возрасте от 25 до 70 лет (51,6±4,2). Они были обследованы в первые сутки после обширных экстренных операций на органах брюшной полости. Оценка тяжести состояния осуществлялась по шкале APACHE-II и составляла от 23 до 30 баллов с риском смертельного исхода от 46 до 70,3%. Всем пациентам на момент обследования проводили ИВЛ с FIO2 50%. В состав стандартной инфузионной программы был включен реамберин 1,5% в суммарной дозе 800 мл. Внутривенная инфузия препарата осуществлялась в течение 45–50 мин. Для пациентов группы сравнения (n=15, возраст – 46,2±3,8 года, исходная тяжесть состояния по шкале APACHE-II, аналогичные оперативные вмешательства) в качестве инфузионной среды был выбран 10% раствор глюкозы в объеме 400 мл. В мониторингном режиме на протяжении двух часов при помощи непрямого калориметра модели CCM Express (Medgraphics, USA) измерялось потребление O₂ (VO₂, мл/мин) и выделение CO₂ (VCO₂, мл/мин). Газовый состав, содержание лактата в артериальной крови определялись с помощью портативного клинического анализатора i – STAT 300 (Abbott, USA). Статистическая обработка полученных данных проведена методом парных сравнений с расчетом достоверных различий по Стьюденту. На момент начала мониторинга VO₂ в основной группе составило 281,5±21,2 мл/мин, а VCO₂ – 223,3±6,5 мл/мин. Инфузия 1,5% раствора реамберина сопровождалась достоверным увеличением минутного VO₂ до 310,4±24,4 мл/мин. VCO₂ при этом начало снижаться до 206,5±7,59 мл/мин. У всех больных контрольной группы во время инфузии 10% раствора глюкозы наблюдалось достоверное увеличение VO₂ с 303,6±33,86 до 443,13±32,1 мл/мин, то есть почти в 1,5 раза. Аналогичным образом изменилось и VCO₂ – с 246,8±19,0 до 410,0±30,0 мл/мин. До начала введения раствора реамберина у всех больных и пострадавших наблюдался метаболический ацидоз: pH составил 7,25±0,02 ед., а BE был снижен до 6,73±0,85 ммоль/л. Инфузия реамберина повышала буферную емкость крови, что проявлялось достоверным изменением (p<0,01) pH 7,31±0,02, BE –1,50±1,03 ммоль/л и HCO₃ – 21,80±1,0 ммоль/л. При внутривенном введении 400 мл 10% раствора глюкозы достоверных изменений основных показателей КОС не отмечалось, а характерным в этой группе было достоверное повышение содержания лактата в артериальной крови с 4,49±0,63 до 5,12±0,65 ммоль/л. Таким образом, внутривенная инфузия 800 мл 1,5% раствора реамберина сопровождается достоверным повышением минутного потребления кислорода и достоверно увеличивает буферную емкость крови, приводя к повышению активности внутриклеточных ферментов и восстановлению процессов аэробного метаболизма, а внутривенное введение концентрированных растворов глюкозы вызывает значительный рост потребления кислорода и выделения углекислоты, что заставляет с осторожностью относиться к инфузии концентрированных растворов глюкозы пациентам с ограниченным функциональным резервом.

РАБОТА ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАНИМАЦИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Б.Н. Шах, В.М. Теплов, Д.Б. Смирнов, С.С. Комедее
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

В НИИ СП им. И.И. Джanelидзе ежедневно поступают более 60 000 пострадавших и больных, при этом в отделение реанимации хирургического профиля госпитализируют до 20% от общего потока, что заставляет искать пути интенсификации работы без потери качества.

Решение данных задач потребовало серьезной реорганизации работы отделения в 2011–2012 гг. После анализа структуры поступивших пациентов за период 2007–2010 гг. решено было выделить в составе отделения блок критических состояний, включающий в себя клинко-диагностическую палату с противошоковой операционной; палату послеоперационного наблюдения; 3 реанимационные палаты.

При поступлении пациента с нарушенными витальными функциями непосредственно из приемного отделения или минуя его в блок критических состояний к обследованию для выяснения и устранения причины тяжелого состояния врач анестезиолог-реаниматолог совместно с ответственным дежурным хирургом привлекает врачей специализированных подразделений института, которые осматривают больного в максимально возможный короткий срок. Все инструментальные методы диагностики выполняются по назначению профильного специалиста в первоочередном порядке. Одновременно врач анестезиолог-реаниматолог выполняет все мероприятия интенсивной терапии, направленные на стабилизацию состояния. В противошоковую операционную направляют пострадавших с подозрением на травму жизнеугрожающего характера, нуждающихся в выполнении лечебных и диагностических оперативных вмешательств.

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

I. Начальный: мониторинг или минимальная поддержка только одной органной системы у пациентов, имеющих риск развития острых органических нарушений;

II. Промежуточный: пациенты нуждаются в мониторинге и/или поддержке по крайней мере 2 органических систем с жизнеугрожающими нарушениями;

III. Максимальный: пациенты с синдромом множественной органной дисфункции с нарушениями функционирования более 2 органических систем.

Дифференцированный подход к сортировке пациентов позволил обследовать больных и пострадавших в кратчайшие сроки, одновременно оказывая своевременную качественную помощь, рационально использовать ресурс персонала и оборудования отделения реанимации и интенсивной терапии в условиях максимальной загрузки отделения и стационара.

РЕГИОНАРНАЯ ВАЗОАКТИВНАЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЕ

Б.Н. Шах, В.М. Теплов, Д.Б. Смирнов, С.С. Комедее
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Быстрое и своевременное восстановление микроциркуляторного кровотока, нормализация митохондриального окисления играет важную роль в восстановлении функционирования клеток головного мозга в зоне «пенумбры». Комплексная терапия с достижением максимальной концентрации препарата в очаге поражения может существенно улучшить результаты лечения. Целью нашего исследования являлось определение эффективности применения регионарной вазоактивной терапии в комплексном лечении пострадавших с тяжелыми изолированными и доминирующими повреждениями головного мозга. 23 пострадавшим (все мужчины, возраст – 34,3±2,1 года, 6,71±0,27 балла по шкале комы Глазго) с тяжелой черепно-мозговой травмой с сомнительным или отрицательным прогнозом (обширные очаги контузии, дислокационный синдром со значительным горизонтальным смещением срединных структур по данным СКТ, длительная гипоксия на догоспитальном этапе) в составе комплексной терапии осуществлялась в первые сутки катетеризация *a. carotis communis* со стороны доминирующего повреждения с проведением продленной инфузии препарата Вазапостан (простагландин E1) в дозе 40 мкг/сут. Длительность введения составила 4,3±1,1 сут. Оценка результатов осуществлялась по изменению газового состава и уровню лактата крови *v. j. interna* с помощью портативного клинического анализатора *i – STAT 300 (Abbott, USA)*. Выполнялась оценка микроциркуляторных изменений лазерным доплеросканирующим флоуметром ЛАКК-01 (модификация 2). Исследование микроциркуляторного кровотока проводилось в коже виска в проекции *a. temporalis superfic.* Коррекция лактатацитаза осуществлялась продленным внутриаартеральным введением субстратного антигипоксанта с антиоксидантными свойствами – реамберина в дозировке 60–80 мл в течение 6 часов. Статистическая обработка полученных данных проведена методом парных сравнений с расчетом достоверных различий по Стьюденту. У пострадавших на фоне введения вазапостана отмечались достоверное уменьшение уровня Pvj.O₂ с 58,84±4,98 до 38,61±2,99 mmHg и нарастание лактата с 0,84±0,04 до 1,36±0,05 ммоль/л. Полученные результаты свидетельствуют о восстановлении перфузии ишемизированных участков головного мозга с увеличением потребления ими кислорода и вымыванием скопившегося в ходе анаэробных процессов лактата. Это сопровождалось значимым ростом величины M, характеризующей объемный кровоток по микрососудистому руслу, с 15,62±1,14 до 19,31±1,3 у. ед. (*p*<0,05). Увеличивались также индексы микроциркуляции, характеризующие вариабельность кровотока: KB увеличился с 6,48±1,15% до 10,95±1,12% (*p*>0,05), а СКО с 1,22±0,18 до 2,09±0,35 у. ед. (*p*>0,05). В случае, если уровень лактата превышал верхнее допустимое значение (1,25 ммоль/л), пациенту вводили 60–80 мл реамберина с последующим динамическим измерением газового состава крови в *v. j. interna*. В течение 2 ч уровень лактата достигал нормальных величин с 1,53±0,07 до 1,04±0,07 ммоль/л. При этом отмечалось достоверное увеличение потребления кислорода Pvj.O₂ с 47,29±3,45 до 41,99±3,29 mm Hg.

Заключение. Применение регионарной вазоактивной терапии в составе комплексной терапии позволяет улучшить микроциркуляцию и энергообмен ишемизированных участков головного мозга у пострадавших.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ С ВЫСОКИМ ВОЛЕМИЧЕСКИМ КОЭФФИЦИЕНТОМ В СОСТАВЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛЫМ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКОМ

Б.Н. Шах, В.М. Теплов, Д.Б. Смирнов, С.С. Комедее
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

При определении тактики восполнения дефицита жидкости при тяжелом травматическом шоке важную роль играет как скорость наполнения сосудистого русла для максимально быстрого восстановления параметров системной гемодинамики, так и поддержание близкого к нормальным величинам коллоидно-осмотического давления для уменьшения экстравазации свободной жидкости. В проведенном нами исследовании ставилась цель определить эффективность назначения при травматическом шоке инфузионной терапии с преобладанием растворов с высоким волемическим коэффициентом. Исследуемая группа была представлена 50 пострадавшими в возрасте 34,2±2,1 года с травматическим шоком III степени, с сомнительным или отрицательным прогнозом при многофакторной параметрической оценке тяжести сочетанной шокогенной травмы по Ю.Н. Цибину, получившими лечение в условиях противошоковой операционной НИИ СП им. И.И. Джanelидзе. Контрольная группа была сформирована ретроспективным анализом медицинских карт 63 тяжело пострадавших в возрасте 36,2±2,3 года, поступивших в шоковую операционную в период 2005–2007 гг. Пациентам исследуемой группы в составе комплексного лечения травматического шока назначали инфузионную программу, состав которой не менее чем на 40% был представлен коллоидными растворами (волювен, Гемо-хес, гелофузин). Параметры центральной гемодинамики оценивались методом ИРГТ с использованием монитора комплекса КМ-АР-01 «Диамант». Исследование микроциркуляторного кровотока проводили при помощи лазерного доплеровского флоуметра ЛАКК-01 (модификация 2) на коже предплечья пострадавшего. Статистическая обработка осуществлена методом сравнения непарных выборок с использованием *t*-критерия Стьюдента, летальность в группах оценивалась по критерию Фишера.

Результаты. В исследуемой группе пациентов при оценке параметров центральной гемодинамики в фазе стабилизации функций отмечалось значимое увеличение МОК (5,03±0,32 л/мин и 2,96±0,18 л/мин), ОПСС (1727±147 Дин·с·см⁻⁵·м⁻² и 1276±97 Дин·с·см⁻⁵·м⁻²), среднего АД(99±3,4 mmHg и 68±7,7 mmHg), нормализация ЧСС (115±3,8 уд/мин и 136±10,2 уд/мин) в сравнении с контрольной группой. Отмечалось существенное увеличение до 4,48±0,18 л объема циркулирующей плазмы против 1,71±0,1 л у контрольной группы, а также достоверное возрастание индексов микроциркуляции, характеризующих эффективность нейrogenной и митогенной регуляции тканевого кровотока (СКО увеличилось с 0,24±0,05 у.ед. в контрольной группе до 0,85±0,04 у.ед. в исследуемой группе, а KB, соответственно, с 4,4±0,1% до 14,63±1,22%). В остром периоде травматической болезни летальность в исследуемой группе составила 14%, в контрольной – 28,6% (*p*<0,05).

Заключение. Тяжелопострадавшим с сочетанными шокогенными травмами, имеющим сомнительный или неблагоприятный прогноз, в состав программы инфузионно-трансфузионной терапии целесообразно назначать более 40% препаратов коллоидного ряда. Это позволяет достоверно улучшить их гемодинамический профиль и снизить летальность в остром периоде травматической болезни.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Н.Ш. Шахзадаев, А.С. Ачилов, Т.М. Пармонов, У.Э. Халматов
Российский национальный центр экстренной медицинской помощи
Джизак, Республика Узбекистан

Важным аспектом в современной анестезиологии является достижение надежной анестезии при выполнении операций в различных областях хирургии. Возможны различные варианты анестезии в зависимости от степени хирургического и анестезиологического риска, конкретных препаратов и их комбинации, методики их введения. Известно, для того чтобы обеспечить эффективную анестезиологическую защиту, необходимо снизить до безопасного уровня интенсивность ноцицептивного потока из операционной раны на всем пути его следования, устранить стрессовые нарушения гемодинамики, эндокринные и метаболические реакции. Подобная задача преследуется и при оперативном лечении паховых грыж.

Цель исследования: дать оценку эффективности сочетания спинномозговой анестезии и общей анестезии при оперативном лечении паховых грыж.

Материал и методы. В исследование были включены 42 наблюдения за пациентами, оперированными по поводу паховых грыж. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от проводимой анестезии. Группы были сравнимы по полу, возрасту и сопутствующей патологии. Функциональное состояние больных соответствовало I классу ASA – у 20, II классу – у 22 больных. Все пациенты получали стандартную премедикацию: 0,1% атропина 1,0 + 1% димедрола 1,0 + 2% промедола 1,0 за 30–40 минут до проведения операции. Пациентам контрольной группы в операционной выполняли пункцию субарахноидального пространства на уровне L3–L4 позвонков иглами калибра 22G у пожилых больных и 25–26G – у молодых. Местный анестетик вводили в течение 30 с, после чего больного клали на спину. Вводили 15–20 мг 0,5% раствора бупивакаина в субарахноидальное пространство в сочетании с фентанилом. У пациентов контрольной группы использовали общую комбинированную анестезию с ИВЛ на основе пропофола 4–6 мг/кг/ч, фентанила 4–5 мкг/кг/час, миорелаксацию поддерживали введением аркурона 0,04–0,08 мг/кг, об эффективности обезболивания судили по общепринятым клиническим признакам. Изучали показатели гемодинамики: АД систолическое, АД диастолическое, АД среднее, ЧСС, сатурацию (SpO₂) и контролировали их непрерывно в течение всей операции и после нее.

Результаты. Проведенные исследования позволили установить, что непосредственно перед операцией у всех больных отмечалось достоверное повышение АД-с, АД-д, АД-ср, ЧСС, SpO₂ находилось в пределах референтных значений. Полученные результаты позволяют утверждать, что общая комбинированная анестезия не в полной мере обеспечивает полноценную защиту. Апробированный вариант субарахноидальной блокады обеспечивает гладкое течение анестезии и надежно защищает организм больных от хирургической агрессии. Изаобарический раствор 0,5% бупивакаина в дозе 15–20 мг с фентанилом обеспечивает аналгезию, развивающуюся в течение 10–15 мин и продолжающуюся от 2–2,5 часов и более, у больных не наблюдаясь развития артериальной гипотензии, требовавшей введения вазопрессоров. Однако при данной методике субарахноидальной анестезии прогнозировать глубину и продолжительность сенсорно-моторного блока не всегда представляется возможным.

Заключение. Апробированный вариант субарахноидальной блокады обеспечивает гладкое течение анестезии и надежно защищает организм больных от хирургической агрессии. Мы считаем, что при операциях на паховой области спинномозговая анестезия с бупивакаином в сочетании с фентанилом является наиболее приемлемым и экономным с точки зрения расходных лекарственных средств вариантом, сопровождающимся гладким течением послеоперационного периода.

НЕОТЛОЖНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПOKPOBНЫХ ТКАНЕЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ОТКРЫТОЙ ТРАВМЕ КОНЕЧНОСТЕЙ

Е.Ю. Шибяев, А.П. Власов, Д.А. Кисель, М.П. Лазарев, А.В. Неведров, Л.Л. Цоглин

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

Актуальность. Вопрос об оптимальных сроках реконструкции мягких тканей при тяжелых травмах конечностей является актуальным в связи с ростом числа пострадавших после высокоэнергетических травм с обширными повреждениями кожных покровов. Традиционной является тактика реконструкции покровных тканей конечностей в поздние сроки, после купирования раневой инфекции, лечения сочетанных повреждений, длительного местного лечения раны. Однако в последнее время все большее значение приобретает тактика неотложного восстановления покровных тканей при тяжелых открытых травмах конечностей в ранние сроки.

Цель исследования: проанализировать и сравнить результаты применения тактики неотложного восстановления покровных тканей конечностей и традиционной тактики отсроченной реконструкции.

Материал и методы. Мы проанализировали ход лечебного процесса и результаты лечения 81 пострадавшего с открытыми травмами конечностей, осложненными дефектами мягких тканей. Среди пострадавших были 3 пациента с травмами кисти, 9 – с травмами предплечья, 57 – с травмами голени, 12 – с травмой стопы. Основным показателем для замещения дефектов мягких тканей лоскутами было обнажение функциональных структур. В 59 случаях – это обнажение деваскуляризированной костной ткани, в 21 – обнажение ткани сухожилий, лишенной паратенона, в 5 – обнажение сосудисто-нервных пучков. Для восстановления целостности покровных тканей у 7 пострадавших применены местные кожно-фасциальные лоскуты, у 6 – островковые кожно-фасциальные лоскуты, у 32 – местные мышечные лоскуты, у 9 – свободные реvascularизированные кожно-фасциальные лоскуты, у 27 – свободные реvascularизированные мышечные лоскуты. Пациентов ретроспективно разделили на группу неотложной реконструкции (38 пострадавших), в которой операции по восстановлению покровных тканей проводили в срок до 10 сут с момента травмы, и группу отсроченной реконструкции (43 пострадавших), где операции по восстановлению покровных тканей выполняли в срок от 10 до 55 сут с момента травмы. При анализе результатов оценивали частоту некротических изменений пересаженного лоскута, частоту развития раневой инфекции, частоту развития вторичных дефектов функциональных структур вследствие высыхания и инфицирования.

Результаты. Отмечено уменьшение частоты развития некротических изменений пересаженных лоскутов (18,4%) в группе неотложного восстановления покровных тканей по сравнению с группой отсроченного восстановления (23,2%). Также выявлено существенное уменьшение частоты раневой инфекции (18,4% против 23,2%). При раннем восстановлении покровных тканей мы отметили существенное снижение частоты развития вторичных дефектов функциональных структур (13,2%) по сравнению с частотой в группе отсроченного восстановления (55,8%).

Выводы. Наилучшие результаты лечения пострадавших с тяжелыми открытыми травмами конечностей наблюдаются при неотложном (в срок до 10 сут с момента травмы) восстановлении покровных тканей. Это позволяет существенно снизить частоту некроза пересаженных лоскутов, частоту тяжелой раневой инфекции. Что особенно важно, раннее восстановление покровных тканей дает возможность у большинства пострадавших предотвратить развитие дефектов функциональных структур, что в дальнейшем создает благоприятные условия для восстановления функции поврежденной конечности.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА СИСТЕМОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ И ТЯЖЕЛОГО СЕПСИСА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ВЕЩЕСТВАМИ НАРКОТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ

В.В. Шилов¹, Л.П. Пивоварова², В.А. Лукин², М.Е. Малышев²

¹Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
²Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе
Санкт-Петербург, РФ

Острые отравления веществами наркотического действия составляют 10–15% от общего числа острых экзогенных отравлений (по данным Санкт-Петербургского городского центра по лечению острых отравлений). У 30–35% пациентов, поступивших с признаками угнетения сознания до уровня комы, развивается тяжелый сепсис. Актуальность проблемы, отсутствие четких алгоритмов ранней диагностики септических осложнений послужили поводом для разработки нового диагностического алгоритма на основе концепции системного воспаления.

Цель исследования было формирование алгоритма ранней диагностики развития тяжелого сепсиса при острых отравлениях веществами наркотического действия на основе определения содержания в крови медиаторов острого воспаления.

Обследованы 58 больных с острыми отравлениями наркотическими веществами опиоидной группы (возраст – 24,3±3,6 года) с комой I–II степени, поступивших в отделение реанимации центра по лечению острых отравлений СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джanelидзе. В зависимости от исхода интоксикации все пострадавшие были разделены на две группы: выжившие и умершие. Степень выраженности смешанной гипоксии оценивали по уровню лактата и РаО₂ в артериальной крови. В качестве показателей активности воспаления исследовали содержание интерлейкинов 6, 8 и 10 (ИЛ-6, ИЛ-8 и ИЛ-10) и прокальцитонина (ПКТ) в сыворотке крови при поступлении, через 1, 3 и 5 сут после отравления.

У всех обследуемых при поступлении наблюдали 2 и более признаков синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и бактериологически подтвержденные очаги бактериальной инфекции.

В сыворотке крови выживших пациентов при поступлении отмечали повышение содержания ИЛ-6 и ПКТ. Однако к 5-м сут у пострадавших данной группы снижалось количество признаков ССВО (с 2,0±0,5 до 0,8±0,5; p<0,05), а уровни ИЛ-6, ИЛ-10 и ПКТ не отличались от значений нормы. Антибактериальная терапия обеспечивала санацию очагов инфекции.

У 20% пациентов с летальным исходом при поступлении наряду с очагами инфекции наблюдали бактериемию (кокковая микрофлора). На 3-и–5-е сут после госпитализации наблюдали достоверное нарастание признаков ССВО и органической дисфункции, развитие тяжелого сепсиса, лабораторными предикторами которого явились высокие уровни в крови ИЛ-6 (в 20 раз и более), ИЛ-10 (в 2 раз и более) и ПКТ (в 28 раз и более) уже в 1-е сут после токсического воздействия.

Исследование содержания ПКТ, ИЛ-6 и ИЛ-10 в сыворотке крови у пациентов с острыми отравлениями наркотическими веществами опиоидной группы позволяет прогнозировать развитие тяжелого сепсиса уже в 1-е сут после токсического воздействия и начать интенсивную терапию тяжелого сепсиса.

НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ЧС

И.П. Шилкин

Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» МЗ РФ
Москва, РФ

Эффективная организация работ по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС) природного или техногенного характера, проведение поисково-спасательных работ, оказание медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших невозможны без использования самых современных средств связи и новых информационных технологий.

В условиях чрезвычайных ситуаций от оперативности, качества организации и оказания медицинской помощи зависит жизнь десятков, а иногда и сотен пострадавших.

В системе Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК) функционирует и постоянно совершенствуется Автоматизированная информационно-управляющая система – АИУС ВСМК, интегрированная в Единую государственную систему по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС). Она создана для повышения эффективности деятельности Службы по организации медицинского обеспечения населения в ЧС с использованием современных информационных технологий, территориально распределенных баз данных, информационного взаимодействия и реализации отдельных элементов «электронного управления» силами и средствами ВСМК.

С помощью АИУС осуществляют: сбор, обработку информации о ЧС, выработку комплекса необходимых управленческих решений по организации медицинской помощи пострадавшим и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС; контроль процесса ликвидации этих последствий, доведение решений и команд до непосредственных ликвидаторов медико-санитарных последствий ЧС и руководителей ВСМК всех уровней; информационную поддержку принятия решений на основе прогнозирования возможных последствий ЧС с учетом реального наличия сил и средств ВСМК; обмен оперативной информацией, организацию взаимодействия с органами управления РСЧС в повседневной деятельности.

Завершается создание единой телекоммуникационной сети ВСМК, интегрированной с информационной системой МЧС РФ.

В 2013–2014 г. все территориальные центры медицины катастроф (ТЦМК) будут оснащены программно-техническими комплексами управления и связи, что позволит оперативно управлять региональными силами и средствами ВСМК непосредственно с места ЧС и доводить решения по ликвидации медико-санитарных последствий до оперативных служб.

Предстоит интеграция единой телекоммуникационной системы ВСМК и системы единой дежурно-диспетчерской службы (ЕДДС-122) с возможностью немедленной автоматической передачи информации в службу СМП (при наличии пострадавших в ЧС) и выездным бригадам СМП.

Активно развивается направление ургентной телемедицины для оказания неотложной медицинской консультативной помощи пострадавшим в различных катастрофах, террористических актах и стихийных бедствиях. Основная проблема экстренной телемедицины – в максимально короткие сроки обеспечить информационное взаимодействие лечащего врача с необходимым консультантом и передать ему медицинскую информацию о пациенте.

Таким образом, использование возможностей новых информационных технологий и систем телекоммуникационной связи поднимают на более высокий уровень качество организации и оказания медицинской помощи больным и пострадавшим, как в повседневной практике, так и при возникновении различных ЧС.

АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНОСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВЫЗОВА БРИГАДАМИ СМП К ДЕТЯМ С ОСТРЫМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛАРИНГОТРАХЕИТОМ В МОСКВЕ

О.С. Стефанюк¹, В.Л. Бараташвили², Е.А. Спирidonова^{1,3}

¹Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева Минздрава России, ²Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова Москвы, ³Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ
Москва, РФ

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) или острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ) – распространенная группа заболеваний среди всех инфекционных болезней у детей, что обусловлено большим числом возбудителей инфекции и узкой специфичностью иммунного ответа при перенесении заболевания. Результатами собственных исследований М.С. Савенковой (2011) показано, что ОРЗ у детей по своей частоте и эпидемической распространенности занимают первое место среди всех болезней: дети различных возрастных групп болеют ОРЗ или ОРВИ 2–3 раза в год. Обструктивные состояния верхних дыхательных путей на фоне ОРВИ и ОРЗ у детей встречаются достаточно часто и могут быть симптомом многих патологических состояний, самым распространенным из которых является синдром крупа (В.К. Таточенко, 1999, 2009; О.Н. Волкова, 2011). Очевидно, что при развитии указанных патологических состояний оперативность оказания экстренной медицинской помощи имеет существенное значение.

Принимая во внимание изложенное, целью настоящего исследования являлось определение показателей оперативности обеспечения вызова бригадами СМП к детям с острым стенозирующим ларинготрахеитом в зависимости от времени суток.

Материал и методы. Проведен ретроспективный выборочный анализ 104 крат вызова бригад СМП к детям с острым стенозирующим ларинготрахеитом. Возраст детей: до года – 9 (8,7%), один год – 23 (22,1%), 2 года – 12 (11,5%), 3 года – 16 (15,4%), 4–6 лет – 25 (24%), 7–10 лет – 18 (15,5%), 11–14 лет – 3 (3%). В исследование были включены 51 девочка (49%) и 53 мальчика (51%).

Результаты. Установлено, что оперативность оказания экстренной медицинской помощи зависит от времени суток: с 6⁰⁰ до 10⁰⁰ ч – 13,75±1,08 мин (от 7 до 20 мин); с 10⁰⁰ до 14⁰⁰ ч – 13,3±0,75 мин (от 6 до 21 мин); с 14⁰⁰ до 17⁰⁰ ч – 13,7±1,1 мин (от 3 до 22 мин); с 18⁰⁰ до 21⁰⁰ ч – 15,2±2,2 мин (от 1 до 29 мин); с 22⁰⁰ до 01⁰⁰ ч – 12,0±1,1 мин (от 6 до 18 мин); с 02⁰⁰ до 05⁰⁰ ч – 9,3±0,85 мин (от 1 до 15 мин).

Выводы: оперативность оказания экстренной медицинской помощи детям с острым стенозирующим ларинготрахеитом в среднем составляет 12,7 мин.

**СИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ
У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ**
Н.М. Шулаева, Е.В. Куслиц, Н.В. Островский, И.Б. Белянина
Саратовская городская клиническая больница № 7
С а р а т о в , Р Ф

Развивающийся на фоне синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) системный воспалительный ответ (СВО) большинством исследователей считается главной причиной возникновения жизнеопасных осложнений у пациентов с тяжелыми ожогами, что находит свое отражение в направленности интенсивной терапии, базирующейся в основном на подавлении воспалительной реакции. Диагноз СЭИ побуждает к использованию методов детоксикации, а СВО – к применению специфических акцепторов – ингибиторов эндотоксинов, цитокинов и других противовоспалительных средств (кортикостероидов, нестероидных препаратов).

Крайне важно учитывать тот факт, что системный воспалительный ответ у этих пациентов наблюдается не только в токсическом периоде, но и в септикотоксическом на фоне генерализации инфекции. Проводя такое лечение, не учитывается тот факт, что СВО является универсальной ответной реакцией организма на повреждение, которая мобилизует организм и расходует его резервы, способствует восстановлению основных гомеостатических параметров.

Основной и пока достаточно сложной задачей при лечении таких пациентов является предотвращение перехода системного воспаления в сепсис. Гиперактивация физиологических и биохимических механизмов СВО сопровождается усилением расхода резервов с постепенным их истощением, лежащим в основе следующей ответной реакции на продолжающееся усиление альтерации. Введение на этом фоне больших доз глюкокортикоидов, длительная гиповолемия может вызвать ингибирование ответа или истощение ресурсов организма. Кроме того, супрессивная терапия угнетает метаболизм, создавая дополнительные предпосылки к усугублению уже развившейся органной дисфункции.

К иммуносупрессивной терапии можно отнести и переливание свежемороженой плазмы, использование которой и до настоящего времени осуществляется в составе интенсивной инфузионной терапии ожогового шока и эндогенной интоксикации с целью коррекции гипопротемии. В настоящее время общепризнанным является тот факт, что плазма донора содержит антитела и лейкоциты, которые являются мощным фактором в развитии лейкоагглютинации и системной воспалительной реакции, вызывает иммунные расстройства с генерализованным повреждением эндотелия, что способствует прогрессированию полиорганной дисфункции. Применение свежемороженой плазмы при тяжелой термической травме (с учетом вышесказанного) должно быть ограничено до использования ее только с целью коррекции коагулопатических нарушений.

Основой поддержания СВО на уровне защитной реакции организма на термическую травму составляют лекарственные средства в комбинации с немедикаментозными методами лечения, эффективность которых доказана и общепризнана. К ним относят рациональную антибактериальную терапию как основу лечения сепсиса и СВО с учетом его этиологии, а также такие компоненты, как калорийно и качественно достаточное питание, поддержание водно-электролитного гомеостаза организма.

Важным направлением в лечении СЭИ и СВО являются методы воздействия на систему связывания и транспорта токсических веществ, превращения токсических веществ на уровне клеток-продуцентов, выведения этих веществ из организма, уменьшение возможности попадания токсина в кровь еще в периоде ожогового шока.

**МЕТОДИКА РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО
ПОВОДУ ПЕРЕЛОМОВ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА, В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИОННОГО
ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА СКОРОЙ ПОМОЩИ**

В.А. Щеткин, А.С. Чернышев, Ю.А. Воронцов, Д.А. Косолапов
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
М о с к в а , Р Ф

Актуальность. Последние годы не уменьшается количество пациентов с тяжелыми переломами костей таза в сочетании с переломами длинных костей опорно-двигательного аппарата и повреждениями внутренних органов. Стоит отметить, что частота неудовлетворительных исходов лечения больных с повреждениями тазового кольца даже в специализированных травматологических отделениях достигает 15–20% и зачастую заканчивается смертельным исходом.

Целью данной работы являлась оценка эффективности реабилитационного лечения больных, оперированных по поводу сложных переломов костей таза. Изучение возможности применения комплекса восстановительного лечения на реанимационном этапе, включающее занятия лечебной гимнастикой (ЛГ) в режиме прогрессивно-возрастающей нагрузки в сочетании с занятиями на терапевтическом тренажере «RECK MOTOmed letto2» (Германия) и электростимуляцией на аппарате «Галатея» (Россия) ЭМС-4/400-1.

Материал и методы. Были пролечены 34 пациента в возрасте от 18 до 72 лет с тяжелыми нестабильными переломами тазового кольца в условиях отделений общей и хирургической реанимации НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. По показаниям проводили остеосинтез костей таза (стержневым аппаратом внешней фиксации либо погружным методом). В своей работе мы основывались на теории моторно-висцеральных рефлексов. Проприоцептивная афферентация, усиливающаяся при выполнении физических упражнений, стимулирует нервную трофику и восстанавливает нормальное соотношение между опорно-двигательным аппаратом и физиологическими системами организма.

Механотерапию проводили на аппарате «RECK MOTOmed letto2», скорость вращения педалей составляла 5–10 об/мин, как активно, так и пассивно, то есть у больных с угнетенным сознанием «включался» автоматизм ходьбы. Длительность механотерапии с обратной связью в течение 1–1,5 ч при скорости 15 об/мин. Сразу после механотерапии проводили процедуры электромиоэлектростимуляции. Электроды располагали таким образом, чтобы воздействовать на мышцы бедра, тазового пояса, брюшного пресса, мышц спины. Длительность воздействия 10–15 мин 1 раз в день. Общее количество каждой из процедур 8–10 на курс.

Результаты исследования. Отмечали увеличение объема движений, подвижности в суставах и улучшение двигательной функции конечностей, предупреждение и профилактику образования пролежней области крестца, активное поддержание тонуса и сохранение работоспособности различных групп мышц, нормализацию состояния брюшных мышц и поддержание моторики кишечника и функций мочевого пузыря.

Выводы. Анализ результатов показал: что раннее применение лечебной физкультуры в реанимационном отделении в режиме прогрессивно-возрастающей нагрузки в сочетании с процедурами электромиоэлектростимуляции и механотерапии у больных с тяжелыми повреждениями костей таза позволяет значительно ускорить сроки перевода больных на расширенный режим. Таким образом, механотерапия может быть использована для ранней реабилитации больных с тяжелыми переломами костей таза с реанимационного этапа.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ
ПРОВЕДЕННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ
СТАЦИОНАРА**

В.А. Щеткин, Ю.А. Воронцов, Е.А. Чукина
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
М о с к в а , Р Ф

Актуальность. На сегодняшний день не существует единого реабилитационного алгоритма оказания помощи пациентам после остеосинтеза переломов диафиза и метаэпифиза плечевой кости, костей предплечья. Задачей врача-реабилитолога является подготовка больного к максимально раннему началу выполнения специализированных упражнений, специально направленных на восстановление силы, амплитуды движений и моторики конечности. Основными препятствиями являются послеоперационный отек, болевой синдром, нарушение мышечного тонуса с характерным локальным спазмом. Также не существует единых критериев оценки достигнутых результатов лечения в стационаре.

Цель работы – оценка эффективности использования комплексной ранней реабилитации, сочетающей электростимуляцию, прерывистую пневмокомпрессию и лечебную физкультуру после раннего остеосинтеза переломов верхних конечностей.

Материал и методы. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в 2011–2012 гг. были пролечены 58 пострадавших с переломами верхних конечностей. Остеосинтез был произведен всем пострадавшим на 6–15-е сут с момента травмы. Больные были разделены на три группы, сопоставимые по полу, возрасту и локализации переломов. В I группе (29 больных) мы начинали реабилитацию со 2-х сут после остеосинтеза с применением электростимуляции мышц верхней конечности, а с 3-х сут восстановительное лечение сочетало электростимуляцию с лечебной гимнастикой и прерывистой пневмокомпрессией. Во II группе (10 больных) те же процедуры мы по разным причинам применили только с 7-х сут после остеосинтеза. Больные III группы (19 пострадавших) занимались только лечебной гимнастикой по общепринятой методике, начиная с 3-х сут после операции. Для оценки эффективности использовали следующие критерии: динамику послеоперационного отека, измеряемого сантиметровой лентой, изменение температурного рисунка конечности в начале и в конце процедуры при помощи инфракрасного тепловизора, болевой синдром по шкале ВАШ и достигнутые результаты лечения на момент выписки из стационара, то есть на 5–12-е сут с помощью вопросника Quick DASH.

Результаты. Уменьшение отека в I группе на 15–20% происходило уже на 4–5-е сут после операции, в то время как во II и III группах только на 7–8-е сут. Уменьшение болевого синдрома на 2–3 балла мы фиксировали только после электростимуляции, то есть в I группе больных. Средний балл по шкале Quick DASH (чем меньше балл – тем лучше функция) в I группе составил 36,4±3,1 балла, во II и III группах – 54,2±4,1 и 47,1±4,7 балла соответственно. Метод термометрии показал, что после прерывистой пневмокомпрессии области плеча происходило усиление температуры по всей верхней конечности, включая дистальные отделы, в то время как после 20 мин лечебной гимнастики происходит усиление температуры только в области прорабатываемых мышц (сгибателей или разгибателей). После электростимуляции в области воздействия также фиксировали усиление поверхностной температуры конечности на 0,8–1,2 градуса.

Выводы. Применение ранней комплексной программы реабилитации со 2-х сут после остеосинтеза переломов верхней конечности позволяет ускорить восстановление функции верхней конечности. Эффективность методики подтверждается субъективными и объективными данными, то есть не только термометрией и динамикой уменьшения послеоперационного травматического отека, но и достигнутыми первичными функциональными результатами.

**СПОСОБ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННО-ИНФУЗИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ
УПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОТРОПНЫХ ПРОДУКТОВ ИЗ КОНОПЛИ**

*В.Л. Юлдашев, С.Н. Хунафин, Т.Р. Газизуллин,
Р.М. Зинатуллин, С.Х. Байназарова*

Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ
У ф а , Р е с п у б л и к а Б а ш к о р т о с т а н , Р Ф

Цель исследования: разработка способа адекватного дезинтоксикационно-инфузионного лечения больных при употреблении психотропных продуктов из конопли, обеспечивающего повышение эффективности и сокращение срока терапии.

Материал и методы: 10 больных систематически употребляющих продукты конопли в период 2011–2013 гг.

Результаты. Удельный вес больных опиоидной зависимостью уменьшился с 86% в 2005 г. до 80% в 2011 г., удельный вес больных каннабиоидной зависимостью не изменился, больных с синдромом зависимости от психостимуляторов возрос с 1 до 3%, больных с полинаркоманией – также увеличился с 5 до 9%. Выявленные изменения первичной обрабатываемости могут свидетельствовать об изменениях в структуре потребляемых наркотиков у населения. Таким образом, наиболее часто за наркологической помощью обращаются больные опиоидной и каннабиоидной наркоманией. В течение последних 6 лет наблюдают увеличение показателей общей заболеваемости каннабиоидной наркоманией: в 2005 г. этот показатель составлял 15,5 на 100 000 населения, в 2011 г. – 16,1, т.е. за 6 лет он увеличился на 3,9%.

Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиоидов, – это преходящее состояние, возникающее вслед за приемом каннабиоидов, что в свою очередь приводит к нарушениям или изменениям в физиологических, психологических или поведенческих функциях и реакциях. Длительность интоксикации от 30 минут до нескольких часов.

Предложенный способ дезинтоксикационно-инфузионного лечения больных при употреблении психотропных продуктов из конопли осуществляется следующим образом. Последовательно инфузионно внутривенно капельно вводят комплексные растворы: сначала вводят смесь, содержащую растворы: глюкозы 5% – 200 мл, магния сульфата 25% – 10 мл, калий хлорид 4% – 10 мл, дополнительно струйно вводят 5% раствор витамина В₂, 2 мл. После чего вводят смесь, содержащую растворы: изотонический раствор хлорида натрия 0,9% – 200 мл, 20% пирацетам – 10 мл, дополнительно струйно вводят 5% раствор витамина В₆ – 10 мл. Затем вводят смесь, содержащую растворы: реоплиглюкина – 200 мл, аскорбиновой кислоты 5% – 5 мл, никотиновой кислоты 1% – 1 мл. Затем вводят смесь, содержащую растворы: изотонический раствор хлорида натрия 0,9% – 200 мл, 2,4% раствор эуфиллина 5 мл. Процедуру проводят ежедневно 2 раза в день в течение 10 сут, в том числе при использовании других методов лечения: психофармакотерапия, психотерапевтических и аутогенных тренировок.

Способ проходит процедуру регистрации в Роспатенте.

ПРОТИВООТЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Ш.С. Юлдашев

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи**

Самарканд, Республика Узбекистан

Цель исследования: оценить результаты использования противоотечного препарата *L*-лизина эсцината (*L*-ЛЭ) при острой позвоночно-спинномозговой травме (ПСМТ).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 75 пострадавших с ПСМТ. Возраст их составил от 15 до 69 лет. Мужчин было 59 (78,6%), женщин – 16 (21,3%). Сроки госпитализации больных от момента получения травмы составили от 4 до 18 часов.

Все больные при поступлении имели умеренные неврологические нарушения в виде пареза, снижение чувствительности ниже уровня повреждения и частичное нарушение функции тазовых органов. По шкале *FrankeI* они относились к группе *D*. Всем больным кроме неврологического и рентгенологического исследований проводили люмбальные пункции с исследованием состава ликвора. Все переломы позвоночника были стабильными и не требовали хирургического лечения.

В зависимости от проведения противоотечной терапии больных распределили на 2 группы. Основная группа, 38 человек, которым назначен 0,1% раствора *L*-ЛЭ по нижеуказанной схеме с момента госпитализации в течение 8–10 суток.

Больным основной группы 0,1% раствор *L*-ЛЭ назначен по следующей схеме: – при поступлении – 10 мл внутривенно; – через 6–8 часов после госпитализации – 10 мл внутривенно; – последующие дни по 10 мл 2 раза в сутки в течение 8–10 дней внутривенно – капельно с 200,0 мл – 0,9% физиологическим раствором. Больные, относящиеся к контрольной группе (37), получили традиционное лечение, что включало мочегонные и гормональные препараты (пазикс, дексаметазон).

В основной группе 29 больных (76,3%) были мужчины и 9 – женщины (23,7%). У 9 больных (23,7%) отмечалась травма шейного, у 19 (50,0%) – грудного и у 10 (26,3%) – поясничного отделов позвоночника.

В контрольной группе больных были 27 больных (73,0%) были мужского и 10 (27,0%) – женского пола. Из 37 больных у 11 (29,7%) были травма шейного, у 18 (48,6%) – грудного и 8 (21,6%) – поясничного отделов позвоночника.

Результаты. Всем больным со 2-х суток после госпитализации и далее через день сделаны люмбальные пункции и брали ликвор в 10,0 мл для определения состава ликвора и учета количества эритроцитов и белка. Ликворологическое исследование показало, что у больных обеих групп в первые дни после травмы цвет ликвора был кровянистым, при микроскопии отмечались сплошные свежие эритроциты, белок в ликворе примерно был в 10–15 раз больше, чем в норме. У больных основной группы по ходу лечения препаратом *L*-ЛЭ отмечалось значительное улучшение показателей ликвора и умеренная положительная неврологическая симптоматика на 7–14 суток раньше, чем у больных контрольной группы.

Заключение. Таким образом, полученные данные показали, что при применении 0,1% раствора *L*-ЛЭ в остром периоде ПСМТ значительно уменьшается выраженность отека спинного мозга, улучшается проходимость субарахноидального пространства, кровообращения и ликвороциркуляция в травмированном участке спинного мозга, ускоряется очищение ликвора от примеси крови, и это способствует улучшению нарушенной функции спинного мозга на 7–14 суток раньше, чем у больных контрольной группы.

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА И ТАЗА <i>М.М. Абакумов, П.А. Иванов, А.Н. Смоляр, Н.Н. Заднепровский, А.М. Файн</i>	3
С.С. ЮДИН И Б.В. ПЕТРОВСКИЙ. ВСТРЕЧИ НА ЖИЗНЕННОМ ПУТИ <i>М.М. Абакумов, С.А. Кабанова, П.М. Богопольский</i>	3
ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА И КАРДИИ В ТРУДАХ С.С. ЮДИНА И А.Г. САВИНЫХ <i>М.М. Абакумов, П.М. Богопольский, С.А. Кабанова</i>	3
КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППЫ РИСКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ У ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА <i>М.М. Абакумов, А.П. Вильк</i>	3
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ <i>У.У. Абдуллаев, Ф.Н. Нишанов, У.Д. Усмонов, А.З. Отакузиев, М.Ф. Нишанов</i>	4
РЕЗУЛЬТАТЫ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЭТАПА УСТАНОВКИ ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА У БОЛЬНЫХ С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ <i>Х.К. Абдулмашитов, М.А. Тлиббекова, О.В. Левченко</i>	4
МЕТОД МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА В ХИРУРГИИ КИШЕЧНИКА <i>Б.Р. Абдуллажонов, Ф.Н. Нишанов, М.Ф. Нишанов, А.З. Отакузиев, Х.Р. Акбаров</i>	4
ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ <i>Б.Р. Абдуллажонов, Ф.Н. Нишанов, А.З. Отакузиев, М.Ф. Нишанов, Х.Р. Акбаров</i>	4
ПИОНЕРЫ СОСУДИСТОЙ БРИГАДЫ г. ЯРОСЛАВЛЯ <i>И.Ю. Абиссова</i>	5
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА <i>Т.М. Абрамова, К.Б. Белькова, Е.В. Белозерцева</i>	5
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА <i>А.Х. Агапарян, Р.С. Гончаров, Д.Д. Устьянцев</i>	5
РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СТРУКТУРЫ ОЖОГОВОГО ТРАВМАТИЗМА <i>Р.С. Ажиниязов, А.Д. Фаязов, У.Р. Камбаров</i>	5
ОСТРЫЕ ХИМИЧЕСКИЕ ОТРАВЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ <i>Р.Н. Акалаев, А.А. Стопницкий, С.Э. Хайдарова</i>	6
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ НА РАННЕМ ЭТАПЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ <i>Р.Н. Акалаев, А.А. Стопницкий</i>	6
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛОСТАЗЕ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ <i>Х.А. Акилов, Ф.Х. Саидов</i>	6
СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СКАНИРУЮЩЕЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ <i>Х.А. Акилов, Ж.Б. Бекназаров, Э.Б. Хажулов</i>	6
МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ <i>Х.А. Акилов, Д.А. Исмаилов, У.С. Аминов</i>	7
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПИОПНЕВМОТОРАКСЕ У ДЕТЕЙ <i>Х.А. Акилов, У.С. Аминов, Ф.Ш. Пригов</i>	7
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ <i>Х.А. Акилов, Ф.Х. Саидов, Ж.У. Хусанходжаев</i>	7
ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ <i>И.В. Александрова, С.И. Рей, В.В. Киселев, М.Е. Ильинский, Г.А. Бердников, Л.В. Марченкова</i>	7
ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Х.П. Алимова, Э.А. Сатгалдиева, М.Б. Алибекова</i>	8
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТОКСИКО-ГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НА АПОПТОЗ ЛИМФОЦИТОВ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ <i>Ю.В. Андреев, А.В. Бадалян, М.В. Сторожкева, Н.В. Борокочева, Ю.С. Гольдфарб, К.К. Ильясченко</i>	8
КТ И МРТ В ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА <i>А.В. Араблинский, Ю.В. Сидорова, А.В. Шабунин, Д.В. Шиков, С.С. Лебедев</i>	8
К ВОПРОСУ О ПРЕПОДАВАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА <i>А.В. Арутюнов, С.Н. Линченко, А.А. Сухинин, Д.И. Ушмаров, А.А. Колодкин</i>	8
ЭФФЕРЕНТНАЯ ПОДДЕРЖКА РАННЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ НЕПРЕРЫВНОЙ КОРРЕКЦИИ ГЕМОСТАЗА С ЦИТРАТНОЙ АНТИКОАГУЛЯЦИЕЙ <i>Е.Н. Архипов, А.Н. Ашарин, Ю.И. Тюриков</i>	9
СОВРЕМЕННЫЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ МЕТОДЫ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ <i>В.Л. Астахов, Е.Н. Солонцова</i>	9
ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ ПРИ ТРАКТОВКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ ФИБРИНОЛИЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИИ <i>В.С. Афончиков, В.М. Теплов, А.Ю. Касьяков, Е.А. Побережников</i>	9
НОВЫЙ СПОСОБ ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ <i>В.С. Афончиков, А.В. Девотченко, А.А. Петрова</i>	9
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО АППАРАТА У ОБОЖЖЕННЫХ <i>Л.А. Ахророва, Б.М. Шакиров, А. Ахроров, Ш.Н. Кулмурад</i>	10
МЕТОДИКА СУБИНТИМАЛЬНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ И «РИЕНТРИ» ПРИ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ <i>А.М. Бабунашвили, И.Б. Бондарева</i>	10
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 80 ЛЕТ <i>А.М. Бабунашвили, Д.С. Карташов, А.А. Базарнова</i>	10
РОЛЬ И МЕСТО МЕТОДИКИ РЕТРОГРАДНОГО ДОСТУПА В ПРОГРАММЕ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В КАТЕТЕРИЗАЦИОННОЙ ЛАБОРАТОРИИ <i>А.М. Бабунашвили</i>	10
ВЫБОР АРТЕРИАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА <i>А.М. Бабунашвили, Д.С. Карташов</i>	11
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ <i>А.В. Бадалян, Е.А. Лужников, Ю.С. Гольдфарб, А.Н. Ельков, С.Б. Матвеев, А.И. Баженов, Е.Е. Биткова</i>	11
ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ТРАНСПОРТИРОВОК БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>А.В. Балабушевич, В.Ю. Самарина, И.А. Большакова</i>	11
ПАНКРЕОНЕКРОЗ: К ИСТОРИИ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ <i>А.С. Балалыкин, Э.А. Галлямов, О.З. Луцевич, О.В. Оседчая, Д.А. Балалыкин, В.В. Геоздик, Х.С. Муцуров, И.С. Гостевских, А.А. Макушин, М.М. Рыжкова, А.Н. Вербовский</i>	11
ЭНДСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА <i>А.С. Балалыкин, А.Н. Катрич, А.В. Оноприев, Х.С. Муцуров, В.Д. Балалыкин, А.Н. Вербовский</i>	12
БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ВАЖНЕЙШАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ <i>И.Н. Банин, И.И. Воробьев, А.Р. Баткаев, А.В. Осыковский, С.А. Попатина, С.И. Королева</i>	12
ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ АВИАМЕДИЦИНСКИХ БРИГАД <i>Н.Н. Баранова</i>	12
РОЛЬ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО МЕДИАСТИНИТА <i>Т.Г. Бармина, Ф.А. Шарифуллин, А.Н. Позодина</i>	12
КРИТЕРИИ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>И.М. Барсукова, А.Г. Мирошниченко</i>	13
СПОСОБЫ ОПЛАТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>И.М. Барсукова</i>	13
СРЕДНИЕ НОРМАТИВЫ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ НА ЕДИНИЦУ ОБЪЕМА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ВЫЗОВ) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>И.М. Барсукова, А.Г. Мирошниченко, О.Г. Кисельгоф</i>	13
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРФУЗИОННОЙ МСК В ОЦЕНКЕ ИЗМЕНЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА И РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СОСУДИСТО-МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>А.В. Басарболиев, П.О. Казанян, М.В. Вишнякова (мл), Г.А. Сташук, С.С. Загаров</i>	13
ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ <i>А.Н. Баходирова, Х.П. Алимова, Э.А. Сатгалдиева, З.О. Бабаджанова</i>	14
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ В РАЗНЫЕ СРОКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Н.Л. Баяндин, К.Н. Васильев, А.Г. Кротовский</i>	14
ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ <i>А.А. Безалтынных, А.В. Борсуков</i>	14
НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ПОЛ-АОС И СПОСОБЫ ИХ КОРРЕКЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ <i>М.В. Белова, К.К. Ильясченко</i>	14
ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ТЕРМОТРАВМЕ <i>Э.А. Береснева, С.В. Шевякова, П.А. Брыгин, М.В. Баринаева</i>	15
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ <i>А.В. Берестенников, В.А. Бомбизо, И.Н. Гончарев, А.М. Яцын</i>	15
РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ВЕЩЕСТВАМИ ПРИЖИГАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ <i>Е.Е. Биткова, А.В. Бадалян, Ю.С. Гольдфарб, К.К. Ильясченко, Ф.А. Бурдыга</i>	15
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ Q-НЕОБРАЗУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Е.Е. Биткова, М.С. Макаров, М.Х. Мазанов, Я.Б. Бранд, Н.В. Борокочева</i>	15

К ИСТОРИИ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В ДЕЛЕ ОКАЗАНИЯ НЕМЕДЛЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ <i>Н.Н. Блохина</i>	16
НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ В РАМКАХ ФЕДЕРАЛЬНОЙ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ В 2006–2012 ГОДАХ» <i>Б.В. Бобий</i>	16
СТАНОВЛЕНИЕ ИНСТИТУТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ ХХ ВЕКА <i>Т.Н. Бовницкая, И.Н. Ершова</i>	16
К 125-ЛЕТИЮ ОПЕРАЦИИ И.И. НАСИЛОВА <i>П.М. Богопольский</i>	16
ПЕРЕЛОМЫ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ПЕРВИЧНОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ ЛУЧЕВОГО НЕРВА <i>Ю.А. Боголюбовский, И.Ю. Ключевин</i>	17
РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОРЕНБУРГА <i>А.М. Боев, С.Я. Бутаева, Е.Д. Луцый, С.В. Лисицкая</i>	17
РОЛЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ПЕЧЕНОЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ <i>А.И. Болотников, В.Е. Розанов, В.А. Старожилов, А.В. Кильдяшов, И.В. Хайкин</i>	17
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА <i>А.И. Болотников, В.А. Старожилов, А.В. Кильдяшов, И.В. Хайкин</i>	17
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ПРИЕМУ ВЫЗОВОВ НА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>И. А. Большакова, У. А. Кадыров</i>	18
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЗЕЦИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОМ ТРОМБОЗЕ <i>В.А. Бомбизо, А.М. Яцын, Д.Н. Устинов</i>	18
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>В.А. Бомбизо, А.Ю. Бердинских, Д.Н. Устинов</i>	18
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА <i>В.А. Бомбизо, Б.А. Стась, Ю.Г. Малыгина, М.И. Коркин, В.И. Марченко</i>	18
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОТКРЫТЫМИ РАНЕНИЯМИ СЕРДЦА <i>В.А. Бомбизо, С.А. Дорохина, А.Ю. Бердинских, А.М. Яцын, А.А. Макин</i>	19
ЛЕЧЕБНАЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ <i>А.В. Бондаренко, В.Е. Розанов, А.И. Болотников, И.В. Хайкин</i>	19
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИТРАВМЫ <i>А.В. Бондаренко, О.А. Герасимова, В.В. Лукьянов, В.В. Тимофеев, И.В. Кругляки</i>	19
ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ПАРАМЕТРЫ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ <i>А.В. Бондырева, В.П. Дору-Товт, Л.И. Князева</i>	19
ИЗМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ <i>В.С. Борисов, С.В. Смирнов, Л.П. Логин</i>	20
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ <i>В.С. Борисов, С.В. Смирнов, Т.Г. Спиридонова</i>	20
ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>С.М. Бочарова, И.А. Большакова</i>	20
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ <i>В.В. Бояринцев, В.Н. Ардашев, И.Е. Каленова</i>	20
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СТРЕСС-ЭХОКГ С МАЛЫМИ ДОЗАМИ ДОБУТАМИНА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА <i>Я.Б. Бранд, Н.И. Харитонов, М.Х. Мазанов, Д.В. Маланын, С.А. Фадеева</i>	21
ПРЯМАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ СТЕНОЗА СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ <i>Я.Б. Бранд, М.А. Савилов, М.Х. Мазанов, Д.В. Маланын, И.В. Поллявский, М.В. Чумаков, Н.Ю. Харитонов, Д.В. Чернышев, А.В. Чаплыгин</i>	21
НОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ О РАБОТЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ В БЛОКАДНОМ ЛЕНИНГРАДЕ В ФОНДАХ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО МУЗЕЯ <i>А.А. Будко, Б.И. Назарцев</i>	21
ГРАФИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ «НОРМЫ ПАТОЛОГИИ» ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОЦЕНКИ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Г.В. Булава, М.А. Годков</i>	21
РОЛЬ Н ₂ -БЛОКАТОРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ОБШИРНЫМИ ОЖОГАМИ <i>Д.О. Вагнер, И.В. Шлык, В.Г. Вербицкий</i>	22
ИНФУЗИЯ КОЛЛОИДОВ ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КОМПЕНСАЦИИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ: КРИТЕРИИ БЕЗОПАСНОСТИ <i>В.В. Валетова, В.Х. Тимербаев</i>	22
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДТП <i>Э.Ю. Валиев</i>	22
К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ОТРАВЛЕНИЙ ЦИТОТОКСИКАНТАМИ <i>Д.В. Васендин</i>	22
110 ЛЕТ ОДЕССКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>К.К. Васильев</i>	23
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА <i>Р.В. Вашетко, В.Р. Гольцов, К.С. Кремнев, Е.А. Бородай</i>	23
К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ АСПИРАЦИОННОГО ГЕНЕЗА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ <i>В.П. Введенский</i>	23
ЛЕЧЕНИЕ НЕВАРИКОЗНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ: СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ <i>В.Г. Вербицкий</i>	23
ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ АВТОДОРОЖНОЙ ТРАВМЕ <i>Е.Н. Веризо</i>	24
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКОВСКОМ НИИ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ им. ГЕЛЬМГОЛЬЦА <i>Е.Н. Веризо, Е.Н. Орлова</i>	24
РИЖСКАЯ СПАСАТЕЛЬНАЯ СТАНЦИЯ И ЕЕ РОЛЬ В ЖИЗНИ ГОРОДА ДО СОЗДАНИЯ СЛУЖБ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>М. Весперис</i>	24
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК КРИТЕРИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>А.А. Власов, Н.Е. Ширинская, И.А. Большакова</i>	24
ОПЫТ РАБОТЫ ДИСПЕТЧЕРА СКОРОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА С АЛГОРИТМОМ ДИСТАНЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ <i>И.А. Воронов, С.П. Саеченко, А.В. Балабушевич, И.А. Большакова</i>	25
ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ГРУДИ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>О.В. Воскресенский, М.М. Абакумов</i>	25
НОВЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВТОРНОГО КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Г.А. Газарян, Я.Б. Бранд, Я.В. Тарасеева, И.В. Захаров, М.Х. Мазанов, Х.Г. Алиджанова, С.Г. Евстратова, Г.А. Нефедова, Л.Г. Газарян, А.П. Голков</i>	25
СОНОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ КРОНА И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>С.С. Гайдук, Г.И. Синенченко, С.И. Перезудов, С.И. Лыткина, А.С. Гайдук</i>	25
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: СОСТОЯНИЕ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ <i>О.А. Гармаш</i>	26
АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЛАТЕРАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ НАДКОЛЕННИКА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА <i>М.А. Герасименко, Е.В. Жук, С.И. Третьяк</i>	26
АРТРОСКОПИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА <i>М.А. Герасименко, Е.В. Жук, С.И. Третьяк</i>	26
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ СПОСОБЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ТРАВМАХ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ <i>М.А. Герасименко, В.И. Аверин, С.И. Третьяк, Е.В. Жук</i>	26
ОГРЕХИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В РУССКОЙ АРМИИ В 1812 ГОДУ (НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ КНЯЗЯ П.И. БАГРАТИОНА) <i>С.П. Глянцева</i>	27
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОИНФЕКЦИИ ВИЧ И ГЕПАТИТА С У ПАЦИЕНТОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ОТДЕЛЕНИЙ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>М.А. Годков, С.А. Солонин, А.И. Баженов</i>	27
МНОГОКАНАЛЬНАЯ СИСТЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ: ИСТОРИЯ, РЕАЛЬНОСТЬ, ПЕРСПЕКТИВА <i>М.А. Годков</i>	27
АДЕКВАТНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА И «НОРМА ПАТОЛОГИИ» ПРИ УРГЕНТНЫХ СОСТОЯНИЯХ <i>М.А. Годков, Г.В. Булава, Н.В. Боровкова</i>	27
ЭКОЛОГИЯ И ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> У БОЛЬНЫХ С РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА <i>М.А. Годков, Т.В. Черненькая, Е.Д. Меньшикова, Д.Д. Меньшиков</i>	28
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТЯЖЕЛЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ <i>И.А. Гольпяпина, Е.В. Волков, А.Н. Коваленко</i>	28
ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА <i>В.Р. Гольцов, А.М. Бакунов, Д.М. Курочкин</i>	28
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ХОЛЕЦИСТОТОМИИ ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ <i>В.Р. Гольцов, А.Е. Демко, Е.В. Балуг</i>	28
ДИАГНОСТИКА ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА <i>В.Р. Гольцов, В.Е. Савелло, А.М. Бакунов</i>	29

МИХАИЛ НИКОЛАЕВИЧ НИЖЕГОРОДЦЕВ – ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПРОТИВОАЛКОГОЛЬНОЙ КОМИССИИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОХРАНЫ НАРОДНОГО ЗДРАВЬЯ С.Г. Гончарова	29
ЭВАКОГОСПИТАЛИ ГЛУБОКОГО ТЫЛА В ПЕРИОД ФИНСКОЙ КАМПАНИИ В СВЕРДЛОВСКЕ З.И. Горбунова	29
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ А.В. Гордеев, М.В. Иванов, А.С. Ермоленко	29
ПЕРВЫЕ ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ (1898–1940) Л.Е. Горелова, Е.А. Афанасьева	30
РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУРЫ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ СПОСОБОМ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛАДОННОГО ФАСЦИАЛЬНОГО ФИБРОМАТОЗА В.Г. Горохов	30
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКИ-РЕПЕРFUЗИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ О.А. Гребенчиков, М.В. Скулачев, Д.Б. Зоров, В.В. Лихванцев	30
ИШЕМИЯ-РЕПЕРFUЗИЯ – УНИВЕРСАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ПАТОГЕНЕЗА КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ М.В. Гринев	30
МИНИ-ИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНЫХ И ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ А.А. Гринь, С.К. Ощепков, А.К. Кайков	31
ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ А.А. Гринь, А.К. Кайков	31
ПРОФИЛАКТИКА НЕПРЕДНАМЕРЕННОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОВЕНТИЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗНАЧИМЫМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ М.В. Грицкевич, В.Ф. Кулаков, Ю.А. Ворончиков, Е.А. Спиридонова	31
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ И ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА Е.А. Гришина, Е.Ю. Трофимова, И.В. Дмитриев	31
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЗИВНЫХ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Д.А. Губанович, М.С. Бойко, Р.Н. Манкевич, Г.М. Лагир, А.П. Кудин	32
ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ МАТОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ М.М. Дамиров, Л.С. Коков, Г.Е. Белозеров, Г.П. Титова, О.Н. Олейникова, О.В. Майорова	32
ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ М.М. Дамиров, О.Н. Олейникова, Л.А. Даниелян	32
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОПНЕВМАТОЦЕЛЕ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ Ш.Н. Даниелян, М.М. Абакумов, А.М. Гасанов, И.Е. Попова, А.А. Саприн, О.В. Кевардакова	32
СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТРАДИЦИОННЫХ И МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ – СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА М.В. Данилов, В.Г. Зурабиани, Н.Б. Карлова	33
ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЙ ТРАВМАТИЗМ КАК СОВРЕМЕННАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ПРОБЛЕМА ПОТЕРЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В.А. Данилов, А.В. Устатов, О.В. Еремича	33
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЭНДОСКОПИИ В ХИРУРГИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В.Г. Дашьян, А.Н. Коршикова	33
РЕЗУЛЬТАТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST КАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ И ЛИНЕЙНЫМИ БРИГАДАМИ А.А. Деорников, И.А. Большакова	33
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ Е.Н. Дезоццо, Л.И. Телятников, А.В. Волооскокова	34
АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ Е.Н. Дезоццо, Л.И. Телятников, А.В. Волооскокова	34
ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ А.Е. Демко, Г.И. Синенченко, М.Г. Зайцев	34
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ (И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ) КАК ВАРИАНТА ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ О.В. Дмитриев, Г.И. Синенченко, Р.В. Вашетко, М.И. Кузьмин-Крутецкий, М.И. Сафров, К.С. Кремнев	34
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРФОРАЦИИ ДИВЕРТИКУЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ О.В. Дмитриев, Р.В. Вашетко, Г.И. Синенченко	35
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА А.Е. Добровольская, Г.А. Прокопович, Е.Ю. Тьявкина, В.Э. Пашковский, А.Г. Софронюк	35
ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ И ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОПИАТАМИ Ю.С. Дорожкин, И.А. Большакова	35
ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ УЩЕПЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫБК М. Драйер, И.И. Кирсанов, А.А. Гуляев, П.А. Ярцев, В.Д. Левитский, К.А. Мамедов	35
ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТАКТИКИ DAMAGE CONTROL У РАЕННЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМИ ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ В.Э. Дубров, И.А. Палтышев, А.П. Колтович	36
ПРИМЕНЕНИЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ А.К. Дулаев, А.Н. Цед	36
АРТРОСКОПИЯ КАК МЕТОД ВИЗУАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С ОСТРЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОБЛАСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА А.К. Дулаев, В.В. Заяц, А.В. Дыдыкин	36
АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕФИКСАЦИЯ ОТРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ ОТ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ А.К. Дулаев, В.В. Заяц, А.В. Дыдыкин	36
ПЛАСТИКА МЕДИАЛЬНОЙ УДЕРЖИВАЮЩЕЙ СВЯЗКИ У ПОСТРАДАВШИХ С ОСТРЫМИ ВЫВИХАМИ НАДКОЛЕННИКА А.К. Дулаев, В.В. Заяц, А.В. Дыдыкин	37
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ С ПЕРЕЛОМАМИ МЕЖМЫШЕЦКОВОГО ВОЗВЫШЕНИЯ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ А.К. Дулаев, В.В. Заяц, А.В. Дыдыкин	37
РАДИОНУКЛИДНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА В ДИАГНОСТИКЕ СПЛАЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ О.Л. Евдокимова, А.Г. Лебедев, В.А. Ильичев, Н.Е. Кудряшова	37
П.И. ДЯКОНОВ – ВЫДАЮЩИЙСЯ РУССКИЙ ХИРУРГ И ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ И.В. Егорышева	37
ЭХОСЕМИОТИКА И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ Н.К. Ермолаева, С.С. Маскин	38
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ А.С. Ермолов, М.Л. Розаль, П.А. Иванов, Д.А. Благовостнов, А.Н. Лотов, С.А. Бугаев, С.Н. Новосел, З.М. Озова, Е.В. Степан, Ф.Р. Алмакаев, Д.А. Омелянович, К.Т. Агаханова, Н.Б. Иоселиани	38
ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СЕЛЕЗЕНКИ А.С. Ермолов, А.А. Гуляев, П.А. Ярцев, О.А. Черныш, В.Д. Левитский, И.И. Кирсанов	38
ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ТРАВМ У.У. Жаббаров, З.Д. Каримов	38
РОЛЬ ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЙ В РАЗВИТИИ НИИ СП им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО С.В. Журавель, А.В. Пинчук	39
УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЫ ДЬЕЛАФАУ ХИРУРГАМИ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И.Г. Заговецьев, С.Н. Заговецьева, В.Р. Дубовко, А.А. Полфунтиков, Л.С. Турушева	39
МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД VAS-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ЛЮДЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ А.А. Захаренко, С.А. Поезун, Р.В. Вашетко, О.В. Бабков, Д.А. Суоров, Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен, Н.Ю. Новицкая, В.А. Ильина, Д.В. Кодолов, А.А. Кулешов	39
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПОСТУПАЮЩИХ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР ПО ЭКСТРЕННЫМ И НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЯМ А.А. Захаренко, О.В. Бабков, Д.А. Суоров, Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен, Д.В. Кодолов	39
МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ А.А. Захаренко, В.М. Луфт, О.В. Бабков, Д.А. Суоров, Д.А. Рудаков, А.В. Лалицкий, Б.Г. Безмозгин, А.А. Трушин, О.А. Тен, Д.В. Кодолов, М.В. Гринев	40
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРИТОНИТОМ И ТЯЖЕЛЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ А.А. Захаренко	40
ХАРАКТЕРИСТИКА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ А.Е. Захарова, В.Л. Бараташвили, Е.А. Спиридонова	40
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ОСТРЫХ СОЧЕТАННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПСИХОТРОПНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ ЗА 2010–2012 ГГ. Л.Н. Зилина, М.В. Барникова, В.А. Строкова, Г.В. Михайлова, С.В. Попов, П.А. Розумный, М.А. Полозов	40
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО О.В. Зубарева	41
ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ О.В. Зубарева, А.П. Карибджанян, Н.Ю. Жукова, А.Г. Панова	41
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ПО ОБУЧЕНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ И.А. Зубков	41
ХИРУРГИЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ АКАДЕМИКА Б.А. ПЕТРОВА (К 115-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ) П.А. Иванов	41
ОТДЕЛЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЫ НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО П.А. Иванов, А.М. Файн	42
СРАВНЕНИЕ ДВУХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ РАННЕЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ОСТЕОСИНТЕЗА: С УДАЛЕНИЕМ ИМПЛАНТАТА И БЕЗ УДАЛЕНИЯ П.А. Иванов, Р.Р. Ганиев, В.О. Каленский	42
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ СРОКОВ И СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ФИКСАЦИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ П.А. Иванов, Н.Н. Заднепровский, В.О. Каленский, В.Б. Бондарев	42

ЗАМЕНА АППАРАТА ИЛИЗАРОВА НА ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ШТИФТ В КАЧЕСТВЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕТОДОМ ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА П.А. Иванов, В.О. Каленский	42
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ П.А. Иванов, А.М. Файн	43
СТРЕССОВЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА П.А. Иванов, В.Б. Бондарев, Т.П. Пинчук, М.Х. Гурцеев	43
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАМЕЩЕНИЯ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ МЕТОДОМ ИНДУЦИРОВАННОЙ МЕМБРАНЫ П.А. Иванов, В.О. Каленский	43
СПОСОБЫ ФИКСАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ П.А. Иванов, Н.Н. Заднепровский	43
МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ В.А. Иванов, Н.В. Сундуюшников, А.Е. Денисов, Е.Н. Кондрашенко, Р.Н. Малушенко, Н.С. Малюга	44
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В.А. Иванов, С.А. Белякин, А.А. Прохорчик, А.В. Иванов, Е.В. Цымбал, С.Б. Жариков, И.С. Базанов	44
ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЧАСТИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ГРУДИ ТОРАКАЛЬНОГО ХИРУРГА В ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ Е.П. Измайлов, А.Н. Титов, А.Г. Назога, Г.С. Комаров	44
ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ МОЧЕВИНЫ – ФАКТОР РИСКА БЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ М.Е. Ильинский, И.В. Александрова, С.И. Рей, В.В. Киселев, Г.А. Бердников, Л.В. Марченкова	44
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДТП НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ТРАВМОЦЕНТРА III УРОВНЯ МБПУ «ЧЕБАРКУЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА» О.Е. Ильичева, А.Е. Локтев, У.В. Харламова	45
ЭКСТРЕННЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ У БОЛЬНЫХ С ОИМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ОСТРОЙ ОККЛЮЗИЕЙ СТВОЛА ЛКА Д.Г. Исеплиани, А.Г. Колединский, Д.С. Куртасов, А.В. Кононов, И.Ю. Костянов, П.С. Васильев	45
МАНУАЛЬНАЯ ВАКУУМНАЯ ТРОМБЭКСТРАКЦИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ АНГИОПЛАСТИКОЙ ИНФАРКТ-ОТВЕТСТВЕННОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОИМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Д.Г. Исеплиани, А.Г. Колединский, Д.Г. Громов, И.А. Ковальчук, Д.С. Куртасов, М.Б. Матини, И.Ю. Костянов, П.С. Васильев	45
ИСТОРИЯ НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО В ЭКСПОЗИЦИИ ЕГО МУЗЕЯ С.А. Кабанова, Ю.С. Гольдфарб, Т.А. Капустина	45
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФЛОТИРУЮЩИМИ ТРОМБАМИ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ П.О. Казанян, Р.Н. Ларьков, А.В. Ващенко, П.Г. Сотников, М.Г. Козорин, М.Ю. Ермак	46
ВНУТРИАОРТАЛЬНАЯ БАЛЛОННАЯ КОНТРАКЦИЯ В МАЛОИНВАЗИВНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ П.О. Казанян, П.Г. Сотников, М.Г. Козорин, Р.Н. Ларьков	46
МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРЕДИКТОРОВ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА АНЕВРИЗМА АОРТЫ П.О. Казанян, М.В. Вишнякова (мл.), Л.Б. Денисова, Р.Н. Ларьков, М.В. Вишнякова	46
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФЕРМЕНТОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ С ДИНАМИКОЙ ТЯЖЕСТИ ЭКЗОТОКСИКОЗА У ДЕТЕЙ Л.Ф. Казаньева, П.И. Шафоростов, О.В. Кольцов	46
СТРУКТУРА ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖОГОВОГО ШОКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Б.Х. Карабаев, А.Д. Фаязов, Х.К. Карабаев	47
ЛЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Б.Х. Карабаев, А.Д. Фаязов, Х.К. Карабаев, Э.А. Хакимов, Б.М. Шакиров	47
ОСОБЕННОСТИ АМПУТАЦИИ ПРИ ОЖОГАХ Х.К. Карабаев, А.Д. Фаязов, К.Р. Тагаев, Э.А. Хакимов, Б.Х. Карабаев, Б.М. Шакиров	47
ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА Х.К. Карабаев, И.Б. Мустафакулов, Б.Х. Карабаев, Х.А. Исаков, З.А. Джураева, Ф.Ч. Махмудов, М.Ч. Нороев	47
РОЛЬ ГБС В ОЦЕНКЕ ПРОХОДИМОСТИ ХОЛЕДОХА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ РОЛЕЦИДИТОМ А.В. Каралкин, М.И. Филимонов, В.Е. Васильев	48
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛАССИФИКАЦИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛАНГИТОМ З.О. Карсанова, А.А. Бесаев	48
ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ОЖОГОВОГО ЦЕНТРА НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. Н.В. СКЛИФОВСКОГО ЗА ПЕРИОД 1991–2012 ГГ. Н.А. Карасев, С.В. Смирнов, Б.Л. Курилин	48
КОМБИНИРОВАННЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ И ЭТИЛОВЫМ АЛКОГОЛЕМ М.В. Кареев, К.К. Ильешенко	48
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ТРОМБОДИНАМИКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ Ш.К. Каримов, Е.И. Гончарова, Е.А. Сереева, С.П. Бабешко, Д.П. Рохоева, С.А. Румянцев, А.Н. Корниенко, Е.А. Спиридонова	49
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ И КОСТЕЙ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА Б.Р. Каримов, Э.Ю. Валеев	49
ПОВРЕЖДЕНИЯ АОРТЫ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ В.И. Картавенко, А.Н. Погодина, В.Л. Лемнеев, Г.Е. Белозеров	49
ПРОФИЛАКТИКА ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ГЛАЗ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТОКСИЧЕСКОГО ЭПИДЕРМАЛЬНОГО НЕКРОЛИЗА М.Г. Катаев	49
ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ ПЕРВИЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ДНА ОРБИТЫ ТИТАНОВОЙ РЕШЕТКОЙ М.Г. Катаев	50
ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИНАМИКИ СЕГМЕНТА ST И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ПОЛУЧИВШИХ РЕПЕРфуЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ М.Л. Кенжаев, А.Л. Аляев, С.Ш. Хаитов, С.Р. Кенжаев, А.И. Аминов	50
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ К.С. Кенжемуратова, Х.К. Карабаев, З.А. Джураева, Б.Т. Камалов, А.Р. Турсункулов, У.К. Сайылов	50
ЛЕЧЕБНАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОЙ СПЛЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ А.В. Кильдяшов, В.Е. Розанов, А.И. Болотников, В.А. Сторожилов, И.В. Хайкин	50
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ А.В. Кильдяшов, В.Е. Розанов, А.И. Болотников, В.А. Сторожилов, И.В. Хайкин	51
СРЕДНИЕ ПОДУШЕВЫЕ НОРМАТИВЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О.Г. Кисельгоф, И.М. Барсукова	51
РОЛЬ ИССЛЕДОВАНИЙ Ф.Н. СЕРКОВА В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНЫ Л.А. Клименко	51
КОНЦЕНТРАЦИЯ НИТРИТАНИТРАТА (NOX) И АКТИВНОСТЬ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У СЕПТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ Е.В. Клычкова, Е.В. Тазина, С.И. Рей, И.В. Александрова, М.А. Годков	51
УРОВЕНЬ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА, ОБЩАЯ АНТИОКИСЛИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У СЕПТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ, И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ Е.В. Клычкова, С.И. Рей, Е.В. Тазина, И.В. Александрова, М.А. Годков	52
УРОВЕНЬ ЭНДОГЕННЫХ ФАКТОРОВ СОСУДИСТОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ Е.В. Клычкова, Е.В. Тазина, С.В. Смирнов, Т.Г. Спиридонова, М.А. Годков, Е.А. Жиркова, В.С. Борисов	52
ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ Е.В. Клычкова, Е.В. Тазина, С.В. Смирнов, Т.Г. Спиридонова, С.Б. Матеев, М.А. Годков, Е.А. Жиркова, В.С. Борисов	52
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ И.Ю. Клюевин, О.П. Филиппов, Р.С. Титов	52
МЕТОДИКА ОЗОНОВЫХ БЛОКАД У ПОСТРАДАВШИХ С СИНДРОМОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ В.Н. Князев, А.Н. Князев, Э.С. Фаттяхудинова	53
ПРОТИВОШОКОВОЕ ЗВЕНО ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЕ В.Н. Князев, А.Н. Князев, А.Г. Власов, Э.С. Фаттяхудинова, А.А. Власова, Е.А. Лосева	53
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ Л.А. Коваленко, Г.Н. Суходолова, Е.М. Усачева, С.И. Страхов	53
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОФИБРОБЛАСТОВ В СОСТАВЕ ГЕЛЕОБРАЗУЮЩЕГО НОСИТЕЛЯ НА ОСНОВЕ НАТРОСОЛА И.Д. Козулин, П.К. Крылов, Ю.В. Юркевич, К.М. Крылов	53
«ПЛАЗМОЛИФТИНГ» В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАЛЬНЫХ ОЖОГОВ Д.А. Козулин, П.К. Крылов, И.Д. Козулин, И.В. Довгалюк	54
ПРИМЕНЕНИЕ БИВАЛИРУДИНА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ Л.С. Коков, П.Ю. Лопотовский, А.Г. Ларин, А.Ю. Коробенни, И.М. Кузьмина	54
РЕОЛИТИЧЕСКАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Л.С. Коков, П.Ю. Лопотовский, В.В. Верхнижний, И.П. Михайлов	54
ОТДЕЛЕНИЕ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ Л.С. Коков, Г.Е. Белозеров, П.Ю. Лопотовский	54
ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДОВ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ Л.С. Коков, И.П. Михайлов, Д.А. Косопалов, Г.Е. Белозеров, П.Ю. Лопотовский, П.Д. Матеев	55
ОБОСНОВАНИЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ НЕОТЛОЖНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ОСТРОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ И.А. Колыхалина, Т.А. Чернышева, В.Г. Амслевский, О.В. Карасева, О.С. Исхаков, Т.Ф. Иванова, Ю.Ю. Бережной	55
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ FAST-ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ВНУТРИБЮЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ А.В. Комаров, А.А. Квасова, А.Н. Катрич, К.А. Шамахан, А.А. Заважнов	55
ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ГОЛЕНИ И.П. Кондратьев, И.О. Кучеев, Ю.Б. Кашанский	55

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>Н.С. Кононенко, С.С. Соорешилин, Т.П. Пинчук, П.А. Ярцев, Б.Т. Цулеискири</i>	56
ЭВОЛЮЦИЯ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>А.Ю. Кордонский, Ю.В. Пурас, А.Э. Тальпов</i>	56
ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>А.Я. Коровин, А.В. Андреев, Н.Н. Кизименко, И.В. Бочкарева</i>	56
АНАЦИОННЫЕ РЕЛАПАРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФАРКТА КИШЕЧНИКА <i>А.Я. Коровин, М.Б. Андреева, Е.А. Воловодова</i>	56
БИЛАПАРНЫЙ ИЛЕУС: ВОЗМОЖНОСТИ МИНИ-ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>А.Я. Коровин, В.А. Кулиш, И.В. Бочкарева, В.В. Нарсия</i>	57
ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ БИВАЛИРУДИНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ВО ВРЕМЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ <i>Е.Д. Космачева, Н.В. Кижатова, Е.В. Гордеева, Л.К. Круберг, Е.Д. Александрова, М.С. Дружко, Ф.Р. Ачмиз, В.А. Порханов</i>	57
ВОЗМОЖНОСТИ КТ-ПЕРФУЗИИ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УШИБОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ <i>А.Н. Костенков, В.Е. Савелло</i>	57
ПЯТИЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ЭКСТРЕННОМ СТЕНТИРОВАНИИ <i>В.А. Костенко, Е.А. Скородумова, Ю.П. Мажара, А.Н. Федоров</i>	57
КЛИНИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «SIRS-КРИТЕРИЕВ» И МАРКЕРОВ РАННЕГО ВОСПАЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ВЫРАЖЕННОСТИ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ С ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ <i>А.Н. Котляров</i>	58
УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ КАК МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ <i>А.Н. Котляров, И.А. Абушкин, Н.М. Ростовцев, А.В. Белякова</i>	58
СТИМУЛЯЦИЯ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ С НЕСРАСТАЮЩИМИСЯ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ СПОСОБОМ ЛАЗЕРНОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ <i>А.Н. Котляров, М.Д. Назарова, И.А. Абушкин, Е.А. Неизвестных, Н.В. Носков, О.В. Стариков</i>	58
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ <i>О.В. Кочераев, Л.В. Карлухина, В.И. Дразнин, Л.В. Рыжкова</i>	58
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР <i>О.В. Кочераев, Л.В. Карлухина, В.И. Дразнин, Р.И. Богданов</i>	59
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЛУБОКИХ РАНЕНИЙ ШЕИ <i>О.В. Кочераев, Л.В. Карлухина, А.А. Копалин, В.И. Дразнин, В.А. Котыкин</i>	59
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА ПО ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОМУ ТРАВМАТИЗМУ <i>О.В. Кочераев, Л.В. Карлухина, А.А. Копалин, Ю.В. Юрченко, В.А. Котыкин</i>	59
ВОПРОСЫ ЛУЧЕВОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В НЕОТЛОЖНОЙ ПУЛЬМОНОЛОГИИ <i>И.В. Кришина, С.В. Немирова, Л.Л. Зельди, Ю.В. Кулезеева, М.А. Красных</i>	59
ПОВРЕЖДЕНИЯ ТАЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ <i>И.В. Крульских, А.В. Бондаренко</i>	60
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГАЗОВОГО СОСТАВА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ <i>В.В. Крылов, Е.И. Алещенко, М.В. Ромасенко, О.А. Левина, С.С. Петриков</i>	60
ДЕКОМПРЕССИВНАЯ КРАНИОТОМИЯ В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ПЕРИОДА РАЗРЫВА АНЕВРИЗМА ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>В.В. Крылов, В.Г. Дашьян, А.А. Айрапетян</i>	60
ЛЕЧЕНИЕ МОЛНИЕОСНОНОЙ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ У ДЕТЕЙ <i>А.П. Кудин, А.А. Астапов, А.А. Ключарева, Д.А. Фурманчук, М.Д. Очеретный, В.В. Комир, С.У. Реут</i>	60
ПРИМЕНЕНИЕ СЦИНТИГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЯДА ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ <i>Н.Е. Кудряшова, А.С. Ермолов, Е.В. Мизунова, О.Г. Сняжкова, О.Л. Евдокимова, Л.В. Моисеева, О.А. Чернышева</i>	61
ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ <i>М.С. Кунафин, С.Н. Хунафин, Ю.В. Петров, А.Ф. Власов, А.Ш. Заеретдинов</i>	61
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ <i>Е.В. Куслиц, Н.М. Шулаева, Н.В. Островский, И.Б. Белянина</i>	61
РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН <i>К.М. Курбанов, С.Ю. Облов, А.М. Зубаиров</i>	61
ПЕРИБРОНХИАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ <i>А.В. Куренков, А.М. Гасанов, Т.П. Пинчук, Е.Д. Меньшикова, К.К. Ильиченко</i>	62
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРФОРАЦИЕЙ <i>Д.М. Курочкин, В.Р. Гольцов, А.А. Уточкин, А.М. Бакунов, Е.В. Батиг</i>	62
СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ ТАЗА И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>И.О. Кучев, Ю.Б. Кашванский, В.Г. Радыш</i>	62
КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРЕПАРАТАМИ АНТИГИПОКСАНТНОГО ДЕЙСТВИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ <i>А.Г. Кырнышев, Б.Н. Шах, В.Н. Лапшин, В.С. Афончиков, В.М. Теплов, Д.Б. Смирнов, А.В. Лапчик</i>	62
СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗОВ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОНКОЙ КИШКИ <i>Е.Б. Лазарева, Н.В. Евдокимова, А.В. Гришин, С.А. Тарасов, А.В. Водясов, П.А. Ярцев</i>	63
КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>А.Ю. Лебедева, М.Ю. Иванникова, О.И. Перова</i>	63
О ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>А.Г. Лебедев, П.А. Ярцев, И.Е. Селина, Н.Е. Кудряшова, Т.В. Бончикова, Ю.О. Жариков</i>	63
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИКО-ГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ВЕЩЕСТВАМИ ПСИХОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ <i>Н.Ф. Леженина, Е.А. Лужников</i>	63
ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ: ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА <i>В.М. Лобанков, М.Н. Камбалов</i>	64
МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ОЖОГОВ <i>Л.П. Лозинов, С.В. Смирнов, В.С. Борисов, Т.Г. Спиридонова</i>	64
ДЕРМАЛЬНЫЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТ В ХИРУРГИИ ОЖОГОВ <i>Л.П. Лозинов</i>	64
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИВАЛИРУДИНА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЧРЕСКОЖНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ <i>П.Ю. Попотовский, А.Ю. Коробенин, А.Г. Ларин, Л.С. Кокос, И.М. Кузьмина</i>	64
ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА КАК КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ СИНДРОМ У ПОСТРАДАВШИХ В СОМАТОГЕННОЙ СТАДИИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ПСИХОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ <i>Е.А. Лужников, Т.А. Васина, А.В. Бабалян, Т.В. Чернышова, А.В. Семенова</i>	65
РАЗВИТИЕ МЕТОДОВ ИСКУССТВЕННОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ В НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО <i>Е.А. Лужников, С.А. Кабанова, Ю.С. Гольдфарб, Ю.Н. Остапенко, В.А. Маткеевич, Ю.А. Курилкин</i>	65
ФОНДЫ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ИЗДАНИЙ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ БИБЛИОТЕКИ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПОТРЕБНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ <i>Е.Е. Лукьянова</i>	65
ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ФОНДА РЕДКОЙ КНИГИ НАУЧНОЙ БИБЛИОТЕКИ НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО <i>Е.Е. Лукьянова</i>	65
О ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ШОКЕ И ВОЗМОЖНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЕЮ <i>Г.С. Мазуркевич, И.В. Крецер, Б.И. Джурко, Л.А. Кузнецова</i>	66
СПОСОБЫ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ И УТИЛИЗАЦИИ КИСЛОРОДА <i>Г.С. Мазуркевич, Б.И. Джурко, И.В. Крецер, Л.А. Кузнецова, М.К. Крылов</i>	66
ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОКС: ПЕРВЫЙ ОПЫТ ГБУЗ «ГКБ № 64 ДЗМ» <i>В.В. Майское, И.А. Мерай, М.Б. Бураевлев, А.Р. Габриелян, А.С. Мильто, Л.Г. Ежова, Ж.Д. Кобалава, В.С. Моисеев</i>	66
РЕЗУЛЬТАТЫ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ И ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ЭКСТРЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ <i>Д.А. Майтесян, А.П. Красников, В.Л. Балдин, А.В. Верига, Ю.К. Кирсанов, А.Г. Еременко</i>	66
СНЯТИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ПОСЛЕ ШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ИХ НАГНОЕНИИ <i>Д.А. Майтесян, С.В. Горюнов, А.П. Красников, В.Л. Балдин, А.В. Верига, А.Г. Еременко</i>	67
ЗНАЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-КОАГУЛЯЦИОННЫХ КРИТЕРИЕВ СИСТЕМНОЙ РЕАКЦИИ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ <i>С.С. Маскин, А.М. Карсанов</i>	67
РОЛЬ КИШЕЧНОГО ЛАВАЖА В СНИЖЕНИИ УРОВНЯ ЛИПОПОЛИСАХАРИДОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ <i>В.А. Маткеевич, Н.В. Евдокимова, А.Н. Ельков, Ю.А. Курилкин</i>	67
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРА И КОСТЕЙ ТАЗА <i>И.Х. Махаматов, Э.Ю. Валиев, Р.Н. Хакимов</i>	67
ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЗОВ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ <i>Л.О. Межебницкая, Е.Ю. Трофимова</i>	68
ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ <i>Л.О. Межебницкая</i>	68
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ СТВОЛА ЛКА У БОЛЬНЫХ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST <i>Е.В. Меркулов, А.Н. Самко, В.М. Миронов</i>	68
РАДИОНУКЛИДНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЭЛА <i>Е.В. Мизунова, О.В. Никитина, О.Г. Сняжкова</i>	68
КАТЕТЕРНАЯ ТРОМБЭКСТРАКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST <i>В.М. Миронов, Е.В. Меркулов, А.Н. Самко</i>	69

СРЕДНИЕ НОРМАТИВЫ ОБЪЕМА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова, О.Г. Кисельгоф, Р.Р. Алимов</i>	69
ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ <i>А.Г. Мирошниченко, Н.О. Рухляда, О.Г. Кисельгоф, Р.Р. Алимов</i>	69
ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ СКОРОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ <i>Ю.М. Михайлов, В.Ф. Озеров</i>	69
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗРЫВАМИ ЮКСТАРЕНАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ <i>И.П. Михайлов, О.М. Теертишнова, А.Н. Бондаренко, П.М. Ефименко</i>	70
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ АНЕВРИЗМАМИ БРЮШНОЙ АОРТЫ <i>И.П. Михайлов, В.Х. Тимирбаев, И.В. Александрова, Д.А. Косолапов, О.А. Теертишнова</i>	70
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭМБОЛИЕЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ДЛИТЕЛЬНЫМИ СРОКАМИ ИШЕМИИ <i>И.П. Михайлов, Е.В. Кунгурцев, П.М. Ефименко, В.А. Арустамян</i>	70
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>И.П. Михайлов, Г.А. Исаяев, Е.В. Кунгурцев, А.Н. Бондаренко, П.М. Ефименко</i>	70
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭМБОЛИЕЙ АОРТЫ И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ДЛИТЕЛЬНЫМ СРОКОМ ИШЕМИИ С МОМЕНТА ЗАБОЛЕВАНИЯ <i>И.П. Михайлов, П.М. Ефименко, Е.В. Кунгурцев, Г.А. Исаяев, А.Н. Бондаренко</i>	71
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ БРЮШНОЙ АОРТЫ <i>И.П. Михайлов, А.Н. Бондаренко, Е.В. Кунгурцев, П.М. Ефименко</i>	71
ЛЕЧЕБНЫЙ НАРКОЗ КСЕНОНОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА <i>И.В. Молчанов, В.И. Потиевская, Е.Х. Шебухова</i>	71
ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЕ <i>Б.В. Монахов, Р.Л. Трояновский, В.Н. Лапшин, М.А. Мирошниченко</i>	71
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОПАТИИ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ <i>Н.В. Морозов, Р.Н. Трушкин, А.Е. Лубенников</i>	72
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭБРАНТИЛА ВЫЕЗДНЫМИ БРИГАДАМИ КАЛИНИНСКОЙ ПОДСТАЦИИ ГБУЗ НСО «ССМП» <i>Н.И. Мошкин, И.А. Большакова</i>	72
МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ КРАЕВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТАЗА У ДЕТЕЙ <i>В.Ю. Мурадян, Ю.В. Лукаш, О.В. Высочина</i>	72
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА <i>Д.М. Мустафаев, В.М. Сеистушкин, Л.Ю. Мусатенко</i>	72
ОСОБЫЕ СЛУЧАИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА <i>Д.М. Мустафаев, В.М. Сеистушкин</i>	73
ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ <i>Д.М. Мустафаев, В.М. Сеистушкин</i>	73
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОМАМИ ШЕИ ТОНЗИЛЛОГЕННОГО ГЕНЕЗА <i>Д.М. Мустафаев, В.М. Сеистушкин</i>	73
ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СТРИДОРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Д.М. Мустафаев, В.М. Сеистушкин, В.Ю. Тюкин</i>	73
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА <i>Д.М. Мустафаев, В.М. Сеистушкин</i>	74
ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖИВОТА ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ <i>И.Б. Мустафакулов, Х.К. Карабаев, К.Р. Тагаев, Ф.Ч. Махмудов, М.Ч. Нороев</i>	74
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ОЖОГА ЖЕЛУДКА <i>Д.А. Налбандова, Т.П. Пинчук, К.К. Ильяшенко</i>	74
ОСТЕОСИНТЕЗ БИОДЕГРАДИРУЕМЫМИ ИМПЛАНТАТАМИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ <i>С.О. Никушев, Д.А. Воробьев, Д.Ю. Басаргин, А.М. Лушников, Н.Ю. Серова, С.В. Сидоров, М.К. Тищенко</i>	74
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАНЕНИЯХ ЛЕГКОГО <i>Е.Б. Николаева, А.Н. Погодина, М.М. Абакумов</i>	75
ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННОГО ИММУНИТЕТА И КРИТЕРИИ ИХ ОЦЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ РАННЕГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ <i>В.П. Никулина, М.А. Годков</i>	75
СОВРЕМЕННЫЕ МАРКЕРЫ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ И СЕПСИСА <i>В.П. Никулина, М.В. Андросова, М.А. Годков</i>	75
ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭТОМИИ ПЕЧЕНИ <i>Ф.Н. Нишанов, А.З. Отакузиев, Б.Р. Абдуллажонов, М.Ф. Нишанов, У.Д. Усмонов</i>	75
ЭНДОТОКСИКОЗ ЖЕЛТУШНОГО ГЕНЕЗА: МИНИ-ИНВАЗИВНАЯ ЛИКВИДАЦИЯ И КОРРЕКЦИЯ С СОРБИЦИОННО-АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИЕЙ <i>Ф.Н. Нишанов, У.Д. Усмонов, А.З. Отакузиев, М.Ф. Нишанов, Д.М. Абоабиков</i>	76
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ <i>Ф.Н. Норкузиев, Х.Т. Нишанов, М.П. Таджибоев, Н.У. Наркузиев, Р.И. Субханкулов</i>	76
ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАЦИЕЙ СРЕДНЕ- И НИЖНЕГРУДНОГО ОТДЕЛОВ ПИЩЕВОДА <i>В.И. Осретков, А.А. Гурьянов, В.В. Федоров</i>	76
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ ДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТАБИЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА <i>В.И. Осретков, А.Р. Андреев</i>	76
ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ «СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ» ОЖОГОВОЙ БОЛЬНИЦЫ <i>Н.В. Островский, Е.В. Кустлиц, Н.М. Шулаева, И.Б. Белянина</i>	77
ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ <i>А.З. Отакузиев, Ф.Н. Нишанов, Б.Р. Абдуллажонов, У.Д. Усмонов, М.Ф. Нишанов</i>	77
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РАНЕННЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМИ ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ <i>И.А. Палтышев, А.П. Колтович, В.Э. Дубров</i>	77
НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ <i>А.И. Перелеткин</i>	77
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА <i>Т.П. Пинчук, С.С. Совершин, Н.С. Кононенко, П.А. Ярцев, Б.Т. Цулеискири, И.Е. Селина</i>	78
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ <i>И.А. Плотников, А.В. Бондаренко</i>	78
ОСТРЫЙ СУСТАВНОЙ СИНДРОМ: ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>А.С. Повзун</i>	78
РАЗЛИЧИЯ В ЧАСТОТЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С ОСТРЫМ СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ <i>А.С. Повзун</i>	78
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ОСТРОМ СУСТАВНОМ СИНДРОМЕ <i>А.С. Повзун</i>	79
ЛЕЧЕНИЕ ПЕПТИЧЕСКИХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА <i>А.Н. Погодина</i>	79
СПОНТАННЫЕ РАЗРЫВЫ ПИЩЕВОДА <i>А.Н. Погодина, К.М. Рабаданов</i>	79
АХАЛАЗИЯ КАРДИИ <i>А.Н. Погодина</i>	79
НЕОТЛОЖНАЯ И РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА <i>А.Н. Погодина, М.М. Абакумов, Ю.А. Радченко</i>	80
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТРАХЕИ И БРОНХОВ <i>А.Н. Погодина, Е.Б. Николаева</i>	80
ОСТРАЯ ОБТУРАЦИЯ ПИЩЕВОДА <i>А.Н. Погодина, И.В. Жиганов</i>	80
ЦЕРВИКОТОРАКАЛЬНЫЕ РАНАЕНИЯ – ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА <i>А.Н. Погодина, Е.В. Татарникова</i>	80
ОДИН ИЗ ВИДОВ «МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ РЕАНИМАЦИИ» БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МАССИВНУЮ КРОВОПОТЕРЮ, ОСЛОЖНИВШУЮСЯ ОСТРЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ <i>А.А. Покосян, М.С. Митюрин, Т.И. Камчаткина, М.Л. Скобло, И.А. Ефросинина</i>	81
НОВЫЙ СПОСОБ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ФЕНОМЕНА «NO-REFLOW» С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЛПРОСТАДИЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Л.З. Полонецкий, С.А. Савенко, О.Л. Полонецкий, В.И. Стельмашок, Т.Л. Денисевич</i>	81
ЛПС-ИНДУЦИРОВАННАЯ АКТИВАЦИЯ МОНОЦИТОВ КРОВИ ПРИ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНОМ СЕПСИСЕ <i>Ю.С. Полушин, М.И. Громов, Л.П. Пивоварова, И.В. Шлык, Т.Г. Хабирова, А.Ю. Касьяков</i>	81
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ГОРОДА И РЕГИОНА НА ПРИМЕРЕ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>В.П. Попов</i>	81
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКО-РЕАНИМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ЭТАПАХ ЭВАКУАЦИИ В АЭРОМОБИЛЬНОМ ГОСПИТАЛЕ МЧС РОССИИ В ЗОНЕ ЧС <i>А.С. Попов, И.А. Якиревич, Д.Ш. Беркутов, Ш.А. Байрамов, В.Э. Шабанов</i>	82

БЕЗАПАРАТНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПОСТРАДАВШИХ С СДС В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ИЗВЛЕЧЕНИЯ В АЭРОМОБИЛЬНОМ ГОСПИТАЛЕ МЧС РОССИИ В ЗОНЕ ЛИКВИДАЦИИ ЧС А.С. Попов, И.А. Якиревич, Ш.А. Байрамов, В.Э. Шабанов	82
МАССОВАЯ ЭВАКУАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ МОДУЛЕЙ А.С. Попов, И.А. Якиревич	82
К ВОПРОСУ О МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ РОССИЙСКИХ ГРАЖДАН ИЗ-ЗА РУБЕЖА А.В. Попов	82
ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ И.Е. Попова, Ф.А. Шарифуллин	83
МОНИТОРИНГ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРОВ СЭМП ПРИ ЛИКВИДАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ В МОСКВЕ В 2008–2012 гг. В.И. Потапов, Т.Н. Бук, А.С. Гумянов, А.С. Лазулин	83
ДЕРМАЛЬНЫЙ МАТРИКС В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ И РАНАМИ С ДЕФИЦИТОМ КОЖИ Д.Ю. Похитонов, О.П. Филлипов, И.Н. Пономарев, Е.А. Жиркова, С.В. Смирнов, И.Ю. Кляквин, А.С. Мионов, В.Б. Хватов, Н.В. Боровкова	83
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОСТАВЕ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ Л.В. Проклова, С.Г. Бордиян, А.В. Буторин, Н.В. Золотарев, М.Г. Малышев, Е.С. Саблин, Т.В. Шевченко, М.Ю. Яницкая	83
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ ОТРАВЛЕНИЯ И ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В НИИ СП им. И.И. ДЖАНЕЛИДZE В ПЕРИОД 2011–2012 гг. Г.А. Прокопович, А.Г. Софронов, В.Э. Пашковский	84
АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВНУТРИСУСТАВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ Я.Н. Проценко, А.П. Дроздецкий, П.И. Бортулев	84
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ПРОГНОЗА ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТРАВМОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ А.Н. Пудов, Е.А. Спиридонова, А.Ю. Дробышев, И.Г. Бобринская	84
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАЕННИЙ СЕРДЦА Ю.А. Раженко, М.М. Абакумов, О.В. Воскресенский, Ш.Н. Даниелян	84
ВЫЯВЛЕНИЕ ЛИЦ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ОРГАНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА В.В. Резван	85
ВОЗМОЖНОСТИ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ЛАРИНГОТРАХЕИТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Л.В. Решетова, И.А. Большакова	85
ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ М.Л. Розаль, З.М. Озова, П.А. Иванов, Д.А. Благоветский, А.Н. Лотов, С.А. Бугаев, С.Н. Новосел, Е.В. Степан, Н.Б. Исоселшани, И.П. Елифанова, Ф.Р. Алмакаев, К.Т. Агаханова, Д.А. Омелянович	85
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ В.Е. Розанов, А.И. Болотников, А.В. Бондаренко, И.В. Хайкин, А.А. Кублицкий, А.В. Кильдяшов	85
ТАКТИКИ «DAMAGE CONTROL» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В.Е. Розанов, А.И. Болотников, А.В. Бондаренко, С.А. Шабалин, И.В. Хайкин	86
РОЛЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИТОНИТЕ В.Е. Розанов, А.И. Болотников, В.А. Сторожилев, А.В. Кильдяшов, И.В. Хайкин	86
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И.В. Ромашкин, А.И. Болотников, Л.П. Павлова	86
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И.В. Ромашкин, А.И. Болотников, Л.П. Павлова, М.В. Розанова	86
ОБЩЕСТВО НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ В Г. КИЕВЕ (КОНЕЦ XIX – НАЧАЛО XX СТОЛЕТИЯ) С.П. Рудая, В.Н. Гамалея	87
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИСКУССТВЕННОМУ ПИТАНИЮ У БОЛЬНЫХ СЕПСИСОМ А.А. Рык, Ю.Н. Плещенко, И.Ю. Ларионов, В.А. Водясов, М.Е. Ильинский	87
ТАКТИКА ИСКУССТВЕННОГО ПИТАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ А.А. Рык, Т.Г. Спиридонова, С.В. Смирнов, Ю.Н. Плещенко, Д.Э. Бочаров	87
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ В.А. Рябинин, П.Ю. Лопотовский, А.П. Голков	87
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ Д.М. Сабиров, Р.Н. Акалаев, К.Э. Махкамов, А.Л. Ростральная, Х.Х. Дадаев	88
ПЛАСТИКА ПЕРВИЧНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ И ПЯСТЕЙ КОСТЕЙ БИОМАТЕРИАЛАМИ А.М. Савотченко, И.Ю. Мигулева, И.Ю. Кляквин, А.В. Афанасьев	88
МЕДИЦИНСКИЙ ТРАНСПОРТ РИЖСКОЙ АВТОМОБИЛЬНОЙ ФАБРИКИ (РАФ) Ю.М. Салакс	88
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В.Т. Самсонов	88
КАТАТРАВМА: ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В МОСКВЕ О.О. Саруханян, Р.А. Кешисян, В.Г. Амчелавский, О.С. Исхаков, В.А. Плякин, О.Г. Яношкина, В.Б. Чертюк, Н.С. Селютина	89
ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ВОДНОГО БАЛАНСА У МЛАДЕНЦЕВ С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В МОЗГ Э.А. Сатвалдиева, Х.Н. Мухитдинова, Ш.У. Ерманова, Д.В. Сайфуллаева, В.А. Колтон, Г.М. Азизова	89
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ДИАФРАГМЫ И ОКОЛОДИАФРАГМАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА: ТАКТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ Д.В. Сафонов	89
ВРОЖДЕННЫЕ АТРЕЗИИ ХОАН В.М. Севстиушкин, Д.М. Мустафаев, В.Ю. Тюкин, В.Н. Селин	89
ОТОГЕННЫЕ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫЕ ГОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В.М. Севстиушкин, Д.М. Мустафаев, В.И. Самбулов, А.М. Киселев	90
ПАРАФАРИНГИТ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПО МАТЕРИАЛАМ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ МО МОНИКИ ИМ. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО В.М. Севстиушкин, Д.М. Мустафаев	90
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОРЫВА АНЕВРИЗМЫ СИНУСА ВАЛЬСАЛЬВЫ В КАМЕРЫ СЕРДЦА В.Т. Селиваненко, М.А. Мартаков, В.А. Дудаков	90
ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С СОХРАНЕНИЕМ ПОДКЛАПАННЫХ СТРУКТУР В.Т. Селиваненко, М.А. Мартаков, В.А. Дудаков	90
ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ПЕРИКАРДЕКТОМИИ В.Т. Селиваненко, М.А. Мартаков	91
РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И ИНОРОДНЫХ ТЕЛ СЕРДЦА БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ В.Т. Селиваненко, В.А. Дудаков, М.А. Мартаков	91
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕДИИ АОРТЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДИСПЛАЗИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА В.Т. Селиваненко, Б.В. Ивашкин, М.А. Мартаков, В.А. Дудаков, В.П. Пронина	91
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В.Т. Селиваненко, М.А. Мартаков, А.А. Прохоров, В.П. Пронина	91
50 ЛЕТ КАРДИОХИРУРГИИ МОНИКИ ИМ. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО В.Т. Селиваненко, М.А. Мартаков, А.А. Прохоров, В.А. Дудаков	92
ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОВ У БОЛЬНЫХ БРАДИАРИТМИЯМИ В.Т. Селиваненко, М.А. Мартаков, В.А. Дудаков, А.А. Прохоров, Е.К. Казакова	92
ФОРМИРОВАНИЕ ШКОЛЫ НЕОТЛОЖНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИИ В НИИ СП им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО И.Е. Селина, Э.А. Береснева, Е.Ю. Павлюкова	92
КОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ В ХИРУРГИИ И.Е. Селина, Э.А. Береснева, О.В. Квардакова	92
ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНОГО ФАРМАКОИНВАЗИВНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ТРАНСМУРАЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОБУСЛОВЛЕННЫМ МАССИВНЫМ ТРОМБОЗОМ ИНФАРКТ-ОТВЕТСТВЕННОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ С.П. Семитко, А.И. Аналеев, И.М. Губенко, В.П. Климов, А.В. Азаров, В.В. Майсков	93
СИНДРОМ ЗАДНЕЙ ОБРАТИМОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТЕВОВЫХ КЛЕТОК О.А. Сердюк, Ю.В. Скворцова, Д.Н. Балашов, В.М. Делягин	93
МОНИТОРИНГ ВОДНОГО БАЛАНСА ОРГАНИЗМА ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ПРЕПАРАТАМИ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ А.Ю. Симонова, К.К. Ильищенко	93
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО БИЛИАРНОГО СЕПСИСА Г.И. Синенченко, В.Г. Вербицкий, А.Ю. Корольков, Р.И. Лукичев, И.М. Батыршин	93
СНИЖЕНИЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ М.Л. Скобло, М.С. Митюрин, А.А. Погосян, И.В. Ефросинина	94
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОИМнST С ПОРАЖЕНИЕМ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА Д.В. Скрытнич	94
ВЫСТАВКА «НАПЕРЕГОНКИ СО СМЕРТЬЮ» В МУЗЕЕ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ ИМ. ПАУЛА СТРАДЫНА С. Скуйина, М. Вестерис	94
СОЗДАНИЕ ЕДИНОЙ СЛУЖБЫ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛАТВИИ. ОТ ИДЕИ ДО РЕАЛИЗАЦИИ С. Скуйина, А. Плориньш	94
ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕНОПОЛИУРЕТАНОВЫМ МЕДИЦИНСКИМ ПОКРЫТИЕМ «ЛОКУС» РАН РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ С.В. Смирнов, М.В. Шахламов, М.А. Литинский, Н.Е. Лидченко	95
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ КЛАПАННОЙ И КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В.В. Соколов, М.В. Пархоменко, Л.С. Коков, А.В. Гуреев, А.В. Редкобородый, Е.В. Кокалева, Н.Ю. Зверева, И.В. Поппаевский, Д.С. Милко	95

ПОЛНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ АОРТЫ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ РАССЛОЕНИИ ТИПОВ А И В В.В. Соколов, А.В. Редкобородый, Л.С. Коков, М.В. Пархоменко, Н.Р. Черная, Н.В. Рубцов, Ф.А. Шарифуллин, Р.Ш. Муслимов	95
ВЛИЯНИЕ АТАРАЛГЕЗИИ НА СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ Т-ЛИМФОЦИТОВ, АКГТ И КОРТИЗОЛА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ И.А. Сокорнов, В.Н. Лапшин, И.В. Страхов, В.М. Телпов, О.Б. Ариксина, И.В. Осипова	95
ДИНАМИКА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В КОНЦЕ ВЫДОХА У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ А.А. Солодов, С.С. Петриков	96
ГИПОКАЛНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ А.А. Солодов, С.С. Петриков, С.В. Ефременко, Е.А. Каралетян, В.А. Дидушева, Ю.Г. Швыдкой	96
СРАВНЕНИЕ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ МИОКАРДА И ФРАКЦИОННОГО РЕЗЕРВА КРОВОТОКА В ОЦЕНКЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ПОГРАНИЧНЫХ СТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В.В. Соломьяный, И.В. Сергеенко, А.Н. Самко	96
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПЦР В ДИАГНОСТИКЕ НВУ-ИНФЕКЦИИ У ДОНОРОВ ПЕЧЕНИ С.А. Солонин, В.А. Гуляев, О.В. Исаева, А.А. Салиенко, А.И. Баженов, М.С. Новрузбеков, К.К. Кюреган, М.А. Годков, М.И. Михайлов	96
ЛЕЧЕБНО-ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВЫСОКУЮ АМПУТАЦИЮ В.В. Сорока, С.П. Нохрин, А.Н. Рязанов, Е.Ю. Белоусов, С.В. Петровский	97
СПОСОБЫ НАДЛОБКОВОЙ ЦИСТОСТОМИИ ПРИ ВНУТРИБРИЮШИНЫХ ТРАВМАХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И.В. Сорока, Г.Ш. Шанава, Л.А. Эспиньяль	97
ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ МЕСТНОМ ПРИМЕНЕНИИ ПЕРФТОРАНА У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В.В. Сорока, С.П. Нохрин, А.Н. Рязанов, Е.Ю. Белоусов, С.В. Петровский	97
ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЗАДЕРЖКИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И.В. Сорока, Д.В. Овчаренко, Г.Ш. Шанава, А.А. Лебедев, А.В. Гулин	97
СИСТЕМНАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА В.В. Сорока, С.П. Нохрин, А.Б. Курлов, П.В. Чеулос, А.Н. Рязанов	98
ОБОСНОВАНИЕ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА ПРИ ОЦЕНКЕ УРОВНЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В.Г. Сорокин	98
ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ Е.А. Спирidonova, М.И. Александров, Г.В. Есин	98
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Л.Л. Стажадзе, С.А. Дунаева	98
ИДЕНТИФИКАЦИЯ И СОСТАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫХ СПИСКОВ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧС Л.Л. Стажадзе, Л.Б. Буданцева	99
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДОСТУПНОСТИ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ О.В. Старикова, О.А. Абрамович, А.В. Балабушевич, И.А. Большакова	99
ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНЫХ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ Е.В. Степан, М.Л. Роголь, П.А. Иванов, Д.А. Благовестнов, З.М. Озова, К.Т. Агаханова	99
ЛЕЧЕБНАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ В.А. Сторожилов, А.И. Болотников, А.В. Кильдяшов, И.В. Хайкин	99
ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАНеным В ГРУДЬ ПО СИСТЕМЕ «РАНДЕВ» РА. Сулманов	100
ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ СОВРЕМЕННЫХ ПРИНЦИПОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РАДИКАЛИЗМА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА Д.А. Суров, А.А. Захаренко, О.В. Бабков, А.А. Кошевой, А.А. Трушин, В.С. Тягунов, О.А. Тен, И.А. Палтышев, Ю.Н. Трифанов, М.А. Чернышов	100
ИЗМЕНЕНИЯ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ПРИ ОСТРОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИСПЛОКАЦИИ СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА А.Э. Талыпов, Ю.В. Пурас, Д.А. Косолопов, Е.Б. Васильева	100
ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ ПРОГНОЗЕ ДЛЯ ЖИЗНИ С.Ш. Тания, А.Н. Тулупов, Г.М. Бесаев, И.В. Куршакова, В.Г. Багдасарьянц	100
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ Е.И. Татаркина, Т.С. Тамазан, Т.Б. Леоостяева, Н.В. Яурова	101
ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ В.М. Телпов, Б.Н. Шах, В.С. Афончиков, Д.Б. Смирнов	101
ЗНАЧИМОСТЬ РАННЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕАКЦИИ ЛЕЙКОЦИТОВ И АПОПТОЗА ЛИМФОЦИТОВ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ В.Х. Тиммербаев, Н.В. Борокова, В.В. Валетова, Ю.В. Андреев	101
СИНДРОМ ГИПЕРКАТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ Ю.В. Титова, С.С. Петриков, М.А. Годков, М.В. Андросова, Е.В. Клычичева, А.А. Рык, В.А. Дидушева	101
ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГИПЕРГЛИКЕМИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ РАЗРЫВА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ ВИЛЛИЗОВЕВОГО КРУГА Ю.В. Титова, С.С. Петриков, Е.А. Каралетян, А.А. Солодов, С.В. Ефременко, В.А. Дидушева, Ю.Г. Швыдкой	102
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭНЕРГОПОТРЕБНОСТИ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ ПРИ ПОМОЩИ УРАВНЕНИЯ ХАРРИСА–БЕНЕДИКТА И НЕПРЯМОЙ КАЛОРИМЕТРИИ Ю.В. Титова, С.С. Петриков, А.А. Рык, С.В. Ефременко, Е.А. Каралетян, В.А. Дидушева	102
ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЫШЕЧНО-СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ТРАВМЫ К.Е. Тихова, В.Е. Савелло, Т.А. Шумакова	102
К ИСТОРИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В БЕЛАРУСИ Е.М. Тищенко	102
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЪЖ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРУЮЩИХ ГЕРНИОПЛАСТИК М.П. Топстых, В.Г. Ширинский, А.П. Розумный, К.Т. Алибеков	103
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ВСЛЕДСТВИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ В ТРАВМОЦЕНТРАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА А.Н. Тулупов, А.А. Захарян, А.Е. Чикин	103
СОЧЕТАННАЯ ШОКОГЕННАЯ ТРАВМА ГРУДИ И ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА А.Н. Тулупов, Г.М. Бесаев, В.С. Афончиков, С.Ш. Тания, В.Г. Багдасарьянц, А.С. Ганин	103
ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ А.Н. Тулупов, С.Ш. Тания, В.И. Иванов, А.С. Ганин	103
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА А.Н. Тулупов, Г.И. Синенченко, Д.Р. Ивченко, С.Ш. Тания	104
РАННИЕ ЭНТЕРАЛЬНЫЕ ИНФУЗИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙШОКОМ А.Н. Тулупов, В.М. Луфт, А.В. Лапицкий	104
ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ СNР-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН Ю.И. Тюриков, В.А. Филлипенко, Т.Х. Сухов	104
К ВОПРОСУ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА УРОВНЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРА Ю.И. Тюриков	104
ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ПОЧЕК Г.У. Убайдуллаев, О. Низомов, Д.Т. Олимов	105
ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКИХ В ОСТРОМ И РАННЕМ ПЕРИОДАХ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА В.Ю. Ульянов	105
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С СОРБЦИОННОЙ ДЕТОКСИКАЦИЕЙ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА У.Д. Усмонов, У.У. Абдуллаев, М.Ф. Нишанов, А.З. Отакузиев, Д.М. Абобакиров	105
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ И.М. Устьянцева, О.И. Хохлова, В.В. Агаджанян, О.В. Петухова, Ю.А. Жевлакова	105
ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДТП М.Ш. Утешев, Э.Ю. Валеев	106
ПРЕПАРАТ СУКЦИНАСОЛ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ А.Д. Фаязов, Д.Ф. Ибрагимов	106
ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА А.Д. Фаязов, У.Р. Камиллов, Д.А. Рузимуратов, М.Ш. Шамуталов, А.Т. Сабитов	106
ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ И ОПЕРАТИВНОМ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ О.П. Филиппов, М.А. Мальгина, В.В. Сластинин, О.М. Сахарова, И.Ю. Ключевин	106
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ А.М. Хаджибаев, Н.А. Ходжимухамедов, Ф.А. Хаджибаев, Н.Ю. Саметдинов	107
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ А.М. Хаджибаев, А.Б. Ешмуратов, И.В. Мельник, Н.Н. Мирахмедов	107
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЕКТОМИИ А.М. Хаджибаев, У.Р. Арипов, Д.Н. Эргашев	107
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ А.М. Хаджибаев, Р.О. Рахманов, С.А. Дехканов	107
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ А.М. Хаджибаев, Б.И. Шукуров, А.Т. Хакимов	108
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ИНФЕЗОЛ 100» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ Э.А. Хакимов, Б.М. Шакиров, Х. Некбаев, Ж.Ш. Карабаев, М.С. Ашурова	108
НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТНОЙ КОСТИ Р.Г. Халипов, И.О. Кучеев, Ю.Б. Кашанский	108

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ И ПОЛИТРАВМАХ <i>А.М. Хожибоев, О.В. Карабаев, С.С. Файзиев, Т.Т. Туйчиев</i>	108
ОСЛОЖНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ <i>А.М. Хожибоев, О.В. Карабаев, А.М. Махмуров, Х.Д. Рабиев</i>	109
ЛЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ: ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ, TIPS/ТИПС И ДРУГИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ УСПЕХА <i>Ю.В. Хоронько, А.Э. Саркисов, И.В. Шитиков</i>	109
НОВАЯ ЖИЗНЬ СТРАННОПРИИМНОГО ДОМА <i>М.Ш. Хубутия, С.А. Кабанова, Ю.С. Гольдфарб, Т.А. Капустина</i>	109
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ЖИВОТА <i>М.Ш. Хубутия, М.Л. Розаль, П.А. Ярцев, А.А. Гуляев, М.А. Тлибекова, О.А. Черныш, В.Д. Левитский</i>	109
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>М.Ш. Хубутия, Л.Ф. Тверитнева, Ю.С. Тетерин, И.Ю. Авдеева</i>	110
РАЗВИТИЕ РЕАНИМАЦИОННОГО КОЕЧНОГО ФОНДА НИИ СП ИМ. Н.В. СКЛИФОВСКОГО И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА <i>М.Ш. Хубутия, Н.А. Карасев, Б.Л. Курилин, И.И. Быстров</i>	110
10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ НИИ СП ИМ. Н.В. СКЛИФОВСКОГО ПО ПРИМЕНЕНИЮ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST <i>М.Ш. Хубутия, Г.А. Газарян, И.В. Захаров, Д.А. Челкий, П.Ю. Лопотовский, К.С. Григорян, Н.М. Биезова, И.Н. Федотова, Г.В. Трубкина, А.П. Галиков</i>	110
ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ СЕПСИСА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ <i>М.Ш. Хубутия, С.В. Журавель, Т.В. Черныш, Н.К. Кузнецова, А.О. Чуевнов, М.С. Нурзубеков, В.А. Гуляев, В.В. Киселев</i>	110
ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ТОКСИКОЛОГИИ <i>М.Ш. Хубутия, И.Я.Таджиев, С.А. Кабанова, Ю.С. Гольдфарб</i>	111
ЧЕТЫРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА В НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. Н.В. СКЛИФОВСКОГО <i>М.Ш. Хубутия, В.В. Соколов, И.А. Козлов, А.В. Редкобородый, В.Х. Тимербаев, М.В. Чумаков, И.В. Поглавский, П.Н. Маринин, Е.И. Бойчевская, В.В. Барчук, М.В. Пархоменко, И.Е. Галанкина, Е.Г. Новоикова</i>	111
СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЛЕГКИХ <i>М.Ш. Хубутия, М.М. Абакумов, Э.И. Перакова, Е.А. Тарабрин, С.В. Головинский, П.Н. Маринин, Е.В. Морозюк, А.А. Романов, О.А. Курилова, М.А. Годков, В.П. Никулина</i>	111
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ РЕАНИМАЦИОННОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРОВ г. МОСКВЫ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ЭКСТРЕННУЮ НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩЬ, НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ <i>М.Ш. Хубутия, Н.А. Карасев, Б.Л. Курилин, Е.В. Кислухина, В.А. Молодов</i>	111
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ У ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ С ТРАВМОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>М.Ш. Хубутия, М.Л. Розаль, П.А. Иванов, Д.А. Благовестнов, А.В. Гришин, А.Н. Лотов, С.А. Бугаев, С.Н. Новосел, З.М. Озова, И.П. Епифанова, К.Т. Агаханова, Н.Б. Иоселиани, Е.В. Степан, Ф.Р. Алмакаев, Д.А. Омелянович</i>	112
СКРЕПЛЯЯ СВЯЗЬ ВРЕМЕН: УСТАНОВКА ПАМЯТНОГО КРЕСТА НА МЕСТЕ ЦЕРКВИ СВ. КСЕНИИ МИЛАСКОЙ НА ТЕРРИТОРИИ АНСАМБЛЯ БЫВШЕГО СТРАННОПРИИМНОГО ДОМА <i>М.Ш. Хубутия, С.А. Кабанова, Т.А. Капустина</i>	112
К ВОПРОСУ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДТП <i>С.Н. Хунафин, М.С. Кунафин, Ф.Д. Тимербулатов, М.Ш. Чанышев</i>	112
АСПЕКТЫ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННО-ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ОПЬЯНЕНИИ <i>С.Н. Хунафин, Т.Р. Газатуллин, Р.М. Зинатуллин, В.Л. Юлдашев</i>	112
СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ ГИПОТЕРМИИ И ГИПЕРТЕРМИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИЙ ПОД НАРКОЗОМ <i>С.Н. Хунафин, Т.Р. Газатуллин, Р.М. Зинатуллин, М.С. Кунафин, К.Р. Хатмуллина</i>	113
ДЕЗОМОРФИНОВАЯ НАРКОМАНИЯ. АСПЕКТЫ ДЕЗИНТОКСИКАЦИИ <i>С.Н. Хунафин, Т.Р. Газатуллин, Р.М. Зинатуллин, В.Л. Юлдашев</i>	113
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАН <i>С.Н. Хунафин, Т.Р. Газатуллин, Р.М. Зинатуллин, М.С. Кунафин</i>	113
ПРИМЕНЕНИЕ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ НА ОСНОВЕ ХИТОЗАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАН РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ <i>С.Н. Хунафин, Т.Р. Газатуллин, Р.М. Зинатуллин, М.С. Кунафин, К.Р. Хатмуллина</i>	113
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОЖОГАМИ, СОЧЕТАННОЙ И КОМБИНИРОВАННОЙ ТРАВМОЙ <i>С.Н. Хунафин, Т.Р. Газатуллин, Р.М. Зинатуллин, М.С. Кунафин, К.Р. Хатмуллина</i>	114
ПРИМЕНЕНИЕ КРИОСУПЕРНАТАНТНОЙ ФРАКЦИИ ПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ <i>Е.А. Цеймах, С.А. Кундус, В.А. Бомбизо, П.Н. Булдаков, А.В. Удовиченко, О.И. Смирнова, А.А. Макин</i>	114
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА <i>Е.А. Цеймах, П.Н. Булдаков, В.А. Бомбизо, А.А. Макин, В.М. Каркавин, С.А. Кундус, А.В. Удовиченко</i>	114
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА <i>Л.А. Цукурова, А.Н. Федорченко, А.А. Усачев, Л.В. Тимченко</i>	114
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ТЕХНОГЕННЫХ КАТАСТРОФ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН <i>М.Ш. Чанышев, С.Н. Хунафин, Ф.Д. Тимербулатов, Р.Р. Юсупов, Р.Ф. Нуртдинова</i>	115
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА АОРТЫ <i>Н.Р. Черная, Г.Е. Белозеров, Л.С. Кокоев, Н.Л. Бвандин, Р.Ш. Муслимов</i>	115
ФЕНОМЕН «NO-REFLOW» ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ВЫСОКОГО РИСКА КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ПУТИ ЕГО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ <i>С.А. Чернов, В.В. Кучеров, Н.В. Соколянский, В.А. Чернецов, С.Ю. Епифанов, Д.В. Малахов</i>	115
ХАРАКТЕРИСТИКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕТЕЙ <i>А.В. Чернозубенко</i>	115
ТРЕХФАЗНАЯ СЦИНТИГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ИШЕМИИ ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>О.А. Чернышева, Н.Е. Кудряшова, И.П. Михайлов, Е.В. Мигунова, О.Г. Сняжкова</i>	116
КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА БЕЗОПАСНА И ОПРАВДАНА <i>П.В. Чечулов, И.А. Вознюк, В.В. Сорока, Е.А. Вараксина, С.С. Айдаев, А.В. Зенин</i>	116
ОТБОР ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМНОЙ ОСТРОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭКСТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО МИКРОАРТЕРИАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА <i>П.В. Чечулов, И.А. Вознюк, В.В. Сорока, Е.А. Вараксина, С.С. Айдаев</i>	116
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В РОССИИ В ДОРЕВОЛЮЦИОННЫЙ ПЕРИОД <i>И.М. Чиж, И.В. Карпенко</i>	116
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>А.С. Чувашов, О.Н. Миллер, А.А. Большакова, С.П. Савченко</i>	117
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КРАЙНЕ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ ПРИ ОСТРОМ ТЯЖЕЛОМ ПАНКРЕАТИТЕ <i>Е.А. Чукина, В.А. Щеткин, А.В. Гришин</i>	117
ПРОКАЛЬЦИТОНИН – РАННИЙ ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ <i>А.К. Шабанов, М.Ш. Хубутия, Г.В. Булава, М.В. Андросова, Д.А. Косопалов, А.А. Сергеев, Е.В. Кислухина</i>	117
ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ С ВЕДУЩИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ТАЗА <i>С.А. Шабалин, В.Е. Розанов, А.И. Болотников, А.В. Бондаренко, И.В. Хайкин</i>	117
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ С ВЕДУЩИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>С.А. Шабалин, В.Е. Розанов, А.И. Болотников, А.В. Бондаренко, И.В. Хайкин</i>	118
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ ПРИ ПИОПНЕВМОТОРАКСЕ <i>Я.Н. Шохмет, В.А. Куртукоев, С.Ю. Капитуллин, В.К. Седов</i>	118
СТАНДАРТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ И КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОМ ОЖОГОВОМ ШОКЕ <i>Б.М. Шакиров, Ю.М. Ахмедов, Э.А. Хакимов</i>	118
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОСТРОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЕ <i>А.З. Шалунов, В.В. Крылов, Т.Г. Робустова</i>	118
НАДЛОБОВАЯ ЦИСТОСТОМИЯ ПРИ ВНЕБРЮШИННЫХ ТРАВМАХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ <i>Г.Ш. Шанаева, И.В. Сорока, Л.А. Эспиналь</i>	119
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПЯВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, ВОЗНИКШЕГО ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ <i>С.Г. Шаповальянц, С.А. Буздинский, Е.Д. Федоров, А.Г. Мильников, А.Ю. Котиева</i>	119
МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО РАССЛОЕНИЯ АОРТЫ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ <i>Ф.А. Шарифуллин, Р.Ш. Муслимов, О.А. Забавская, В.В. Соколов, А.В. Редкобородый</i>	119
ВЛИЯНИЕ СУБСТРАТНЫХ АНТИГИПОКСАНТОВ НА КЛЕТОЧНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ <i>Б.Н. Шах, В.М. Теллов, А.Г. Карнышев, Д.Б. Смирнов</i>	119
РАБОТА ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАНИМАЦИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Б.Н. Шах, В.М. Теллов, Д.Б. Смирнов, С.С. Комедеев</i>	120
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ С ВЫСОКИМ ВОЛЕМИЧЕСКИМ КОЭФФИЦИЕНТОМ В СОСТАВЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ С ТЯЖЕЛЫМ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКОМ <i>Б.Н. Шах, В.М. Теллов, Д.Б. Смирнов, С.С. Комедеев</i>	120
РЕГИОНАРНАЯ ВАЗОАКТИВНАЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ <i>Б.Н. Шах, В.М. Теллов, Д.Б. Смирнов, С.С. Комедеев</i>	120
ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ <i>Н.Ш. Шахзадаев, А.С. Ачлов, Т.М. Пармонов, У.Э. Халматов</i>	120
ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА <i>О.Б. Шахова, З.И. Саттарова, В.Т. Самсонов</i>	121
ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗОВ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ <i>Д.А. Шермухамедов, Э.Ю. Валшев</i>	121
СЛУЖБА НОЧНЫХ ДЕЖУРСТВ ВРАЧЕЙ В ГОРОДАХ РОССИИ В КОНЦЕ XIX–НАЧАЛЕ XX ВЕКА <i>Е.В. Шерстнева</i>	121
МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ КОМПЛЕКСОВ ТКАНЕЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ СТОПЫ <i>Е.Ю. Шибеев, А.П. Власов, А.В. Неведров, Л.Л. Цоглин, М.П. Лазарев, Д.А. Кисель</i>	121

НЕОТЛОЖНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ОТКРЫТОЙ ТРАВМЕ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Е.Ю. Шибанев, А.П. Власов, Д.А. Кисель, М.П. Лазарев, А.В. Неведоров, Л.Л. Цоглин</i>	122
НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ЧС <i>И.П. Шилкин</i>	122
ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ И ТЯЖЕЛОГО СЕПСИСА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ВЕЩЕСТВАМИ НАРКОТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ <i>В.В. Шилов, Л.П. Пивоварова, В.А. Лукин, М.Е. Малышев</i>	122
АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНОСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВЫЗОВА БРИГАДАМИ СМП К ДЕТЯМ С ОСТРЫМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛАРИНГОТРАХЕИТОМ В МОСКВЕ <i>О.С. Стефанюк, В.Л. Бараташвили, Е.А. Спиридонова</i>	122
СИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ <i>Н.М. Шулаева, Е.В. Куслиц, Н.В. Островский, И.Б. Белянина</i>	123
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА <i>В.А. Щеткин, Ю.А. Воронцов, Е.А. Чукина</i>	123
МЕТОДИКА РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЛОМОВ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА, В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА СКОРОЙ ПОМОЩИ <i>В.А. Щеткин, А.С. Чернышев, Ю.А. Воронцов, Д.А. Косолапов</i>	123
СПОСОБ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННО-ИНФУЗИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОТРОПНЫХ ПРОДУКТОВ ИЗ КОНОПЛИ <i>В.Л. Юлдашев, С.Н. Хунафин, Т.Р. Гизатуллин, Р.М. Зинатуллин, С.Х. Байназарова</i>	123
ПРОТИВООТЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ <i>Ш.С. Юлдашев</i>	124

Руководитель редакционно-издательского отдела
д-р мед. наук **В.Н. Александровский**

Редакторы: **О.В. Куковкина, О.В. Меньшикова,**
Н.Г. Строилова

Дизайн обложки: **С.Н. Майорова**

Компьютерный набор и верстка:
З.М. Вакушина,
В.Е. Умников, А.А. Мушников,
С.Н. Майорова, А.В. Николин, С.В. Варивода

Объем 16,87 п.л. Тираж 1 000 экз.
Отпечатано в типографии
ОАО "ВПК "НПО Машиностроения"
143966, Московская область, г. Реутов,
ул. Гагарина, д. 35



Когда цифры говорят
об улучшении здравоохранения.

Положитесь на GE Healthcare

Пришло время, когда здравоохранение должно стать проще и лучше. Таким, где пациенты получают качественную и доступную медицинскую помощь. И где технологии, люди и процессы делают это возможным для большего числа людей.

Следуя **1** концепции, GE Healthcare воплощает бизнес стратегию под названием healthymagination. Она построена на **3** основных принципах: повышение качества, увеличение доступности и снижение затрат. Она сосредоточена на **14** ключевых направлениях для внедрения **100** инноваций к 2015 году. А это означает **3 000 000 000** долларов США, инвестируемых в НИОКР*, чтобы здравоохранение действительно стало лучше и проще.

Эти цифры имеют особое значение. Именно поэтому вы можете смело положиться на компанию GE Healthcare.



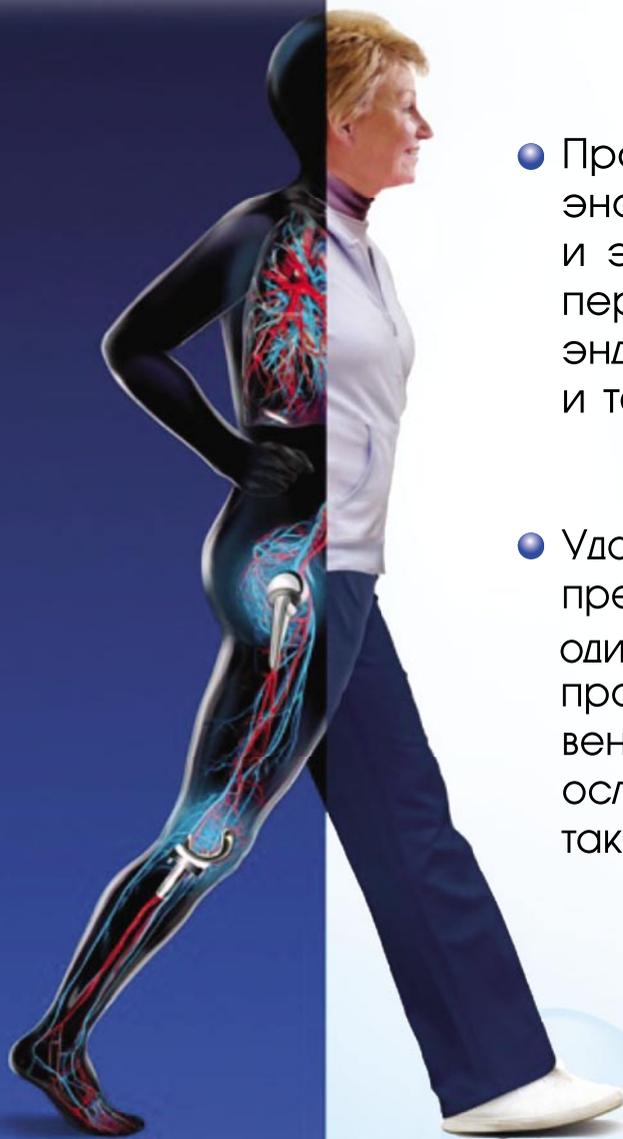
GE imagination at work

*НИОКР — научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы.

© Компания General Electric, 2011 г.

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

ПРАДАКСА®: ВЫСОКОЭФФЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КЛИНИКЕ И В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ



- Прадакса® эквивалентна эноксапарину по безопасности и эффективности у пациентов, перенесших операции по эндопротезированию коленного и тазобедренного суставов¹⁻³
- Удобный режим приема препарата – перорально один раз в день, позволяет проводить длительную профилактику венозных тромбоэмболических осложнений как в клинике, так и в домашних условиях⁴

Рп/12.12 На правах рекламы

ВКЛЮЧИТЕ ПРЕПАРАТ ПРАДАКСА® В СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ВАШИХ БОЛЬНЫХ

Рекомендуемая доза: В день операции через 1-4 часа после операции 110 мг*
Каждый последующий день 220 мг один раз в день

* Применение дозировки 75 мг рекомендовано у особых категорий пациентов, включая лиц старше 75 лет, пациентов с умеренным нарушением функции почек, а также у больных, получающих амиодарон, верапамил и хинидин

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР: ЛСР-007065/09 от 07.09.2009
Перед использованием ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению препарата.
Для получения более подробной информации, пожалуйста, обращайтесь в ООО "Берингер Ингельхайм".

1. Geerts WH et al. Chest 2004; 126:338-400.
2. Huo M et al. Haematologica 2010; 95:233 Abstract 0564.
3. Eriksson BI et al. J Thromb Haemost 2007; 5:2178-2185.
4. Eriksson BI et al. Lancet 2007; 370: 949-956.



125171, РФ, Москва, Ленинградское шоссе, 16А, стр. 3
Тел.: +7 (495) 544 5044; факс: +7 (495) 544 5620
www.boehringer-ingelheim.ru

Прадакса®
дабигатрана этексилат
Преображая
антикоагулянтную терапию

Представляем полный спектр медицинских расходных материалов для коронарной и периферической ангиопластики, стентирования, а также расходных материалов для нейрохирургии.

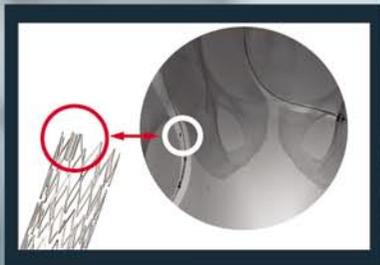
Объединяя лучшее, компания «Инвamed» предлагает продукцию ведущих мировых производителей на оптимальных условиях. На складе компании в Москве всегда находится широкий ассортимент продукции, зарегистрированной и сертифицированной в России. Мы успешно сотрудничаем со всеми ведущими кардиологическими центрами и клиниками России на протяжении многих лет.

КОРОНАРНЫЕ, ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ БАЛЛОННЫЕ КАТЕТЕРЫ

ПРОВОДНИКИ

СТЕНТЫ

РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ



ASAHI INTECC (JAPAN)

TORAY (JAPAN)

ORBUSNEICH (NETHERLANDS)

BIOMETRIX (ISRAEL)

INVATEC (ITALY)

SUTURA (USA)

ANSAMED (IRELAND)

MEDTRONIC (USA)

127055, г. Москва, ул. Новослободская, д. 61, стр. 3
Тел.: (495) 618 81 84, 619 79 79, Тел./факс: (495) 641 00 88.

E-MAIL: INVAMED@MAIL.RU WWW.INVAMEDRUS.RU